Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

كتيب الأعضاء

من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2027

تغطيتك الصحية والخاصة بالأدوية بموجب Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

مقدمة كتيب *الأعضاء*

يخبرك كتيب *الأعضاء*، المعروف أيضًا باسم *دليل التغطية*، بتغطيتك بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2027. ويشرح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة)، وتغطية الأدوية، والدعم والخدمات طويلة الأمد. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في **الفصل 12** من كتيب *الأعضاء*.

يُعَد هذا المستند مستندًا قانونيًا مهمًا. احتفظ به في مكان آمن.

عندما يرد في كتيب *الأعضاء* الضمير "نحن" أو ما ينوب عنه أو "خطتنا،" فذلك يشير إلى Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات العربية والأرمينية والكمبودية (الخميرية) والصينية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاجالوجية والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بخط كبير و/أو بطريقة برايل و/أو على شكل ملف صوتي عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. المكالمة مجانية.

- يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
- لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: 5/31/2029)

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

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

Arabic

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

Armenian

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ. Եթե ցանկանում եք օգնություն ստանալ ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հասանելի են նաև հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար նախատեսված օժանդակ միջոցներ և ծառայություններ, օրինակ՝ բրայլյան գրատեսակով և խոշոր տառաչափով փաստաթղթեր: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Այս ծառայություններն անվճար են:

Chinese - Simplified

注意：如果您需要以您的语言提供的帮助，请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。此外，还为残疾人提供辅助和相关服务，如盲文文件和大字体文件。请致电 1-800-431-9007（TTY：711）。这些服务均免费提供。

Chinese - Traditional

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

Punjabi

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ, ਤਾਂ 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਵਰਗੀਆਂ ਅਸਮਰੱਥਾ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। 1-800-431-9007 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਨ।

Hindi
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है, तो 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज जैसी सहायताएं और सेवाएं भी उपलब्ध हैं. 1-800-431-9007 (TTY: 711) पर कॉल करें. ये सेवाएं निःशुल्क हैं.

Hmong
THOV MUAB SIAB RAU: Yog tias koj xav tau kev pab ua koj hom lus, ces hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Tsis tas i ntawd, peb tseem muaj cov neeg pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg uas muaj cov kev xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv ua ntawv su rau neeg dig muag thiab ntawv luam loj. Hu rau 1-800-431-9007 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no pab dawb xwb.

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

Korean
주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. 1-800-431-9007(TTY: 711) 번으로 연락해 주십시오. 이러한 서비스는 무료입니다.

Laotian
ຂໍ້ຄວນເອົາໃຈໃສ່: ຫາກທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານ, ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອສຳລັບຜູ້ພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານເປັນອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມໃຫຍ່ອີກດ້ວຍ. ໃຫ້ໂທຫາ 1-800-431-9007 (TTY: 711). ບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ຟຣີ.

Mien
LIOUH EIX: Oix se nongc zuqc meih nyei wac jouh mienh bong zouc, cingv mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Hac haih weic waic fangx mienh zoux sic taengx qaqv, hnangv mangh wenh souh nzangc caux domh nzangc yenx benx nyei souh nzangc. Mboqv 1-800-431-9007 (TTY: 711). Wangv henh tengx naaiv deix gong mv zuqc ndortv nyaanh cingv oc.

Cambodian
ចំណាំ៖ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសារបស់អ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711) ជំនួយនិងសេវាកម្ម សម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរស្ទាបសម្រាប់ជនពិការភ្នែក និងពុម្ពអក្សរធំ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ សេវាទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

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

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

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

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

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

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

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

لغات أخرى
يمكنك الحصول على كتيب *الأعضاء* ومواد الخطة الأخرى بلغات أخرى مجانًا. توفر Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ترجمات مكتوبة من مترجمين مؤهلين. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). المكالمة مجانية. راجع كتيب *الأعضاء* لمعرفة المزيد عن خدمات المساعدة اللغوية المرتبطة بالرعاية الصحية مثل خدمات الترجمة الفورية والترجمة التحريرية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

تنسيقات أخرى

يمكنك الحصول على هذه المعلومات، في الوقت المناسب، بتنسيقات أخرى مثل طريقة برايل، وطباعة بخط كبير 20 نقطة، وتسجيلات صوتية، وتنسيق معين، وتنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها بسهولة (قرص بيانات مضغوط CD) من دون أي تكلفة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). المكالمة مجانية.

خدمات الدعم اللغوي

توفر Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) خدمات الترجمة الفورية الشفهية، إضافةً إلى لغة الإشارة، من مترجمي لغة الإشارة المؤهلين، على مدار الساعة، ومن دون أن تتحمل أي تكلفة. لا يلزمك الاستعانة بأحد أفراد العائلة أو صديق ليترجم لك ترجمةً فورية. نوصي بعدم الاستعانة بالعائلة أو الأصدقاء، خاصةً القصر، للترجمة الفورية ما لم تكن حالة طوارئ. تتوفر خدمات الدعم اللغوي، بما في ذلك خدمات الترجمة الفورية، مجانًا. تتوفر خدمات الترجمة الفورية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. للحصول على المساعدة بلغتك، أو للحصول على كتيب الأعضاء بلغة مختلفة، اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). المكالمة مجانية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 2027

كتيب الأعضاء

جدول المحتويات

الفصل 1: البدء كعضو 12
الفصل 2: أرقام هاتفية وموارد مهمة 24
الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا للرعاية الصحية والخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية 43
الفصل 4: جدول المزايا 66
الفصل 5: الحصول على الأدوية لمرضى العيادات الخارجية 134
الفصل 6: المقابل الذي تدفعه للأدوية من Medicare وMedi-Cal 153
الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية 164
الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك 170
الفصل 9: ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والاستئنافات والشكاوى) 191
الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا 233
الفصل 11: الإشعارات القانونية 243
الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة 249

إخلاء المسؤولية

- إن Wellcare هي علامة Medicare التجارية لشركة Centene Corporation، وخطط HMO وPPO وPDP بعقد من Medicare وهي جهة راعية معتمدة لأدوية الجزء D. وتمتلك خطط D-SNP الخاصة بنا عقدًا مع برنامج Medicaid الخاص بالولاية. ويعتمد التسجيل في خططنا على تجديد العقد.

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

- مقدمو الرعاية خارج الشبكة/غير المتعاقَد معهم غير مُلزمين بعلاج أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)، إلا في حالات الطوارئ. يرجى الاتصال برقم قسم خدمات الأعضاء الخاص بنا أو الاطلاع على كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيدٍ من المعلومات، بما في ذلك مشاركة التكلفة التي تنطبق على خدمات خارج الشبكة

- المزايا المذكورة هي جزء من مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة. لن يتأهل جميع الأعضاء للاستمتاع بها. بالإضافة إلى كونك معرضًا لمخاطر كبيرة، يجب أن تعاني من واحدة أو أكثر من الحالات المرضية المزمنة الآتية: السرطان، واضطرابات القلب والأوعية الدموية، وحالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقات، واضطرابات الرئة المزمنة، والسكري. ثمة حالات طبية أخرى غير مُدرَجة. لا يمكن ضمان الأهلية للحصول على هذه الميزة بناءً على حالتك المَرضية فقط. يجب استيفاء جميع متطلبات الأهلية المعمول بها قبل تقديم الميزة. للحصول على التفاصيل، يرجى التواصل معنا أو الاطلاع على كتيب الأعضاء الخاص بالخطة.

- قد تتغير المزايا و/أو عمليات التسديد المشترك في 1 يناير 2028.

- قد تتغير الأدوية الخاضعة للتغطية و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الرعاية لدينا في أي وقت. ستتلقى إشعارًا بأي تغييرات قد تؤثر فيك قبل 30 يومًا على الأقل.

الفصل 1: البدء كعضو

المقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات عن Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات Medicare الخاصة بك وتنسق جميع خدمات Medicare وMedi-Cal الخاصة بك وعضويتك فيها. كما يخبرك بما يمكن توقعه وبالمعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. مرحبًا بك في خطتنا 14
B. معلومات عن Medicare وMedi-Cal 14
B1. Medicare 14
B2. Medi-Cal 14
C. مزايا خطتنا 15
D. منطقة خدمة خطتنا 16
E. ما الذي يؤهلك لكي تصبح عضوًا في الخطة 16
F. ما يمكن توقعه عند الانضمام إلى خطتنا الصحية أول مرة 17
G. فريق الرعاية وخطة الرعاية 18
G1. فريق الرعاية 18
G2. خطة الرعاية 18
H. ملخص التكاليف المهمة 18
H1. قسط الخطة 18
H2. مبلغ مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة 19
I. كتيب الأعضاء 19
J. معلومات أخرى مهمة يمكنك الحصول عليها منا 19

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

J1. بطاقة ID العضوية 19
J2. دليل المقدمين والصيدليات 20
J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية 21
J4. توضيح المزايا 21
K. الحفاظ على سجل عضويتك محدَّثًا 22
K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) 23

A. مرحبًا بك في خطتنا

تقدم خطتنا خدمات Medicare وMedi-Cal إلى الأفراد المؤهلين للبرنامجين. تتضمن خطتنا الأطباء والمستشفيات والصيدليات ومقدمي الدعم والخدمات طويلة الأمد ومقدمي خدمات الصحة السلوكية وغيرهم من مقدمي الخدمات. كما يوجد لدينا منسق رعاية وفرق رعاية لمساعدتك على إدارة مقدمي رعايتك وخدماتك. حيث يتعاونون معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

خبرة يمكنك الاعتماد عليها

لقد قمت بالتسجيل في خطة صحية يمكنك الاعتماد عليها.

تقدم Wellcare المساعدة إلى سكان California المشتركين في Medicare وMedi-Cal للحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها. نقوم بذلك من خلال توفير سهولة الوصول إلى مزايا وخدمات Medicare وMedi-Cal، إضافة إلى كثير من الأمور الأخرى:

- نفخر بتقديم خدمة عملاء ممتازة؛ حيث نحقق ذلك من خلال توفير اهتمام مركز وإيجابي ومخصص لك بصفتك عضوًا لدينا. لن يبقيك موظفو قسم خدمات الأعضاء المدربون لدينا في الانتظار ويمكنهم دعم لغات متعددة من خلال استخدام خدمات الترجمة الفورية. نساعدك في التنقل عبر مزاياك كما نفعل مع عائلتنا ونمنحك الردود التي تحتاج إليها بسرعة للوصول إلى الرعاية.
- نقوم بإنشاء شبكات عالية الجودة من الأطباء منذ ما يقرب من 25 عامًا. يعمل الأطباء والاختصاصيون في شبكتنا معًا في مجموعات طبية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها، وقتما تحتاج إليها.
- مجتمعك هو مجتمعنا – نحن شركة وطنية لها وجود محلي. ويعيش عديد من موظفينا في المكان الذي تعيش فيه.

B. معلومات عن Medicare وMedi-Cal

B1. Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي من أجل:

- الأشخاص الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر،
- بعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ويعانون من إعاقات معينة، و
- الأشخاص المصابين بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid في ولاية California. تدير الولاية Medi-Cal وتدفع تكاليفه الولاية والحكومة الفيدرالية. ويساعد برنامج Medi-Cal الأفراد محدودي الدخل والموارد على الدفع مقابل الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS) فضلاً عن التكاليف الطبية. ويغطي خدمات وأدوية إضافية لا يغطيها Medicare.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

تقرر كل ولاية:

- ما يُعَد دخلاً وموارد،
- الأشخاص المؤهلين،
- الخدمات الخاضعة للتغطية، **و**
- تكلفة الخدمات.

كما يمكن للولايات أن تقرر كيفية إدارة برامجها طالما أنها تتبع القواعد الفيدرالية.

وافق برنامج Medicare وولاية California على خطتنا. يمكنك الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- نقرر توفير الخطة، **و**
- يسمح لنا Medicare وولاية California بمواصلة توفير هذه الخطة.

حتى في حال توقف خطتنا في المستقبل، لن تتأثر أهليتك لخدمات برنامج Medicare وMedi-Cal.

C. مزايا خطتنا

ستتلقى الآن كافة الخدمات الخاضعة للتغطية في برنامج Medicare وMedi-Cal من خطتنا، بما في ذلك الأدوية. **لن تدفع مزيدًا للانضمام إلى هذه الخطة الصحية.**

سنساعد على تحسين أداء مزايا برنامجَي Medicare وMedi-Cal مع بعضها من أجلك. وتشمل بعض المزايا ما يأتي:

- يمكنك العمل معنا لتلبية **معظم** احتياجات رعايتك الصحية.
- لديك فريق رعاية تساعد على جمعه معًا. قد يشملك فريق الرعاية أنت ومقدم الرعاية والأطباء والممرضات والمستشارين أو غيرهم من اختصاصيي الصحة.
- لديك إمكانية وصول إلى منسق رعاية. وهو شخص يعمل معك ومع خطتنا ومع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة على وضع خطة الرعاية.
- يمكنك توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- يتعاون فريق الرعاية ومنسق الرعاية معك لوضع خطة رعاية مصممة لتلبية **احتياجاتك** الصحية. يساعد فريق الرعاية على تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. على سبيل المثال، يعني هذا أن فريق الرعاية الخاص بك يتأكد من الآتي:
  - اطلاع الأطباء على جميع الأدوية التي تتناولها بحيث يتأكدون من تناولك الأدوية المناسبة وعليه يمكن تقليل أي آثار جانبية قد تعاني منها جراء تناول الأدوية.
  - مشاركة نتائج الاختبارات الخاصة بك مع جميع أطبائك ومقدمي الرعاية الآخرين لديك، حسب الاقتضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الأعضاء الجدد في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) للحصول على مزايا Medicare في اليوم 1 من الشهر التالي لطلبك التسجيل في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). يمكنك الاستمرار في تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة لشهر واحد إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خلال Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك.
يرجى الاتصال بنا على الرقم المدرج في أسفل هذه الصفحة إذا كان لديك أي أسئلة.

D. منطقة خدمة خطتنا

تشمل منطقة خدمتنا هذه المقاطعة في California: Los Angeles.

بإمكان الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا فقط الانضمام إلى خطتنا.

لا يمكنك البقاء في خطتنا إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا. راجع **الفصل 8** من كتيب *الأعضاء* للاطلاع على مزيد من المعلومات عن آثار الانتقال إلى خارج منطقة خدمتنا.

E. ما الذي يؤهلك لكي تصبح عضوًا في الخطة

أنت مؤهل للانضمام إلى خطتنا طالما:

- أنك تعيش في منطقة خدمتنا (لا يُعَد الأفراد المسجونون مقيمين في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها جسديًا)، **و**
- تبلغ من العمر 21 عامًا فما فوق في وقت التسجيل، **و**
- أنك مشترك في كل من Medicare Part A وMedicare Part B، **و**
- أنك مواطن أمريكي أو أحد رعايا الولايات المتحدة أو من غير المواطنين المؤهلين، **و**
- أنك مؤهل حاليًا للانضمام إلى Medi-Cal.
- إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها في غضون ثلاثة أشهر، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). عندما تنتهي تغطية Medi-Cal الخاصة بك، لن ندفع مقابل مزايا Medi-Cal الخاصة بك. سوف ندفع أي مشاركة تكلفة خاصة بـ Medicare كانت Medi-Cal ستدفعها إذا لم تفقد Medi-Cal. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدرج في أسفل الصفحة

  سنساعدك على استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal. إذا تمت استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal بينما لا تزال مسجلاً لدينا لتغطية Medicare، فسنستأنف الدفع مقابل مزايا Medi-Cal وسيستمر تسجيلك معنا. إذا لم تتمكن من استعادة Medi-Cal في غضون ثلاثة أشهر، فسنلغي تسجيلك من Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). إذا استعدت أهلية Medi-Cal بعد إلغاء تسجيلك، فستحتاج إلى التواصل معنا لإعادة التسجيل في الخطة.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

F. ما يمكن توقعه عند الانضمام إلى خطتنا الصحية أول مرة

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 تقييم HRA هذا 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 إتمام HRA عن طريق زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو البريد. سنتواصل معك سنويًا لمعرفة ما إذا كان أي من احتياجاتك قد تغير.

سوف نرسل إليك مزيدًا من المعلومات حول تقييم HRA هذا.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة إليك، فيمكنك مواصلة التعامل مع الأطباء الذين تتعامل معهم حاليًا لفترة محددة من الوقت حتى 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). إذا كنت معرضًا للخطر، فيجب علينا الرد في غضون ثلاثة 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 DME مستأجرة جديدة ونطلب من مقدم الشبكة تقديمها. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو غيرهم من مقدمي الخدمات الإضافية، فإنه يمكنك تقديم طلب للحصول على خدمات النقل أو الخدمات الإضافية الأخرى التي لا تتضمنها خطتنا.

بعد انتهاء فترة متابعة الرعاية، سيتعين عليك التعامل مع أطباء ومقدمي رعاية آخرين في شبكة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) تابعين للمجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك، ما لم نعقد اتفاقًا مع طبيبك من خارج الشبكة. مقدم الشبكة هو المقدم الذي يعمل مع الخطة الصحية. عند التسجيل في خطتنا، ستُعيَّن لك مجموعة طبية مشاركة من شبكة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). كما سيُعيَّن لك مقدم رعاية أولية (PCP) من هذه المجموعة الطبية المشاركة. لاختيار PCP الخاص بك، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/HealthNetCA وحدد PCP من شبكة خطتنا. يمكن أن يساعدك قسم خدمات الأعضاء أيضًا على اختيار PCP. بمجرد اختيار PCP، اتصل بقسم خدمات الأعضاء وأبلغهم باختيارك. يجب أن يكون PCP الخاص بك في شبكتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* لمزيد من المعلومات عن الحصول على الرعاية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

G. فريق الرعاية وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

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

أما منسق الرعاية فهو شخص مدرب على مساعدتك على إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. تحصل على منسق رعاية لدى تسجيلك في خطتنا. كما يقوم هذا الشخص أيضًا بإحالتك إلى موارد المجتمع الأخرى التي قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة على تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الواردة في أسفل الصفحة للحصول على مزيد من المعلومات عن منسق الرعاية وفريق الرعاية.

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق الرعاية معك لوضع خطة رعاية. وستطلعك خطة الرعاية أنت وأطباءك على الخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. ويشمل ذلك خدماتك الطبية وخدمات الصحة السلوكية وLTSS أو غيرها من الخدمات.

تتضمن خطة رعايتك:

- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك، **و**
- جدولاً زمنيًا للحصول على الخدمات التي تحتاج إليها.

يجتمع فريق الرعاية معك بعد تقييم HRA الخاص بك. ويسألونك عن الخدمات التي تحتاج إليها. كما يخبرونك بالخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم إنشاء خطة رعايتك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. يعمل فريق الرعاية معك لتحديث خطة رعايتك سنويًا على الأقل.

H. ملخص التكاليف المهمة

قد تشمل تكاليفك ما يأتي:

- قسط الخطة (**القسم H1**)
- مبلغ خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة (**القسم H2**)

في بعض الحالات، قد يكلف قسط خطتك أقل.

H1. قسط الخطة

يدفع برنامج "المساعدة الإضافية" (Extra Help) قسط Medicare Part D نيابةً عنك عندما تكون مسجلاً في خطتنا.

H2. مبلغ مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة

إذا كنت مشاركًا في خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة، فستحصل على فاتورة من خطتنا لأدويتك (بدلاً من الدفع للصيدلية). 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 **الفصل 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.

I. *كتيب الأعضاء*

يُعَد كتيب *الأعضاء* جزءًا من تعاقدنا معك. وهذا يعني أنه يجب علينا اتباع جميع القواعد المذكورة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد أننا قد قمنا بشيء يتعارض مع هذه القواعد، فيمكنك حينها تقديم استئناف على قرارنا. للحصول على معلومات عن الاستئنافات، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* أو اتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب الحصول على كتيب *الأعضاء* من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الواردة في أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى كتيب *الأعضاء* على موقعنا الإلكتروني على عنوان الويب الوارد في أسفل الصفحة.

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

J. معلومات أخرى مهمة يمكنك الحصول عليها منا

تتضمن المعلومات المهمة الأخرى التي نوفرها لك بطاقة ID العضوية الخاصة بك ومعلومات عن كيفية الوصول إلى *دليل المقدمين والصيدليات*، ومعلومات عن كيفية الوصول إلى *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*، المعروفة أيضًا باسم *قائمة الأدوية* أو *كتيب الوصفات*.

J1. بطاقة ID العضوية

ستحصل بموجب خطتنا على بطاقة واحدة لخدمات Medicare وMedi-Cal، بما في ذلك الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS) وبعض خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. وعليك إظهار هذه البطاقة عند الحصول على أي خدمات أو وصفات طبية. إليك نموذجًا لبطاقة ID العضوية:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

في حال تلف بطاقة ID العضوية الخاصة بك أو فقدانها أو سرقتها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء فورًا على الرقم الموجود أسفل الصفحة. وسنرسل إليك بطاقة جديدة.

طالما أنك عضو في خطتنا، لست بحاجة إلى استخدام بطاقات Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق أو بطاقة Medi-Cal الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بهذه البطاقات في مكان آمن، في حال احتجت إليها لاحقًا. إذا قمت بإظهار بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة ID العضوية الخاصة بك، فقد يرسل المقدم فاتورة إلى Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تتلقى فاتورة. وقد يُطلب منك إظهار بطاقة Medicare إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات مأوى رعاية المحتضرين أو المشاركة في دراسات بحثية سريرية معتمدة من Medicare (يطلق عليها كذلك اسم التجارب السريرية). راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة الإجراءات التي يجب اتباعها في حال تلقيت فاتورة من أحد مقدمي الرعاية.

تذكّر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة تعريف المزايا (BIC) للوصول إلى الخدمات الآتية:

- خدمات الدعم في المنزل (IHSS)
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة واضطرابات تعاطي المواد المخدرة (SUD) في المقاطعة
- خدمات برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)
- خدمات Rx التي يغطيها Medi-Cal أو مقدمو الرعاية "Medi-Cal Rx"
- خدمات طب الأسنان التي يغطيها Medi-Cal
- خدمات التنازل المنزلية والمجتمعية (HCBS)
- خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)
- الرعاية طويلة الأمد (LTC)، بما فيها مرفق الرعاية شبه الحادة والمتوسطة

J2. *دليل المقدمين والصيدليات*

يضم *دليل المقدمين والصيدليات* مقدمي الرعاية والصيدليات الموجودة في شبكة خطتنا. خلال عضويتك في خطتنا، يتعين عليك التعامل مع مقدمي الشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية.

يمكنك طلب *دليل المقدمين والصيدليات* (إلكترونيًا أو في شكل نسخة مطبوعة) من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة. سيتم إرسال طلبات الحصول على نسخ مطبوعة من دلائل المقدمين والصيدليات عبر البريد إليك في غضون ثلاثة أيام عمل.

يمكنك أيضًا الرجوع إلى *دليل المقدمين والصيدليات* على go.wellcare.com/2027providerdirectories.

يوفر *دليل المقدمين والصيدليات* معلومات مثل العناوين وأرقام الهواتف وساعات العمل. كما يوضح ما إذا كان الموقع يحتوي على أماكن إقامة للأفراد ذوي الإعاقة. يوضح *دليل المقدمين والصيدليات* أيضًا ما إذا كان مقدمو الرعاية يقبلون مرضى جددًا وما إذا كانوا يتحدثون لغات أخرى. يمكن لقسم خدمات الأعضاء والموقع الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات التي تطرأ على مقدمي الرعاية والصيدليات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مقدم رعاية أو صيدلية تابعة للشبكة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. إذا كنت ترغب في *إرسال دليل المقدمين والصيدليات* إليك بالبريد، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدرج أسفل هذه الصفحة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

تعريف مقدمي الشبكة

- يشمل مقدمو الشبكة لدينا:
  - الأطباء والممرضات وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين يمكنك التعامل معهم بصفتك عضوًا في خطتنا؛
  - العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض وغيرها من الأماكن التي تقدم الخدمات الصحية في خطتنا؛ و
  - LTSS وخدمات الصحة السلوكية ووكالات الرعاية الصحية المنزلية وموردي المعدات الطبية القوية (DME)، وغيرهم ممن يوفرون السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medicare أو Medi-Cal.

يوافق مقدمو الشبكة على قبول السداد من خطتنا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية على أنه سداد كامل.

تعريف صيدليات الشبكة

- صيدليات الشبكة هي الصيدليات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم *دليل المقدمين والصيدليات* للعثور على صيدلية الشبكة التي تريد التعامل معها.
- باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف وصفاتك الطبية في إحدى صيدليات شبكتنا إذا أردت أن تساعدك خطتنا على دفع ثمنها.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة للحصول على مزيد من المعلومات. يمكن لكل من قسم خدمات الأعضاء وموقعنا الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات التي تطرأ على صيدليات الشبكة ومقدمي الشبكة لدينا.

J3. *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية*

تتضمن خطتنا *قائمة أدوية خاضعة للتغطية*. ونطلق عليها اسم *قائمة الأدوية* اختصارًا. توضح لك هذه القائمة الأدوية التي تغطيها خطتنا. وتحدد خطتنا الأدوية المدرجة على هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. ويتعين على *قائمة الأدوية* أن تفي بمتطلبات Medicare. وستُدرج الأدوية التي تم التفاوض على أسعارها ضمن برنامج Medicare للتفاوض على أسعار الأدوية في *قائمة الأدوية* الخاصة بك، ما لم تتم إزالتها واستبدالها كما هو موضح في **الفصل 5، القسم E**. وقد وافقت Medicare على *قائمة الأدوية* الخاصة بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

توضح لك *قائمة الأدوية* أيضًا ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، مثل الحد المفروض على الكمية التي يمكنك الحصول عليها. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* لمزيد من المعلومات.

نرسل إليك سنويًا معلومات عن كيفية الوصول إلى *قائمة الأدوية*، لكن قد تحدث بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية الخاضعة للتغطية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو قم بزيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان الوارد في أسفل الصفحة.

J4. *توضيح المزايا*

عند استخدامك مزايا أدوية Medicare Part D، نرسل إليك ملخصًا لمساعدتك على فهم عمليات سداد تكاليف أدوية Medicare Part D وتتبعها. ويسمى هذا الملخص *توضيح المزايا* (EOB).

يوضح لك EOB المبلغ الإجمالي الذي أنفقته، أو أنفقه الآخرون بالنيابة عنك، على أدوية Medicare Part D والمبلغ الإجمالي الذي دفعناه لكل دواء من أدوية Medicare Part D خلال الشهر. إن EOB هذا ليس فاتورة. ويحتوي EOB على مزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها، مثل زيادات الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة بمشاركة تكلفة أقل. يمكنك استشارة الآمر بالوصفة الخاص بك بخصوص هذه الخيارات الأقل في التكلفة. يقدم **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء* مزيدًا من المعلومات عن EOB وكيف يساعدك على تعقب تغطية الأدوية الخاصة بك.

يمكنك أيضًا طلب الحصول على EOB. للحصول على نسخة، تواصل مع قسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة.

بدلاً من تلقي ورقة توضيح المزايا الخاص بالجزء D (EOB الخاص بالجزء D) عبر البريد، لديك الآن خيار تلقي نسخة إلكترونية. يُمكنك طلب ذلك من خلال زيارة موقع https://www.express-scripts.com/rx. إذا اخترت الاشتراك، فستتلقى رسالة بريد إلكتروني عندما يكون EOB 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.

واحتفظ بتقارير EOB هذه. فهي سجل مهم لنفقات أدويتك.

K. الحفاظ على سجل عضويتك محدَّثًا

يمكنك المحافظة على سجل عضويتك محدثًا من خلال إبلاغنا عندما تتغير معلوماتك.

نحتاج إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. 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.

أبلغنا على الفور بالآتي:

- التغييرات التي تطرأ على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- التغييرات في أي تغطية تأمين صحي أخرى، على سبيل المثال، من جهة صاحب عملك أو صاحب عمل الزوج أو الزوجة أو تعويض العمال؛
- أي مطالبات بالتعويض، مثل مطالبات حوادث السيارات؛
- دخول مرفق تمريض أو مستشفى؛
- الحصول على رعاية من مستشفى أو غرفة طوارئ؛
- تغيير مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي شخص مسؤول عنك)؛ و
- ما إذا كنت مشاركًا في دراسة بحثية سريرية. (**ملاحظة:** لست ملزمًا بإخبارنا ما إذا كنت تنوي المشاركة في دراسة بحثية سريرية، لكننا نشجعك على فعل ذلك.)

إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة.

يمكنك أيضًا تحديث معلوماتك من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/HealthNetCA. انقر فوق الزر "Login" (تسجيل الدخول). سجل الدخول أو أنشئ حسابًا جديدًا. ثم أرسل لنا رسالة آمنة. اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة.

K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل العضوية الخاص بك معلومات صحية شخصية (PHI). تلزمنا القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية بالحفاظ على سرية PHI الخاصة بك. نحن نحمي PHI الخاصة بك. لمزيد من التفاصيل حول كيفية حمايتنا PHI الخاصة بك، راجع **الفصل 8** من كتيب *الأعضاء*.

الفصل 2: أرقام هاتفية وموارد مهمة

المقدمة

يقدم إليك هذا الفصل معلومات الاتصال الخاصة بالموارد المهمة التي يمكن أن تساعدك على الإجابة عن أسئلتك بشأن خطتنا ومزايا الرعاية الصحية الخاصة بك. يمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات عن الطريقة التي يمكنك بها التواصل مع منسق الرعاية الخاص بك والآخرين للدفاع نيابة عنك. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. قسم خدمات الأعضاء 26
B. منسق الرعاية الخاص بك 28
C. برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) 30
D. خط استشارات طاقم التمريض الهاتفي 31
E. خط أزمات الصحة السلوكية..... 31
F. مؤسسة تحسين الجودة (QIO)..... 32
G. Medicare..... 33
H. Medi-Cal..... 34
I. مكتب أمين مظالم Medi-Cal Managed Care والصحة العقلية..... 35
J. الخدمات الاجتماعية في المقاطعة..... 35
K. وكالة خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة..... 36
L. إدارة الرعاية الصحية المدارة في California 37
M. تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (HCA) 37
N. برامج لمساعدة الأشخاص على الدفع مقابل الأدوية 37
N1. المساعدة الإضافية من Medicare..... 37
N2. برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP)..... 39
N3. خطة مدفوعات أدوية Medicare الموصوفة..... 39

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

O. الضمان الاجتماعي 40
P. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) 40
Q. التأمين الجماعي أو أي تأمين آخر من صاحب العمل 41
R. برنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal..... 41
S. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان 42

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

A. قسم خدمات الأعضاء

اتصال	9007 -431- 800- 1- هذه المكالمة 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 لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة الخاصة بالخطة
- الأسئلة الخاصة بالمطالبات أو الفواتير
- قرارات التغطية المتعلقة برعايتك الصحية
  - إن قرار التغطية المتعلق بالرعاية الصحية هو قرار يتعلق بالآتي:
    - المزايا والخدمات الخاضعة للتغطية **أو**
    - المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
  - اتصل بنا إذا كانت لديك أسئلة بشأن أحد قرارات التغطية المتعلقة برعايتك الصحية.
  - لمعرفة المزيد عن قرارات التغطية، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- الاستئنافات المتعلقة بالرعاية الصحية
  - يُعَد الاستئناف طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار اتخذناه يتعلق بتغطيتك ومطالبتنا بتغييره إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأً أو لم تكن موافقًا على القرار.
  - لمعرفة المزيد عن تقديم الاستئنافات، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* أو تواصل مع قسم خدمات الأعضاء.
- الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية
  - يمكنك تقديم شكوى بشأننا أو بشأن أي مقدم (بما في ذلك مقدم خارج الشبكة أو مقدم الشبكة). مقدم الشبكة هو مقدم يعمل مع خطتنا. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلينا أو إلى مؤسسة تحسين الجودة (QIO) بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع **القسم F**).
  - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711).
  - إذا كانت شكواك متعلقة بقرار تغطية خاص برعايتك الصحية، فيمكنك تقديم استئناف (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج عبر الإنترنت على www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal من خلال الاتصال على الرقم 1-855-501-3077.
  - لمعرفة المزيد عن تقديم شكوى بشأن رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.
- قرارات التغطية الخاصة بالأدوية
  - إن قرار التغطية المتعلق بأدويتك هو قرار يتعلق بالآتي:
    - المزايا والأدوية الخاضعة للتغطية **أو**
    - المبلغ الذي ندفعه مقابل أدويتك.
  - من الممكن أن تغطي Medi-Cal Rx الأدوية غير الخاضعة لتغطية Medicare، مثل الأدوية من دون وصفات (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. ويمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273.
  - لمزيد من المعلومات عن قرارات التغطية الخاصة بالأدوية، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.
- الاستئنافات المتعلقة بأدويتك
  - الاستئناف هو طريقة لمطالبتنا بتغيير قرار تغطية.
  - لمزيد من المعلومات عن تقديم استئناف بشأن أدويتك، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- الشكاوى المتعلقة بأدويتك
  - يمكنك تقديم شكوى بشأننا أو بشأن أي صيدلية. ويشمل ذلك تقديم شكوى متعلقة بأدويتك.
  - إذا كانت شكواك متعلقة بقرار تغطية خاص بأدويتك، فيمكنك تقديم استئناف. (راجع القسم أعلاه.)
  - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج عبر الإنترنت على www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى بشأن أدويتك، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.
- السداد مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
  - للمزيد عن كيفية مطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته، أو دفع فاتورة تلقيتها، راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.
  - إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك، فيمكنك تقديم استئناف على قرارنا. راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

B. منسق الرعاية الخاص بك

يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك والتعاون مع الخطة الصحية والأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين للتأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها.

يمكن أن يتيح لك قسم خدمات الأعضاء أيضًا معرفة الطريقة التي يمكنك بها التواصل مع منسق الرعاية الخاص بك. منسق الرعاية:

- يساعد على تنسيق خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- يعمل معك لإعداد خطة الرعاية الخاصة بك.
- يساعدك على تحديد من سينضم إلى فريق الرعاية الخاص بك.
- يوفر لك المعلومات التي تحتاج إليها لإدارة رعايتك الصحية.

ويمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مساعدة على الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك. إذا كنت ترغب في تغيير منسق الرعاية الخاص بك أو لديك أي أسئلة إضافية، فيرجى الاتصال برقم الهاتف المدرج أدناه. يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك قبل أن يتصل هو بك. اتصل على الرقم أدناه واطلب التحدث إلى منسق الرعاية الخاص بك.

اتصال	1-833-340-0083 هذه المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً EST. 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 لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.

TTY	711. هذه المكالمة مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً EST. 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة الخاصة بالرعاية الصحية
- الأسئلة المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة)
- الأسئلة المتعلقة بمزايا طب الأسنان
- الأسئلة المتعلقة بوسيلة النقل للذهاب إلى المواعيد الطبية
- أسئلة بخصوص الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS)، بما في ذلك خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) ومرافق التمريض (NF)

قد تتمكن من الحصول على الخدمات الآتية:

- خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)
- الرعاية من التمريض المتخصص
- العلاج الطبيعي
- العلاج المهني
- علاج مشكلات النطق
- الخدمات الطبية الاجتماعية
- الرعاية الصحية المنزلية
- خدمات الدعم في المنزل (IHSS) من خلال وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة
- يمكنك أحيانًا الحصول على المساعدة بشأن احتياجات الرعاية الصحية اليومية والاحتياجات المعيشية الخاصة بك
- خدمات دعم المجتمع

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- خدمات النقل في مرحلة الانتقال إلى السكن
- ودائع الإسكان
- خدمات الإسكان والإدامة
- برامج التأهيل النهاري
- الرعاية الاستشفائية
- خدمات الرعاية المؤقتة
- تعديلات إمكانية الوصول داخل البيئة
- وجبات مخصصة طبيًا/طعام داعم طبيًا
- مراكز التوعية
- علاج الربو
- الإيجار الانتقالي

C. برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)

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 California، يُطلق على SHIP اسم برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP). يمكن لمستشاري HICAP الإجابة عن أسئلتك ومساعدتك على فهم ما يجب عليك فعله لحل مشكلتك. ويوجد لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، والخدمات مجانية.

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

اتصال	1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 4 مساءً بالتوقيت المحلي
TTY	1-800-735-2929
مراسلة	California Department of Aging 2880 Gateway Oaks Drive, Suite 200 Sacramento, CA 95833
الموقع الإلكتروني	www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

اتصل ببرنامج HICAP للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بـ Medicare
- يمكن لمستشاري HICAP الإجابة عن أسئلتك حول التغيير إلى خطة جديدة ومساعدتك على:
  - فهم حقوقك،
  - فهم خيارات خطتك،
  - وإجابة أسئلة عن تبديل الخطط،
  - تقديم شكاوى بشأن رعايتك الصحية أو العلاج، **و**
  - حل مشكلات الفوترة أو المطالبات.

D. خط استشارات طاقم التمريض الهاتفي

إن خط استشارات طاقم التمريض في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) خدمة تقدم تدريبًا ومشورة تمريضية عبر مكالمات مجانية من أطباء سريريين مُدرَّبين متاحين على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع طوال العام. يقدم خط استشارات طاقم التمريض تقييمات الرعاية الصحية في الوقت الحقيقي لمساعدة العضو على تحديد مستوى الرعاية اللازمة في الوقت الحالي. يقدم الأطباء السريريون استشارات فردية، وإجابات عن الأسئلة الصحية ودعم إدارة الأعراض، ما يمكِّن الأعضاء من اتخاذ قرارات واثقة ومناسبة بشأن رعايتهم وعلاجهم. بإمكان الأعضاء الوصول إلى خط استشارات طاقم التمريض بالاتصال على رقم قسم خدمات أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) الموجود على ظهر بطاقة ID العضوية الخاصة بهم. يمكنك الاتصال بخط استشارات طاقم التمريض لطرح أسئلة عن صحتك أو رعايتك الصحية.

اتصال	1-800-431-9007، هذه المكالمة مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
TTY	711 هذه المكالمة مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع

E. خط أزمات الصحة السلوكية

تشغِّل Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) خط صحة سلوكية للأعضاء الذين يحتاجون إلى هذا النوع من المساعدة. ويمكن للأعضاء الذين يمرون بأزمة صحة سلوكية اختيار التحدث إلى طبيب سريري مرخص، يمكنه مساعدتهم على الحصول على الخدمات التي يحتاجون إليها، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. اتصل بنا على الرقم أدناه.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

اتصال	1-800-646-5610 هذه المكالمة مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع طوال العام. 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 لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع طوال العام.

اتصل بخط أزمات الصحة السلوكية للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وعلاج تعاطي المواد المخدرة

للاستفسارات عن خدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، راجع **القسم K**.

F. مؤسسة تحسين الجودة (QIO)

لدى ولايتنا مؤسسة تسمى بدء الرعاية الصحية. وهي مجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. مؤسسة بدء الرعاية الصحية مؤسسة مستقلة. ولا علاقة لها بخطتنا.

اتصال	1-877-588-1123
TTY	711
مراسلة	Commence Health/BFCC-QIO PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450
الموقع الإلكتروني	www.commencehealthqio.cms.gov/en

اتصل بمؤسسة بدء الرعاية الصحية للحصول على المساعدة بشأن:

- الأسئلة المتعلقة بحقوق الرعاية الصحية الخاصة بك
- تقديم شكوى بشأن الرعاية التي حصلت عليها في حال:
  - وجدت مشكلة في جودة الرعاية مثل الحصول على الدواء الخطأ أو إجراء اختبارات أو إجراءات غير ضرورية أو خطأ في التشخيص، أو

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- كنت تعتقد أن إقامتك في المستشفى ستنتهي في وقت مبكر جدًا، **أو**
- كنت تعتقد أن الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص أو خدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF) تنتهي في وقت مبكر جدًا.

G. Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر، وبعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا من ذوي الإعاقة، والأشخاص المصابين بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل الكلى أو زرع الكلى).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare وMedicaid، أو CMS اختصارًا. وتتعاقد هذه الوكالة مع مؤسسات Medicare Advantage بما فيها خطتنا.

اتصال	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات إلى هذا الرقم مجانية، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الدردشة المباشرة	تحدث مباشرةً عبر الدردشة على www.Medicare.gov/talk-to-someone
مراسلة	راسل Medicare على العنوان PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
	www.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 أو الجرعات أو اللقاحات وزيارات "العافية" السنوية). • احصل على معلومات الاستثنافات في Medicare ونماذجها

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الموقع الإلكتروني	• 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. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ برنامج Medicare الشكاوى على محمل الجد وسيستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة برنامج Medicare.

H. Medi-Cal

Medi-Cal هو برنامج Medicaid في ولاية California. وهو برنامج تأمين صحي عام يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك الأسر التي لديها أطفال والمسنون والأشخاص ذوو الإعاقة والأطفال والشباب في دور الرعاية والحوامل. ويتم تمويل Medi-Cal من أموال الولاية والحكومة الفيدرالية.

تشمل مزايا Medi-Cal الدعم والخدمات الطبية والمتعلقة بطب الأسنان والصحة السلوكية والخدمات طويلة الأمد.

أنت مسجَّل في Medicare وفي Medi-Cal. إذا كانت لديك أسئلة بشأن مزايا Medi-Cal، فاتصل بمنسق رعاية الخطة. إذا كانت لديك أسئلة بشأن التسجيل في خطة Medi-Cal، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية.

اتصال	1-800-430-4263 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً.
TTY	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم مشكلات في السمع أو الكلام. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
مراسلة	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
الموقع الإلكتروني	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

I. مكتب أمين مظالم Medi-Cal Managed Care والصحة العقلية

يساعد مكتب أمين المظالم على حل المشكلات من وجهة نظر محايدة لضمان حصول أعضائنا على جميع الخدمات اللازمة طبيًا الخاضعة للتغطية. سيصغي إلى أسئلتك ويجيب عنها ويحلل موقفك ويشرح السياسات والإجراءات ويقدم المعلومات والنصائح والخيارات ويقترح الإحالات المناسبة. إنه مكلف بالمساعدة على إيجاد حلول عادلة لمشكلات الوصول إلى الرعاية الصحية. لكن اعلم أن المكتب ليس له أي صلة بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وخدماته مجانية.

اتصال	1-888-452-8609 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً.
TTY	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم مشكلات في السمع أو الكلام. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
مراسلة	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
الموقع الإلكتروني	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

L. الخدمات الاجتماعية في المقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن فوائد خدمات الدعم في المنزل (IHSS) أو أهلية Medi-Cal، فاتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعتك.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك للتقدم بطلب للحصول على خدمات الدعم في المنزل، التي ستساعد على سداد تكاليف الخدمات المقدمة إليك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. قد تتضمن أنواع الخدمات المساعدة على إعداد الوجبات أو الاستحمام أو ارتداء الملابس أو غسل الملابس أو التسوق أو التنقل.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك لطرح أي أسئلة عن أهليتك للانضمام إلى Medi-Cal.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

مقاطعة Los Angeles	
اتصال	1-866-613-3777 هذه المكالمة مجانية. باستثناء الإجازات: من الاثنين إلى الجمعة: من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً.
TTY	711
مراسلة	لأقرب مكتب للخدمات الاجتماعية، يرجى الرجوع إلى https://dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html
الموقع الإلكتروني	dpss.lacounty.gov

K. وكالة خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية وخدمات اضطراب تعاطي المخدرات المتخصصة من Medi-Cal من خلال المقاطعة إذا انطبقت عليك معايير الوصول.

مقاطعة Los Angeles	
اتصال	خط مركز الوصول: 1-800-854-7771 الخط الساخن لخدمة علاج تعاطي المخدرات (SASH): 1-844-804-7500، هذه مكالمة مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمة مجانية. على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع

اتصل بوكالة الصحة السلوكية المحلية في المقاطعة للحصول على مساعدة بشأن ما يأتي:

- الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة العقلية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة
- الأسئلة المتعلقة بخدمات اضطراب تعاطي المخدرات التي تقدمها المقاطعة
- المعلومات المجانية والسرية عن الصحة العقلية، والإحالات إلى مقدمي الخدمات، والحصول على استشارات الأزمات في أي يوم أو وقت. اتصل على الرقم الخاص بمقاطعتك الوارد أعلاه.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

L. إدارة الرعاية الصحية المدارة في California

إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) هي المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. ويمكن لمركز المساعدة في DMHC أن يساعدك على الاستئناف وتقديم الشكاوى بشأن خدمات Medi-Cal.

اتصال	1-888-466-2219 ممثلو DMHC متاحون من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
TDD	1-877-688-9891 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم مشكلات في السمع أو الكلام. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
مراسلة	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	www.dmhc.ca.gov

M. تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (HCA)

تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (HCA) هي شراكة على مستوى الولاية تقدم المساعدة القانونية المجانية عبر الإنترنت أو عبر الهاتف أو شخصيًا لمساعدة المقيمين في California الذين يواجهون صعوبة في الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية. لمعرفة المزيد عن تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (HCA) أو للحصول على مساعدة محتملة، اتصل على الرقم 1-888-804-3536 أو تفضل بزيارة www.healthconsumer.org/.

N. برامج لمساعدة الأشخاص على الدفع مقابل الأدوية

يوفر موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) معلومات عن كيفية خفض تكاليف أدويتك. وبالنسبة إلى الأشخاص ذوي الدخل المحدود، فثمة برامج أخرى أيضًا لتقديم المساعدة، على النحو الموضح أدناه.

N1. المساعدة الإضافية من Medicare

نظرًا إلى أنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، أنت مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية" من Medicare لدفع تكاليف خطة أدويتك. ليس عليك القيام بأي شيء للحصول على "المساعدة الإضافية".

اتصال	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات إلى هذا الرقم مجانية، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048. هذه المكالمة مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح مقابل الوصفة الطبية الخاصة بك في إحدى الصيدليات، فإن خطتنا تتضمن عملية للمساعدة 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 على الرقم الموجود أسفل الصفحة وأخبرنا بما إذا كنت تعتقد أنك مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية". قد يُطلب منك تقديم أحد أنواع المستندات الآتية (أفضل الأدلة المتاحة):
  - نسخة من بطاقة Medi-Cal الخاصة بك تشمل اسمك وتاريخ الأهلية خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة.
  - نسخة من مستند صادر عن الولاية يؤكد حالة Medi-Cal خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة.
  - نسخة مطبوعة من ملف تسجيل إلكتروني صادر عن الولاية تُظهر حالة Medi-Cal خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة.
  - مستندات أخرى مقدمة من الولاية تُظهر حالة Medi-Cal خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة.
  - نسخة مطبوعة للقطة شاشة من أنظمة Medi-Cal تُظهر حالة Medi-Cal خلال شهر بعد يونيو من السنة التقويمية السابقة.
  - خطاب من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) يُظهر أنك تتلقى الدخل الأمني الإضافي (SSI).
  - طلب تقدَّم به شخص مُقررة أهليته يؤكد أنك "...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؛

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- 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 ندفع إلى الولاية مباشرةً. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدرج في أسفل الصفحة إذا كانت لديك أسئلة.

N2. برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP)

يساعد ADAP الأشخاص المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بـ HIV/AIDS على الحصول على الأدوية المضادة لـ 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). ملاحظة: يجب على الأفراد 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، فأخطر موظف التسجيل في ADAP المحلي؛ حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات خاصة بمعايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، يرجى الاتصال ببرنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP) على الرقم 1-844-421-7050 (711 TTY) من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً بالتوقيت المحلي من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء الإجازات).

N3. 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 ولا تزال في الخطة نفسها، فلن تحتاج إلى فعل أي شيء للاستمرار في هذا الخيار.** إن "المساعدة الإضافية" المقدمة من Medicare والمساعدة المقدمة من برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة (SPAP) وADAP، إلى الأشخاص المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خيار الدفع هذا، بصرف النظر عن مستوى دخلك، ولا بد أن تقدم الخطط التي تغطي الأدوية خيار الدفع هذا. لمعرفة المزيد عن خيار الدفع هذا، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود أسفل الصفحة أو زُر www.medicare.gov.

O. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية لبرنامج Medicare ويتولى مهمة التسجيل في Medicare.

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

اتصال	1-800-772-1213 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلي الخاصة بهم للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار الساعة.
TTY	1-800-325-0778 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

P. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

إن RRB هو وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة لعمال السكك الحديدية في البلاد وعائلاتهم. إذا كنت تستفيد من برنامج Medicare من خلال RRB، فأبلغهم إذا انتقلتَ أو غيرت عنوانك البريدي. للاستفسارات عن مزاياك من RRB، اتصل بالوكالة.

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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

TTY	1-312-751-4701 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به. المكالمات إلى هذا الرقم ليست مجانية.
الموقع الإلكتروني	www.rrb.gov

Q. التأمين الجماعي أو أي تأمين آخر من صاحب العمل

إذا كنت (أو زوجتك) تحصل على مزايا من صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين كجزء من هذه الخطة، فاتصل بمسؤول المزايا لصاحب العمل/النقابة أو قسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود أسفل الصفحة إذا كان لديك أي أسئلة. يمكنك (أو زوجتك) أن تسأل عن المزايا الصحية لصاحب العمل أو المتقاعد أو الأقساط أو فترة التسجيل. يمكنك أيضًا الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطرح الأسئلة 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 صاحب عمل الزوج/الزوجة) أو مجموعة المتقاعدين، فتواصل مع **مسؤول المزايا التابع لهذه المجموعة**. يمكن لمسؤول المزايا مساعدتك على فهم كيفية عمل تغطية الأدوية الحالية مع خطتنا.

R. برنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal

يوفر برنامج أمين المظالم التابع لـ Medicare Medi-Cal مساعدة مجانية للأشخاص الذين يعانون للحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية.

إذا واجهت مشكلات في:

- Medi-Cal
- Medicare
- خطتك الصحية
- الوصول إلى الخدمات الطبية
- الاستئناف على رفض توفير الخدمات أو الأدوية أو المعدات الطبية القوية (DME) أو خدمات الصحة العقلية وما إلى ذلك

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- الفواتير الطبية
- IHSS (خدمات الدعم في المنزل)

يساعد برنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal في حال تقديم الشكاوى والاستئنافات وفي جلسات الاستماع. رقم هاتف برنامج أمين المظالم هو 1-855-501-3077.

S. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان

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

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية وتنظيف الأسنان والختامات السنية الوقائية وعلاجات الفلوريد،
- وعمليات التصحيح والتيجان،
- وعلاج القناة الجذرية،
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة وعمليات الضبط والإصلاح وإعادة التبطين.

اتصال	1-800-322-6384 المكالمة مجانية. يتوفر ممثلو برنامج Medi-Cal لطب الأسنان (FFS) لمساعدتك من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
TTY	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث. ويجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

بدلاً من برنامج الخدمات مقابل الرسوم التابع لبرنامج Medi-Cal لطب الأسنان، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية الأسنان المدارة. تتوفر خطط رعاية الأسنان المدارة في مقاطعتَي Sacramento وLos Angeles. إذا أردت معرفة مزيد من المعلومات عن خطط رعاية الأسنان، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً. المكالمة مجانية. تتوفر أيضًا جهات اتصال خطة رعاية الأسنان المدارة هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا للرعاية الصحية والخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

المقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية مع خطتنا. كما يخبرك بمعلومات منسق الرعاية الخاص بك، وكيفية الحصول على الرعاية من أنواع مختلفة من مقدمي الخدمات وفي ظل ظروف خاصة معينة (بما في ذلك من مقدمي رعاية أو صيدليات خارج الشبكة)، وماذا تفعل إذا تلقيت فواتير مباشرة مقابل الخدمات التي نغطيها، وقواعد امتلاك المعدات الطبية القوية (DME). ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. معلومات عن الخدمات ومقدمي الرعاية 45

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة لتغطية خطتنا 45

C. منسق الرعاية الخاص بك 47

C1. المقصود بمنسق الرعاية 47

C2. الطريقة التي يمكنك بها التواصل مع منسق الرعاية الخاص بك 47

C3. الطريقة التي يمكنك بها تغيير منسق الرعاية الخاص بك 47

D. الرعاية من مقدمي الرعاية 47

D1. الرعاية من مقدم الرعاية الأولية (PCP) 47

D2. الرعاية من الاختصاصيين ومقدمي الشبكة الآخرين 50

D3. عندما يغادر مقدم ما خطتنا 50

D4. مقدمو خارج الشبكة 51

E. الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS) 51

F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة) 52

F1. خدمات الصحة السلوكية التابعة لـ Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا 52

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

G. خدمات النقل 56
G1. النقل الطبي غير الطارئ 56
G2. النقل غير الطبي 57
H. الخدمات الخاضعة للتغطية عند وجود حالة طوارئ طبية، أو عندما تكون مطلوبة بشكل عاجل، أو في أثناء الكوارث 58
H1. الرعاية عند وجود حالة طوارئ طبية 58
H2. الرعاية المطلوبة بشكل عاجل 59
H3. الرعاية في أثناء الكوارث 60
I. ما ينبغي أن تفعله إذا تلقيت فواتير مباشرةً مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية 61
I1. ما يجب فعله إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات 61
J. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية 61
J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية 61
J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية 62
J3. مزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية 62
K. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية 62
K1. تعريف المؤسسة الدينية غير الطبية للرعاية الصحية 62
K2. الرعاية من مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية 62
L. المعدات الطبية القوية (DME) 63
L1. الحصول على DME بصفتك عضوًا في خطتنا 63
L2. ملكية DME عند التبديل إلى برنامج Original Medicare 64
L3. مزايا معدات الأكسجين بصفتك عضوًا في خطتنا 64
L4. معدات الأكسجين عند التبديل إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى 64

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

A. معلومات عن الخدمات ومقدمي الرعاية

الخدمات هي الرعاية الصحية والدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS) والمستلزمات وخدمات الصحة السلوكية والأدوية الموصوفة والأدوية التي من دون وصفات والمعدات وغيرها من الخدمات. **الخدمات الخاضعة للتغطية** هي أي من الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. ترد الرعاية الصحية والصحة السلوكية وLTSS الخاضعة للتغطية في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*. ترد الخدمات الخاضعة للتغطية للأدوية الموصوفة والأدوية من دون وصفات في **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء*.

مقدمو الرعاية هم الأطباء والممرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية ويحملون ترخيصًا من الولاية. ويشمل مقدمو الرعاية أيضًا المستشفيات والوكالات الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم إليك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والمعدات الطبية وبعض LTSS.

مقدمو الشبكة هم مقدمو الرعاية الذين يعملون مع خطتنا. ويوافق مقدمو الرعاية هؤلاء على قبول مدفوعاتنا كمدفوعات كاملة. أجرينا ترتيبات مع مقدمي الخدمات هؤلاء لتقديم خدمات خاضعة للتغطية إليك. ويرسل مقدمو الشبكة فواتير الرعاية الخاصة بك إلينا مباشرة. عندما تستعين بمقدم شبكة، عادةً لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية.

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة لتغطية خطتنا

تغطي خطتنا كل الخدمات التي تغطيها Medicare ومعظم خدمات Medi-Cal. ويشمل ذلك بعض خدمات الصحة السلوكية وLTSS.

ستدفع خطتنا بشكل عام مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية وكثير من LTSS التي تحصل عليها عندما تتبع قواعدنا. ولتخضع لتغطية خطتنا:

- يجب تضمين الرعاية التي تحصل عليها في جدول المزايا الطبية الخاص بنا في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.
- يجب أن تكون الرعاية **ضرورية من الناحية الطبية**. ونقصد بالرعاية الضرورية من الناحية الطبية أن تكون الخدمات معقولة وضرورية لتشخيص حالتك الطبية وعلاجها. وتلزم الرعاية الضرورية من الناحية الطبية لوقاية الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو الإصابة بالإعاقة وتقلل الألم الشديد عن طريق علاج المرض أو الداء أو الإصابة.
- بالنسبة إلى الخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك **مقدم رعاية أولية (PCP)** تابع للشبكة يقدم إليك الرعاية ويشرف عليها. وبصفتك عضوًا في الخطة، يجب عليك اختيار مقدم رعاية تابع للشبكة ليكون PCP الخاص بك (انتقل إلى **القسم D1** لمزيد من التفاصيل).
  - في أغلب الحالات، يجب أن تحصل على موافقة PCP التابع للشبكة أو موافقة خطتنا قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدم رعاية غير PCP الخاص بك أو الاستعانة بمقدمي رعاية آخرين ضمن شبكة خطتنا. وهذا ما يسمى **الإحالة**. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نقوم بتغطية الخدمات.
  - إن PCP الذين ضمن خطتنا تابعون لمجموعات طبية. فعندما تختار PCP الخاص بك، فإنك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها. وهذا يعني أن PCP الخاص بك يحيلك إلى الاختصاصيين وإلى الخدمات التابعة أيضًا لمجموعته الطبية. المجموعة الطبية هي مجموعة من PCP ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يعملون معًا وتم التعاقد معهم للعمل مع خطتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- أنت لا تحتاج إلى إحالات من PCP الخاص بك للرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل، أو للاستعانة بمقدم رعاية صحية للنساء، أو لأي من الخدمات الأخرى الواردة في **القسم D1**.

- **يجب عليك الحصول على الرعاية من مقدمي الشبكة** (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى **القسم D** في هذا الفصل). ولن نغطي عادة الرعاية المقدمة من مقدم لا يعمل مع خطتنا الصحية. ويعني ذلك أنه سيتعين عليك دفع تكاليف مقدم الرعاية بالكامل مقابل الخدمات التي تحصل عليها. وفي ما يأتي بعض الحالات التي لا تنطبق فيها هذه القاعدة:

  - إذا كنت بحاجة إلى الرعاية في حالات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل من مقدم رعاية خارج الشبكة (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى **القسم H**).

  - إذا كنت بحاجة إلى الرعاية التي تغطيها خطتنا ولا يقدر مقدمو الشبكة لدينا على تقديمها إليك، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خارج الشبكة. وإذا طُلب منك الاستعانة بمقدم خارج الشبكة، فسيُطلب منك الحصول على تفويض سابق (PA). وبمجرد الموافقة على التفويض السابق، سيتم إخطار المقدم مقدم الطلب والمقدم الموافق على الطلب. وفي هذه الحالة، نغطي الرعاية من دون أن تتحمل أنت أي تكلفة. للحصول على معلومات حول الحصول على موافقة لرؤية مقدم رعاية خارج الشبكة، انتقل إلى **القسم D4**.

  - إذا كنت بحاجة إلى خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا لفترة قصيرة أو عندما يكون مقدم الرعاية الخاص بك غير متوفر أو لا يمكن الوصول إليه مؤقتًا، فيمكنك تلقي الرعاية من مقدم رعاية خارج الشبكة.

  - إذا كنت عضوًا جديدًا في خطتنا، فيمكنك أن تطلب الاستمرار في الاستعانة بمقدمي الرعاية الحاليين. ومع بعض الاستثناءات، يجب أن نوافق على هذا الطلب إذا استطعنا إثبات وجود علاقة قائمة بينك وبين مقدمي الرعاية. راجع **الفصل 1** من كتيب *الأعضاء*. وإذا وافقنا على طلبك، فيمكنك الاستمرار في الاستعانة بمقدمي الرعاية الذين تتعامل معهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهرًا في الخدمات. وخلال هذا الوقت، سيتصل بك منسق الرعاية لمساعدتك على العثور على مقدمي رعاية في شبكتنا تابعين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. بعد 12 شهرًا، نتوقف عن تغطية رعايتك إذا واصلت الاستعانة بمقدمي رعاية غير موجودين في شبكتنا وغير تابعين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.

التغطيات الصحية الأخرى: يجب عليك الاستفادة من جميع التغطيات الصحية الأخرى قبل Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها متاحة ضمن تغطيتك الصحية الأساسية نظرًا إلى أن Medi-Cal هو آخر جهة يتم اللجوء إليها للدفع. هذا يعني أنه في معظم الحالات، سيكون Medi-Cal هو جهة الدفع الثانوية لـ Medicare، حيث يغطي التكاليف المسموح بها التي لا يغطيها Medicare أو أي تغطية صحية أخرى في حدود سعر Medi-Cal.

الأعضاء الجدد في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) للحصول على مزايا Medicare في اليوم 1 من الشهر التالي لطلبك التسجيل في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). يمكنك الاستمرار في تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة لما يصل إلى شهرين. بعد ذلك، ستتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خلال Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم المدرج في أسفل هذه الصفحة إذا كان لديك أي أسئلة.

C. منسق الرعاية الخاص بك

C1. المقصود بمنسق الرعاية

منسق الرعاية هو عضو فريق الرعاية الذي يعمل معك ومع الخطة الصحية ومقدمي الرعاية الآخرين للتأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها. يساعد منسق الرعاية على تنسيق خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. ويعمل معك لإعداد خطة رعايتك. كما يمكنه مساعدتك على تحديد من سينضم إلى فريق الرعاية الخاص بك. يوفر لك منسق الرعاية الخاص بك المعلومات التي تحتاج إليها لإدارة رعايتك الصحية. وسيساعدك ذلك أيضًا على تحديد الخيارات المناسبة لك.

C2. الطريقة التي يمكنك بها التواصل مع منسق الرعاية الخاص بك

يمكن أن يساعدك قسم خدمات الأعضاء على الاتصال بمنسق الرعاية. منسق الرعاية متاح لمساعدتك في احتياجاتك الصحية. قد يتصل بك فريق تنسيق الرعاية الذي نقدمه ليسألك عما إذا كنت ترغب في التحدث مع مدير الرعاية أم لا.

C3. الطريقة التي يمكنك بها تغيير منسق الرعاية الخاص بك

إذا كنت ترغب في تغيير منسق الرعاية الخاص بك، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة.

D. الرعاية من مقدمي الرعاية

D1. الرعاية من مقدم الرعاية الأولية (PCP)

يجب عليك اختيار PCP لتوفير الرعاية الخاصة بك وإدارتها. إن PCP الذين ضمن خطتنا تابعون لمجموعات طبية. فعندما تختار PCP الخاص بك، فإنك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها.

تعريف PCP وما يقدمه PCP بالنسبة 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 وأطباء النساء والتوليد (OB/GYNs) وطب الشيخوخة.

يمكنك اختيار ممارس طبي غير طبيب ليكون PCP الخاص بك. يشمل الممارسون من غير الأطباء القابلات المعتمدات أو الممرضين الممارسين (NP) أو مساعدي الأطباء (PA). وسيتم ربطك بـ PCP المشرف، لكنك ستستمر في تلقي الخدمات من الممارس غير الطبيب الذي اخترته. ويسمح لك بتغيير اختيارك للممارس عن طريق تغيير PCP المشرف. سيتم طباعة اسم PCP المشرف على بطاقة التعريف (ID) الخاصة بك. وقد تتمكن من أن تطلب من اختصاصي أن يكون PCP الخاص بك. ويجب أن يكون الاختصاصي مستعدًا وقادرًا على توفير الرعاية التي تحتاج إليها.

بالإضافة إلى ذلك، تقتصر على الاختصاصيين والمرافق التي وافقت على المشاركة في خطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). نظرًا إلى أن اختيار هذه الخطة سيتطلب منك الاستعانة بمقدمي الرعاية المحددين هؤلاء فقط من أجل رعايتك، فمن المهم أن تراجع قائمة مقدمي الرعاية عن كثب للتأكد من أنها تشمل مقدمي الرعاية الذين تتعامل معهم بشكل روتيني. يتوفر دليل مقدمي الرعاية على موقعنا الإلكتروني عبر الرابط go.wellcare.com/2027providerdirectories.

ستحصل على أغلب الرعاية الروتينية أو الأساسية من PCP الخاص بك. وسيساعدك PCP الخاص بك على إدارة بقية الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خطتنا. ويشمل ذلك ما يأتي:

- الأشعة السينية الخاصة بك،
- والاختبارات المعملية،
- والعلاجات،
- 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 إحالة (مثل إحالة إلى اختصاصي) و/أو تفويض سابق (موافقة سابقة). وإذا كانت الخدمة التي تحتاج إليها تتطلب تفويضًا سابقًا، فسيطلب PCP الخاص بك التفويض من خطتنا أو مجموعتك الطبية. راجع **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء* هذا لمعرفة الخدمات والعناصر التي تتطلب إحالة و/أو تفويضًا سابقًا.

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.

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.

اختيارك لـ PCP

عند التسجيل في خطتنا، سوف تختار مجموعة طبية متعاقدة من شبكتنا. المجموعة الطبية هي مجموعة من PCP ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يعملون معًا وتم التعاقد معهم للعمل مع خطتنا. كما ستختار PCP من هذه المجموعة الطبية المتعاقدة. وينبغي أن يكون الوصول إلى مكتب طبيب الرعاية الأولية سهلاً بالنسبة إليك. يمكنك طلب PCP ضمن مسافة 10 أميال أو 30 دقيقة من المكان الذي تسكن أو تعمل فيه. يمكن العثور على المجموعات الطبية (وPCP والمستشفيات التابعة لها) في *دليل المقدمين والصيدليات* أو يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/2027providerdirectories.

وللتأكد من توفر مقدم الخدمات، أو للسؤال عن PCP محدد، يرجى التواصل مع قسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711).

تقوم كل مجموعة طبية وPCP بإجراء إحالات إلى اختصاصيين محددين تابعين للخطة فضلاً عن استخدام مستشفيات محددة ضمن شبكتهم. إذا كان ثمة اختصاصي معين تابع للخطة أو مستشفى تود زيارته، فتحقق أولاً للتأكد من أن الاختصاصيين والمستشفيات ضمن المجموعة الطبية وشبكة PCP. تتم طباعة اسم PCP الخاص بك ورقم هاتف المكتب الخاص به على بطاقة عضويتك.

إذا لم تختر مجموعة طبية أو PCP أو اخترت مجموعة طبية أو PCP غير متاحَين ضمن هذه الخطة، فسنعيّن لك تلقائيًا مجموعة طبية PCP بالقرب من منزلك.

للحصول على معلومات عن كيفية تغيير PCP الخاص بك، يرجى مراجعة قسم "خيار تغيير PCP الخاص بك" أدناه.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

خيار تغيير PCP الخاص بك

يمكنك تغيير PCP الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. كما أنه من الممكن أن يغادر PCP شبكة خطتنا. إذا غادر PCP الخاص بك شبكتنا، فيمكننا مساعدتك على العثور على PCP جديد تابع لشبكتنا.

سيكون طلبك ساريًا في اليوم الأول من الشهر التالي لتاريخ تلقي خطتنا طلبك. لتغيير PCP، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود في أسفل الصفحة.

عندما تتصل بنا، تأكد من إخبارنا بما إذا كنت تتابع مع اختصاصيين أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية تحتاج إلى موافقة PCP الخاص بك (مثل خدمات الرعاية الصحية المنزلية والمعدات الطبية القوية). وسيخبرك قسم خدمات الأعضاء بكيفية متابعة الرعاية التخصصية والخدمات الأخرى التي تحصل عليها عند تغيير PCP. وستتحقق أيضًا للتأكد من أن PCP الذي تريد التبديل إليه يقبل مرضى جددًا. وسيقوم قسم خدمات الأعضاء بتغيير سجل عضويتك لإظهار اسم PCP الجديد الخاص بك وإخبارك بوقت دخول التغيير إلى PCP الجديد حيز التنفيذ.

كما سترسل إليك بطاقة عضوية جديدة تُظهِر اسم PCP الجديد الخاص بك ورقم هاتفه.

إن PCP الذين ضمن خطتنا تابعون لمجموعات طبية. وإذا قمت بتغيير PCP الخاص بك، فقد تقوم أيضًا بتغيير المجموعات الطبية. وعندما تطلب التغيير، أخبر قسم خدمات الأعضاء بما إذا كنت تستعين باختصاصي أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية تتطلب موافقة PCP. ويساعدك قسم خدمات الأعضاء على متابعة الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى عند تغيير PCP.

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

في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP الخاص بك الموافقة قبل أن تتمكن من زيارة مقدمي رعاية آخرين. وهذه الموافقة تُسمى **الإحالة**. يمكنك الحصول على خدمات مثل تلك المدرجة أدناه من دون الحصول على موافقة أولاً من PCP الخاص بك:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الشبكة أو مقدمي رعاية خارج الشبكة
- خدمات الرعاية المطلوبة بشكل عاجل الخاضعة للتغطية التي تتطلب اهتمامًا طبيًا فوريًا (لكنها ليست طارئة) إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا 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. لا تُعد زيارات مقدم الرعاية الدورية الضرورية من الناحية الطبية (مثل الفحوصات السنوية) مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنتَ خارج منطقة خدمة خطتنا أو إذا كانت شبكتنا غير متاحة مؤقتًا.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من مرفق غسيل كلى معتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا. إذا اتصلت بقسم خدمات الأعضاء قبل مغادرة منطقة الخدمة، فيمكننا مساعدتك على الحصول على رعاية غسيل الكلى خلال غيابك.
- لقاحات الإنفلونزا ولقاح COVID-19 وكذلك لقاحات الالتهاب الكبدي الوبائي B ولقاحات الالتهاب الرئوي ما دُمت تحصل عليها من مقدم الشبكة.
- خدمات الرعاية الصحية الروتينية للمرأة وتنظيم الأسرة. ويشمل ذلك فحوصات الثدي، وفحوصات تصوير الثدي بالأشعة السينية، واختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض ما دُمتِ تحصلين عليها من مقدم الشبكة.

إضافةً إلى ذلك، إذا كنت عضوًا من الأمريكيين الهنود، فيمكنك الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية من مقدم الرعاية الصحية الهندي الذي تختاره، من دون الحاجة إلى إحالة من PCP تابع للشبكة أو الحصول على تفويض سابق.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

D2. الرعاية من الاختصاصيين ومقدمي الشبكة الآخرين

الاختصاصي هو طبيب يقدم الرعاية الصحية لأمراض محددة أو جزء معين من الجسم. وثمة أنواع متعددة من الاختصاصيين، مثل:

- أطباء الأورام الذين يقدمون الرعاية إلى مرضى السرطان.
- أطباء القلب الذين يقدمون الرعاية إلى من يعانون من مشكلات في القلب.
- أطباء العظام الذين يقدمون الرعاية إلى من يعانون من مشكلات 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 D1**. 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. راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن الخدمات التي تتطلب تفويضًا سابقًا.

قد يجري كل PCP في الخطة إحالات إلى اختصاصيين معينين في الخطة ويستعين بمستشفيات معينة داخل شبكته. نظرًا إلى أن بعض مقدمي PCP يشاركون في شبكات إحالة محدودة أو محددة، قد يحدد PCP الذي تختاره الاختصاصيين والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها. وإذا كان ثمة اختصاصيون محددون أو مستشفيات محددة ترغب في التعامل معها، فتأكد مما إذا كان PCP في الخطة يتعامل 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. وسنخبرك بكيفية تغيير PCP الخاص بك في **القسم D1**.

D3. عندما يغادر مقدم ما خطتنا

يمكن لمقدم شبكة تتعامل معه مغادرة خطتنا. وإذا غادر أحد مقدمي خطتنا، فلديك هذه الحقوق والحصانات الملخصة أدناه:

- حتى إذا تغيرت شبكة مقدمي الرعاية لدينا خلال العام، فعلينا أن نوفر لك إمكانية وصول غير منقطعة إلى مقدمي رعاية مؤهلين.
- 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 السنوات الثلاث الماضية.
  - إذا غادر أي من مقدمي الرعاية الآخرين خطتنا، فسنخطرك إذا تم تعيينك إلى المقدم، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو قد زرته خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك على اختيار مقدم مؤهل جديد داخل الشبكة للاستمرار في إدارة احتياجات رعايتك الصحية.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو معالجات لدى مقدم الرعاية الحالي الخاص بك، فلك الحق في طلب استمرار العلاج أو المعالجة الضرورية من الناحية الطبية من مقدم رعاية آخر في شبكتنا. وسنتعاون معك بحيث يمكنك الاستمرار في تلقي الرعاية.

- سنوفر لك معلومات حول فترات التسجيل المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم نتمكن من العثور على اختصاصي مؤهل تابع للشبكة يمكنك الوصول إليه، فيجب أن نوفر اختصاصيًا من خارج الشبكة لتوفير الرعاية لك عندما يكون المقدم أو المزايا التي داخل الشبكة غير متوفرة أو غير كافية لتلبية احتياجاتك الطبية. 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).
- إذا اكتشفت أن أحد مقدمي الرعاية لديك سيغادر خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك على اختيار مقدم جديد وإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل مقدم الرعاية السابق الخاص بك بمقدم رعاية مؤهل أو أننا لا ندير الرعاية الخاصة بك بشكل جيد، فلديك الحق في تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى مؤسسة تحسين الجودة (QIO)، أو تظلم بشأن جودة رعاية، أو كليهما. (راجع **الفصل 9** لمزيد من المعلومات.)

D4. مقدمو خارج الشبكة

يمكنك الذهاب إلى مقدم خارج الشبكة من دون إحالة، أو تفويض سابق لخدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل. تتم تغطية خدمات غسيل الكلى للأعضاء المصابين بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية ESRD من دون الحاجة إلى تفويض سابق إذا كان العضو مسافرًا خارج منطقة الخدمة المخطط لها أو إذا كان مقدم الخدمة غير متاح مؤقتًا. إذا استخدمت مقدمًا خارج الشبكة، فيجب أن تحصل على موافقة كتابية سابقة. لا يمكننا الدفع لمقدم خارج الشبكة لم تتم الموافقة عليه لتوفير الخدمات لك. إذا اخترت استخدام مقدم لم تتم الموافقة عليه، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها.

إذا استخدمت مقدمًا خارج الشبكة، فيجب أن يكون المقدم معتمدًا لدى Medicare و/أو Medi-Cal.

- لا يمكننا أن ندفع إلى مقدم غير مؤهل للمشاركة في Medicare و/أو Medi-Cal.
- إذا استعنت بمقدم غير مؤهل للمشاركة في Medicare، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها.
- يجب على مقدمي الرعاية إخبارك إذا لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في Medicare.

E. الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS)

يمكن أن تساعدك LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في المستشفى أو مرفق تمريض متخصص. ويمكنك الوصول إلى بعض LTSS من خلال خطتنا، بما في ذلك الرعاية في مرفق التمريض المتخصص، وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، وخدمات الدعم المجتمعي. ويتوفر نوع آخر من LTSS، وهو برنامج خدمات الدعم في المنزل من خلال وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة.

للحصول على LTSS، يجب عليك استيفاء المعايير السريرية لأي فئة واحدة (1) أو أكثر من الفئات التالية:

1. الأعضاء الذين يستوفون مستوى الرعاية الصحية لمرفق التمريض أو أعلى (NF-A)، ومعايير الأهلية والضرورة الطبية.
2. الأفراد الذين يعانون من إصابة دماغية عضوية أو مكتسبة أو مؤلمة و/أو مرض عقلي مزمن، ويظهرون الحاجة إلى المساعدة أو الإشراف على بعض أنشطة الحياة اليومية أو بعض الأنشطة الأساسية للحياة اليومية.
3. الأعضاء الذين يعانون من مرض Alzheimer المتوسط إلى الشديد أو نوع آخر من الخرف يتصف بالمرحلة 5 أو المرحلة 6 أو المرحلة 7.

4. الأعضاء المصابون بالضعف الإدراكي المعتدل بما في ذلك مرض Alzheimer المعتدل أو الخرف الآخر، الذي يتسم بمرض Alzheimer من المرحلة 4.

5. الأفراد ذوو إعاقات النمو الذين يستوفون المعايير وشروط الأهلية الخاصة بالمركز الإقليمي.

لمعرفة المزيد حول كيفية الحصول على LTSS، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف في أسفل الصفحة.
راجع **الفصل 4** للحصول على مزيد من المعلومات حول برنامج خدمات الدعم في المنزل (IHSS).

F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة)

لديك الحق في الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية التي يغطيها Medicare وMedi-Cal.
ونوفر إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الخاضعة للتغطية في Medicare وMedi-Cal managed care.
ولا توفر خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal أو خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة التابعة للمقاطعة، لكن هذه الخدمات متوفرة لك من خلال وكالة الصحة السلوكية المحلية في المقاطعة.

F1. خدمات الصحة السلوكية التابعة لـ Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة التابعة لـ Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية في المقاطعة (MHP) إذا انطبقت عليك معايير الوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. وتشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة التابعة لـ Medi-Cal التي تقدمها الوكالات الواردة في الجدول أدناه ما يأتي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات الدعم العلاجي
- خدمات العلاج النهاري المكثف
- إعادة التأهيل النهارية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات الاستقرار في الأزمات
- خدمات الإقامة العلاجية لكبار السن
- خدمات الإقامة العلاجية للأزمات
- خدمات مرافق الصحة النفسية
- خدمات إقامة المريض في مستشفيات الأمراض النفسية
- إدارة الحالات الموجهة
- إعادة دمج من كانوا متورطين في قضايا

- العلاج المجتمعي الحازم (ACT)
- العلاج المجتمعي الحازم لذوي القضايا الجنائية (FACT)
- الرعاية المتخصصة المنسقة (CSC) لأول نوبة ذهان (FEP)
- خدمات نادي الدعم النفسي
- الخدمات المعزَّزة للعاملين في مجال الصحة المجتمعية (CHW)
- التوظيف المدعوم
- خدمات دعم الأقران
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة المجتمعية
- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية البديلة العلاجية
- تنسيق الرعاية المكثفة
- خدمات منزلية مكثفة

تشمل خدمات دواء Medi-Cal (DMC) التي توفرها الجهة التابعة للمقاطعة أدناه ما يأتي:

المقاطعة	الوكالة
Los Angeles	إدارة الصحة العقلية (DMH) في مقاطعة Los Angeles وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (الوقاية من اضطراب تعاطي المخدرات والسيطرة عليه) (DPH/SAPC)

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- الإقامة العلاجية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة خلال فترة الولادة
- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- برنامج علاج تعاطي المخدرات
- أدوية علاج الإدمان (تسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأقران
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة المجتمعية

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

تتوفر خدمات نظام توصيل الدواء المنظم من Medi-Cal (DMC-ODS) لك من خلال مقدمي الخدمات مقابل الرسوم (FFS) من Medi-Cal إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات. تشمل خدمات DMC-ODS ما يأتي:

- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- خدمات الحجز الجزئي في المستشفى
- أدوية علاج الإدمان (تسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات الإقامة العلاجية
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج علاج تعاطي المخدرات
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية
- خدمات دعم الأقران
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة المجتمعية
- خدمات إدارة الطوارئ
- خدمات التدخل المبكر (للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا)
- الفحص والتشخيص والعلاج الدوري المبكر (للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا)
- خدمات علاج المرضى المقيمين في المستشفى

بالإضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، يمكنك الحصول على خدمات إزالة السمية الطوعية للمرضى المقيمين إذا انطبقت عليك المعايير.

كما ستكون لديك إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية الخاضعة للتغطية في Medicare والمدارة من خلال Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). وتشمل خدمات الصحة السلوكية، على سبيل المثال لا الحصر ما يأتي:

- خدمات مرضى العيادات الخارجية: التدخل في الأزمات لمرضى العيادات الخارجية والتقييم والعلاج قصيري الأمد والعلاج المتخصص طويل الأمد وأي رعاية تأهيلية في ما يتعلق باضطرابات تعاطي المواد المخدرة.
- خدمات المرضى المقيمين ومستلزماتهم: الإقامة في غرفة من سريرين أو أكثر، بما في ذلك وحدات العلاج الخاص والمستلزمات والخدمات المعاونة التي يقدمها المرفق عادة.
- المرضى المقيمون والمستويات البديلة للرعاية: الحجز الجزئي في المستشفى والخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية في مرفق معتمد من Medicare.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- إزالة السمية: خدمات المرضى المقيمين لإزالة السمية الحادة وعلاج الحالات الطبية الحادة المتعلقة باضطرابات تعاطي المواد المخدرة.
- خدمات الطوارئ: التنظير والفحص والتقييم لتحديد ما إذا كانت ثمة حالة طبية نفسية طارئة، والرعاية والعلاج اللازمَين لتخفيف الحالة الطبية النفسية الطارئة أو القضاء عليها.

الاستثناءات والقيود المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية

للحصول على قائمة بالاستثناءات والقيود المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية، يرجى مراجعة **الفصل 4** المزايا التي لا تغطيها خطتنا أو Medicare أو Medi-Cal.

العملية المستخدمة لتحديد الضرورة الطبية لخدمات الصحة السلوكية

يجب أن تفوض الخطة بتغطية بعض خدمات الصحة السلوكية ومستلزماتها. للحصول على تفاصيل عن الخدمات التي قد تتطلب تفويضًا سابقًا، يرجى مراجعة **الفصل 4**. وللحصول على تفويض سابق لهذه الخدمات، يجب عليك الاتصال بقسم خدمات أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). وفي الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحين من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. ستحيلك الخطة إلى أقرب اختصاصي صحة عقلية متعاقد سيعمل على تقييم حالتك ويحدد ما إذا كانت ثمة ضرورة لمزيد من العلاج. وإذا كنت في حاجة إلى علاج، فسيُعد اختصاصي الصحة العقلية المتعاقد خطة علاج ويرسلها إلى Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) للمراجعة. وستتم تغطية الخدمات الواردة في خطة العلاج عند التفويض بذلك من الخطة. وإذا لم توافق الخطة على خطة العلاج، فلن تتم تغطية أي خدمات أو مستلزمات أخرى لهذه الحالة. ومع ذلك، قد توجهك الخطة إلى قسم الصحة العقلية في المقاطعة لمساعدتك على الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها.

إجراءات الإحالة بين Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) والوكالات في المقاطعة:

يمكن إجراء الإحالات لخدمات الصحة السلوكية بين خطتنا والوكالات الآتية في المقاطعة:

المقاطعة	الوكالة
Los Angeles	إدارة الصحة العقلية (DMH) في مقاطعة Los Angeles وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (الوقاية من اضطراب تعاطي المخدرات والسيطرة عليه) (DPH/SAPC)

يمكن إجراء الإحالات لخدمات الصحة السلوكية من خلال العديد من المصادر، بما في ذلك: مقدمو خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة ومديرو الحالات في المقاطعة وPCP والأعضاء وعائلاتهم. ويمكن لمصادر الإحالة هذه التواصل معنا من خلال الاتصال على الرقم الذي يظهر على بطاقة ID العضوية الخاصة بك في أسفل هذه الصفحة. وسنؤكد الأهلية ونفوض بالخدمات عندما يكون ذلك مناسبًا.

سنتعاون مع المقاطعة لتوفير الإحالة وتنسيق الرعاية المناسبَين لك.

يمكن إجراء الإحالات إلى خدمات الصحة العقلية و/أو الكحول والمخدرات الاختصاصية في المقاطعة من قِبلك مباشرة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

تشمل خدمات تنسيق الرعاية تنسيق الخدمات بين PCP ومقدمي خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة ومديري الحالات في المقاطعة، وبينك وعائلتك أو مقدم الرعاية لديك، حسب الاقتضاء.

ماذا يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن خدمة الصحة السلوكية

تخضع المزايا الواردة في هذا القسم لعملية الاستئناف نفسها مثل أي مزايا أخرى. راجع **الفصل 9** للحصول على معلومات بشأن تقديم الشكاوى.

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي غير الطارئ

يحق لك الحصول على النقل الطبي غير الطارئ (NEMT) إذا كانت لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام سيارة أو حافلة أو سيارة أجرة للذهاب إلى مواعيدك. ويمكن توفير NEMT لجميع الخدمات الخاضعة لتغطية Medi-Cal مثل الخدمات الطبية ورعاية الأسنان والصحة العقلية وتعاطي المواد المخدرة ومواعيد الصيدليات. وإذا كنت بحاجة إلى NEMT، فيمكنك التحدث إلى PCP الخاص بك وطلب ذلك. وسيقرر PCP الخاص بك أفضل وسيلة نقل لتلبية احتياجاتك. وإذا كنت بحاجة إلى NEMT، فسيصفها لك من خلال ملء نموذج وإرساله إلى Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) للموافقة عليه. اعتمادًا على حاجتك الطبية، قد تتمكن من الحصول على موافقة لمدة تصل إلى 12 شهرًا. وسيعيد PCP تقييم حاجتك إلى NEMT لمدة تصل إلى 12 شهرًا.

يتمثل NEMT في سيارة إسعاف أو سيارة ذات نقالة أو سيارة ذات كرسي متحرك أو وسيلة نقل جوية. تتيح لك Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) وسيلة النقل الخاضعة للتغطية الأقل تكلفة، وكذلك NEMT الأنسب لاحتياجاتك الطبية عندما تحتاج إلى وسيلة نقل للذهاب إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا كانت حالتك الجسدية أو الطبية تسمح بنقلك باستخدام شاحنة ذات كرسي متحرك، فلن تدفع Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) مقابل سيارة إسعاف. ولا يحق لك النقل الجوي إلا إذا كانت حالتك الطبية تجعل أي شكل من أشكال النقل البري مستحيلاً.

يجب استخدام NEMT في الحالات الآتية:

- إذا كنت بحاجة إلى ذلك من الناحية الجسدية أو الطبية كما هو محدد بموجب تصريح كتابي من PCP الخاص بك لأنك غير قادر على استخدام حافلة أو سيارة أجرة أو سيارة أو شاحنة للوصول إلى موعدك.
- إذا كنت تحتاج إلى مساعدة من السائق للخروج من محل إقامتك أو سيارتك أو مكان علاجك والعودة إليه بسبب إعاقة جسدية أو عقلية.

لطلب النقل الطبي الذي أوصى به طبيبك **للمواعيد الدورية** غير الطارئة، اتصل بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) قبل الموعد بمدة 72 ساعة على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة). وبالنسبة إلى **المواعيد**، اتصل في أقرب وقت ممكن. وجهّز بطاقة ID العضوية الخاصة بك عند الاتصال. ويمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات**، يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

حدود النقل الطبي

تغطي Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) النقل الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك الطبية من منزلك إلى أقرب مقدم متاح لديه موعد. ولن يتم توفير النقل الطبي إذا كانت الخدمة غير خاضعة لتغطية Medicare أو Medi-Cal. إذا كان نوع الموعد خاضعًا لتغطية Medi-Cal لكن ليس من خلال الخطة الصحية، فستساعدك Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على تحديد موعد النقل الخاص بك. ترد قائمة بالخدمات الخاضعة للتغطية في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*. لا تتم تغطية النقل خارج شبكة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) أو خارج منطقة الخدمة ما لم يتم الحصول على تفويض سابق.

G2. النقل غير الطبي

تتضمن مزايا النقل غير الطبي (NMT) الذهاب إلى أماكن المواعيد للحصول على خدمة يفوض بها مقدم الرعاية الخاص بك والعودة منها. يمكنك الحصول على وسيلة نقل من دون تحمل أي تكلفة في حالة:

- الذهاب إلى مكان موعد للحصول على خدمة يفوض بها مقدم الرعاية الخاص بك والعودة منه، **أو**
- الحصول على الوصفات الطبية والمستلزمات الطبية.

تسمح Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) لك باستخدام سيارة أو سيارة أجرة أو حافلة أو أي وسيلة عامة/خاصة أخرى للوصول إلى موعدك للحصول على خدمات يفوض بها المقدم. تستعين Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) بـ ModivCare لترتيب NMT. وتغطي النوع الأقل تكلفة من أنواع NMT الذي يلبي احتياجاتك.

في بعض الأحيان، يمكنك استرداد تكاليف الرحلات التي تقوم بترتيبها في سيارة خاصة. ويجب أن توافق Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على ذلك **قبل** الرحلة، ويجب أن تخبرنا لماذا لا يمكنك استخدام وسيلة نقل أخرى، مثل ركوب الحافلة. يمكنك إخبارنا بذلك عن طريق الاتصال بنا أو عبر البريد الإلكتروني أو شخصيًا. **ولا يمكنك استرداد تكاليف القيادة بنفسك.**

يتطلب السداد مقابل المسافة المقطوعة كل ما يأتي:

- رخصة قيادة السائق.
- تسجيل السيارة الخاص بالسائق.
- إثبات التأمين على السيارة للسائق.

لطلب وسيلة نقل للخدمات المفوض بها، اتصل بقسم خدمات أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 قبل 72 ساعة على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة) من الموعد الخاص بك. وبالنسبة إلى **المواعيد العاجلة**، اتصل في أقرب وقت ممكن. وجهّز بطاقة ID العضوية الخاصة بك عند الاتصال. ويمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكن أن يتصل الهنود الأمريكيون بالعيادة الصحية المحلية للهنود لطلب النقل غير الطبي.

حدود النقل غير الطبي

توفر Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) نقل NMT الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك من منزلك إلى أقرب مقدم رعاية يتوفر لديه موعد. **ولا يمكنك القيادة بنفسك أو استرداد التكاليف مباشرة.**

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

لا ينطبق نقل NMT في الحالات الآتية:

- إذا كانت ثمة حاجة إلى سيارة إسعاف أو شاحنة ذات نقالة أو شاحنة ذات كرسي متحرك أو أي شكل آخر من أشكال النقل الطبي غير الطارئ للوصول إلى الخدمة.
- إذا كنت تحتاج إلى مساعدة السائق للخروج من محل الإقامة أو السيارة أو مكان العلاج والعودة إليه بسبب حالة جسدية أو طبية.
- إذا كنت تستخدم كرسيًا متحركًا ولا تستطيع الدخول إلى السيارة والخروج منها من دون مساعدة السائق.
- إذا كانت الخدمة غير خاضعة لتغطية Medicare أو Medi-Cal.

H. الخدمات الخاضعة للتغطية عند وجود حالة طوارئ طبية، أو عندما تكون مطلوبة بشكل عاجل، أو في أثناء الكوارث

H1. الرعاية عند وجود حالة طوارئ طبية

حالات الطوارئ الطبية هي حالة طبية لها أعراض مثل المرض أو الألم الشديد أو الإصابة الخطيرة، أو حالة طبية تتفاقم بسرعة. وتكون الحالة خطِرة للغاية بحيث يمكنك أو يمكن لأي شخص عادي ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب أن يتوقع أنه إذا لم تحصل على العناية الطبية الفورية، فقد يؤدي ذلك إلى:

- خطر بالغ على حياتك أو على حياة الجنين؛ **أو**
- فقدان وظائف الجسم أو تضررها بشدة؛ **أو**
- خلل خطِر في أي من أعضاء الجسم أو أجزائه؛ **أو**
- في حالات السيدات الحوامل اللاتي في المخاض النشط، عندما:
  - لا يوجد وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
  - قد يشكل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا لصحتك أو سلامتك أو صحة الجنين أو سلامته.

إذا تعرضت لحالة طوارئ طبية، فعليك:

- **الحصول على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل على الرقم 911 أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. واتصل بسيارة إسعاف إذا كنت في حاجة إليها. أنت **لست** بحاجة إلى موافقة أو إحالة من PCP الخاص بك. ولست بحاجة إلى الاستعانة بمقدم شبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة الخاضعة للتغطية كلما احتجت إليها، وفي أي مكان داخل الولايات المتحدة أو أقاليمها، ومن أي مقدم رعاية لديه ترخيص حكومي مناسب حتى لو لم يكن جزءًا من شبكتنا.
- **أخبر خطتنا بشأن حالتك الطارئة بأسرع ما يمكن.** وسنتابع الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بك. ويجب عليك أو على أي شخص آخر الاتصال لإخبارنا بشأن الرعاية في حالات الطوارئ الخاصة بك، ويكون هذا عادةً في غضون 48 ساعة. ومع ذلك، لن تدفع مقابل الخدمات الطارئة إذا تأخرت في إخبارنا. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المدرج في أسفل هذه الصفحة.

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. لمعرفة مزيد من المعلومات، راجع جدول المزايا الوارد في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.

يمكنك أن تحصل على رعاية طبية طارئة خاضعة للتغطية خارج الولايات المتحدة. وتقتصر هذه الميزة على 50,000$ في السنة. لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء* أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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.

يقرر مقدمو الرعاية الذين يقدمون إليك الرعاية في حالات الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة وتنتهي حالة الطوارئ الطبية. وسيواصلون معالجتك ويتواصلون معنا لوضع خطط إذا كنت بحاجة إلى رعاية متابعة للتحسن.

تغطي خطتنا رعاية المتابعة. إذا حصلت على الرعاية في حالات الطوارئ من مقدمي رعاية خارج الشبكة، فسنحاول جعل مقدمي الشبكة يتولون رعايتك في أقرب وقت ممكن. ونوصيك بأن تتابع مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك في غضون 5 إلى 7 أيام من تلقي الرعاية في حالات الطوارئ. قد تتلقى مكالمة من فريق الرعاية لدينا لمساعدتك على حجز مواعيد المتابعة اللازمة والحصول على مزايا التعافي المفيدة الأخرى.

الحصول على الرعاية في حالات الطوارئ إذا لم تكن الحالة طارئة

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كانت لديك حالة طوارئ طبية أو متعلقة بالصحة السلوكية. فقد تدخل المستشفى للحصول على الرعاية في حالات الطوارئ ويرى الأطباء أن الحالة لم تكن طارئة فعليًا. وما دمت تعتقد بشكل معقول أن صحتك كانت في خطر كبير، فسنغطي رعايتك.

على الرغم من ذلك، بعد أن يقول الطبيب إن حالتك لم تكن طارئة، سنغطي رعايتك الإضافية فقط في حال:

- استعانتك بمقدم رعاية تابع للشبكة **أو**
- كانت الرعاية الإضافية التي تحصل عليها تُعَد "رعاية مطلوبة بشكل عاجل" وقمت باتباع القواعد للحصول عليها. راجع القسم التالي.

H2. الرعاية المطلوبة بشكل عاجل

إن الرعاية المطلوبة بشكل عاجل هي الرعاية التي تحصل عليها في حالة ليست طارئة لكن تحتاج إلى التعامل معها على الفور. على سبيل المثال، قد تعاني من تفاقم حالة مرضية موجودة بالفعل أو مرض أو إصابة غير متوقعة.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل في منطقة خدمة خطتنا

لا نغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل إلا في حال:

- حصولك على هذه الرعاية من مقدم الشبكة **و**
- اتباعك القواعد المذكورة في هذا الفصل.

إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى مقدم الشبكة، نظرًا إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فسنغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي مقدم خارج الشبكة.

في حالات الطوارئ الخطِرة: اتصل على الرقم "911" أو اذهب إلى أقرب مستشفى.

إذا لم تكن حالتك خطيرة للغاية: فاتصل بـ PCP الخاص بك أو المجموعة الطبية. إذا لم يكن بإمكانك الاتصال بهم أو كنت في حاجة إلى الرعاية الطبية على الفور، فاذهب إلى أقرب مركز طبي أو أقرب مركز للرعاية العاجلة أو أقرب مستشفى.

إذا لم تكن متأكدًا من أن لديك حالة طارئة أو أنك بحاجة إلى رعاية عاجلة، فإن خط استشارات طاقم التمريض الخاص بنا متاح في أي وقت، ليلاً أو نهارًا. يمكنك الوصول إلى خط استشارات طاقم التمريض الخاص بنا عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) المتوفر على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

ويمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء عن طريق الاتصال بالرقم الموجود في الجزء الخلفي من بطاقة ID العضوية الخاصة بك أو في أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مقدم رعاية. ويمكن لقسم خدمات الأعضاء تحويلك أيضًا إلى خط استشارات طاقم التمريض.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل خارج منطقة خدمة خطتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا، قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من مقدم الشبكة. وفي هذه الحالة، تغطي خطتنا الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي مقدم. ومع ذلك، لا تُعد زيارات مقدم الرعاية الدورية الضرورية من الناحية الطبية، مثل الفحوصات السنوية، مطلوبة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو إذا كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

تغطي خطتنا خدمات الرعاية في حالات الطوارئ والرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة وأراضيها في ظل الظروف الآتية.

تتم تغطيتك بمبلغ تغطية 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.

لمزيد من المعلومات، انظر "الرعاية في حالات الطوارئ" و"الخدمات المطلوبة بشكل عاجل" في جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء* أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود في أسفل الصفحة.

قد تُعَد الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة حالة طارئة بموجب مزايا تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. لمزيد من المعلومات، انظر "الرعاية في حالات الطوارئ" في جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.

H3. الرعاية في أثناء الكوارث

إذا أعلن حاكم ولاية California، 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 موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها خلال الكوارث المعلن عنها: go.wellcare.com/HealthNetCA.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

خلال أي كارثة معلن عنها، وفي حال لم تتمكن من الاستعانة بمقدم رعاية تابع للشبكة، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية خارج الشبكة من دون أن تتحمل أي تكاليف. وإذا لم تتمكن من استخدام صيدلية الشبكة خلال الكارثة المعلن عنها، فيمكنك صرف أدويتك من صيدلية خارج الشبكة. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* لمزيد من المعلومات.

I. ما ينبغي أن تفعله إذا تلقيت فواتير مباشرةً مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية

إذا دفعت مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك **أو** إذا حصلت على فاتورة الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، فراجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة ما يجب فعله.

يجب عليك عدم دفع الفاتورة بنفسك. وإذا فعلت ذلك، فقد لا نتمكن من رد المبلغ إليك.

I1. ما يجب فعله إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا كل الخدمات:

- التي يتحدد أنها ضرورية من الناحية الطبية، **و**
- المدرجة في جدول مزايا خطتنا (راجع **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*)، **و**
- التي تحصل عليها من خلال اتباع قواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات غير خاضعة لتغطية خطتنا، **فستدفع التكلفة بالكامل بنفسك**، ما لم تكن خاضعة لتغطية برنامج Medi-Cal آخر خارج خطتنا.

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا ندفع مقابل أي خدمة أو رعاية طبية، فلك الحق في أن تسألنا عن ذلك. ولديك الحق أيضًا في السؤال عن ذلك كتابة. إذا قلنا إننا لن ندفع مقابل خدماتك، فيحق لك استئناف قرارنا.

يوضح **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* ما يجب عليك فعله إذا أردت منا تغطية خدمة أو عنصر طبي. كما أنه يوضح لك كيفية استئناف قرار التغطية الخاص بنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة مزيد من المعلومات عن حقوقك الخاصة بالاستئناف.

نحن ندفع مقابل بعض الخدمات حتى حد معين. إذا تجاوزت الحد، فستدفع كامل التكلفة للحصول على مزيد من هذا النوع من الخدمة. راجع **الفصل 4** لمعرفة الحدود المعينة للمزايا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة حدود المزايا ومقدار المزايا التي استخدمتها.

J. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية

J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية

الدراسة البحثية السريرية (وتُسمى أيضًا تجربة سريرية) هي طريقة يختبر بها الأطباء أنواعًا جديدة من الرعاية الصحية أو الأدوية. وعادةً ما تطلب دراسة بحثية سريرية معتمدة 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 ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، **فلست** بحاجة إلى إخبارنا أو الحصول على موافقة منا، ولكننا نشجعك على إخبارنا أو إخبار مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. و**لا** يتعين أن يكون مقدمو الرعاية الذين يقدمون إليك الرعاية كجزء من الدراسة من مقدمي الشبكة. 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.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، خاضعة لتغطية Original Medicare للمسجلين، فإننا نشجعك أنت أو منسق الرعاية الخاص بك على الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإبلاغنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت للمشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلن تدفع شيئًا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية ضمن الدراسة. ويدفع Medicare مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية ضمن الدراسة بالإضافة إلى التكاليف المعتادة المرتبطة برعايتك. وبمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، ستتم تغطية معظم الخدمات والمستلزمات التي تحصل عليها بصفتك جزءًا من الدراسة. ويشمل ذلك ما يأتي:

- الغرفة والطعام ضمن الإقامة في المستشفى التي سيدفع Medicare مقابلها حتى لو لم تكن في دراسة
- العملية أو الإجراء الطبي الآخر الذي يُعَد جزءًا من الدراسة البحثية
- علاج أي آثار جانبية ومضاعفات للرعاية الجديدة

إذا كنت جزءًا من دراسة **غير** معتمدة من Medicare، فستدفع أي تكاليف ناتجة عن وجودك في الدراسة.

J3. مزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية

يمكنك معرفة مزيد من المعلومات عن الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال قراءة "Medicare & Clinical Research Studies" (Medicare والدراسات البحثية السريرية) على الموقع الإلكتروني لـ Medicare (https://www.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.

K. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية

K1. تعريف المؤسسة الدينية غير الطبية للرعاية الصحية

المؤسسة الدينية غير الطبية للرعاية الصحية هي مكان يوفر الرعاية التي تحصل عليها عادة في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص. وإذا كان حصولك على الرعاية في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص ضد معتقداتك الدينية، فإننا نغطي الرعاية في مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية.

هذه الميزة مخصصة لخدمات المرضى المقيمين ضمن Medicare Part A (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

K2. الرعاية من مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية

للحصول على الرعاية من مؤسسة دينية غير طبية للرعاية الصحية، يجب عليك التوقيع على مستند قانوني يفيد بأنك ضد الحصول على علاج طبي "غير مستثنى".

- العلاج الطبي "غير المستثنى" هو أي رعاية أو علاج **طوعي وغير مطلوب** بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.
- العلاج الطبي "المستثنى" هو أي رعاية أو علاج **غير طوعي ومطلوب** 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 مقدمةً إليك في أحد المرافق:
  - يجب أن تكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية لرعاية المرضى المقيمين في المستشفى أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص.
  - يجب عليك الحصول على الموافقة منا قبل إدخالك المرفق وإلا فإقامتك **لن** تخضع للتغطية.

توجد تغطية غير محدودة لرعاية المرضى المقيمين في المستشفى طالما أنك تستوفي المتطلبات المذكورة أعلاه.

L. المعدات الطبية القوية (DME)

L1. الحصول على DME بصفتك عضوًا في خطتنا

تتضمن DME بعض المعدات الضرورية من الناحية الطبية التي يطلبها المقدم مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرض السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها المقدم للاستخدام في المنزل ومضخات التسريب الوريدي (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات ومستلزمات الأكسجين والرذاذات والمشايات.

يمكنك امتلاك بعض عناصر DME، كالأطراف الصناعية.

وفي هذا القسم، سوف نناقش DME التي تستأجرها. وبصفتك عضوًا في خطتنا، يمكنك امتلاك DME ما دامت ضرورية من الناحية الطبية ولديك حاجة طويلة الأمد إلى الغرض. وبالإضافة إلى ذلك، يجب السماح بالعنصر، والترتيب والتنسيق له من قِبل PCP و/أو المجموعة الطبية و/أو Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود في أسفل الصفحة لمعرفة متطلبات تأجير المعدات الطبية القوية أو امتلاكها والمستندات التي تحتاج إلى تقديمها.

إذا حصلت على ملكية عنصر DME خلال عضويتك في خطتنا، وكانت المعدة تتطلب الصيانة، فيمكن لمقدم الرعاية إرسال فاتورة إلى الخطة بتكلفة الإصلاح. هناك أيضًا أنواع معينة من DME والتي لن تتمكن من الحصول على ملكيتها. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة متطلبات الإيجار أو الملكية لـ DME والمستندات التي تحتاج إلى تقديمها.

وحتى إذا كانت لديك DME لما يصل إلى 12 شهرًا على التوالي ضمن Medicare قبل الانضمام إلى خطتنا، **فلن** تمتلك المعدات.

L2. ملكية DME عند التبديل إلى برنامج Original Medicare

في برنامج Original Medicare، تنتقل ملكية أنواع معينة من DME إلى الأشخاص الذين يستأجرونها بعد 13 شهرًا. في خطة Medicare Advantage (MA)، يمكن أن تحدد الخطة عدد الأشهر التي يجب على الأشخاص استئجار أنواع معينة من DME فيها قبل امتلاكها.

إذا لم تعد مشتركًا في Medi-Cal، فسيتعين عليك سداد 13 دفعة متتالية ضمن Original Medicare، أو سيتعين عليك سداد عدد من الدفعات المتتالية تحدده خطة MA، لتتمكن من امتلاك عنصر DME إذا:

- لم تصبح مالك عنصر DME في أثناء اشتراكك في خطتنا، **و**
- تركت خطتنا وحصلت على مزايا Medicare خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو خطة MA.

إذا سددت مدفوعات لعنصر DME ضمن خطة Original Medicare أو خطة MA قبل الانضمام إلى خطتنا، **فإن مدفوعات خطة Original Medicare أو MA هذه لا تحتسب في المدفوعات التي تحتاج إلى سدادها بعد مغادرة خطتنا.**

- سيتعين عليك إجراء 13 دفعة جديدة متتالية ضمن Original Medicare أو عدد الدفعات الجديدة على التوالي الذي تحدده خطة MA، لامتلاك عنصر DME.
- لا توجد استثناءات لذلك عند رجوعك إلى خطة MA أو Original Medicare.

L3. مزايا معدات الأكسجين بصفتك عضوًا في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على جهاز أكسجين خاضع لتغطية Medicare، فإننا نغطي:

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

يجب إرجاع معدات الأكسجين عندما لا تكون ضرورية من الناحية الطبية بالنسبة إليك أو إذا غادرت خطتنا.

L4. معدات الأكسجين عند التبديل إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية **وقد تركت خطتنا وقمت بالتبديل إلى Original Medicare**، فيجب عليك استئجارها من أحد الموردين لمدة 36 شهرًا. وتغطي مدفوعات الإيجار الشهري معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات الواردة أعلاه. يغطي برنامجا Medicare وMedi-Cal هذه المدفوعات إذا كنت لا تزال مسجلاً في Medicare وMedi-Cal.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية **بعد استئجارها لمدة 36 شهرًا**، فيجب على المورد الخاص بك توفير:

- معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا إضافية
- معدات الأكسجين والمستلزمات لمدة تصل إلى خمس سنوات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية

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

- لن يتعين على المورد الذي تتعامل معه توفيرها لك بعد الآن، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
- تبدأ مدة خمس سنوات جديدة.
- تقوم بالاستئجار من مورد لمدة 36 شهرًا.
- يقوم المورد الخاص بك بعد ذلك بتوفير معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا إضافية.
- تبدأ دورة جديدة كل خمس سنوات طالما كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية **وقد تركت خطتنا وقمت بالتبديل إلى خطة MA أخرى**، ستغطي الخطة على الأقل ما تغطيه Original Medicare. ويمكنك أن تسأل خطة MA الجديدة عن معدات الأكسجين والمستلزمات التي تغطيها والتكاليف الخاصة بك.

الفصل 4: جدول المزايا

المقدمة

يوضح هذا الفصل الخدمات التي تغطيها خطتنا وأي قيود أو حدود لتلك الخدمات. كما يوضح المزايا التي لا تغطيها خطتنا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

الأعضاء الجدد في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP): في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) للحصول على مزايا Medicare في اليوم 1 من الشهر التالي لطلبك التسجيل في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). يمكنك الاستمرار في تلقي خدمات Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة لشهر واحد إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خلال Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) إذا كانت لديك أي أسئلة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

جدول المحتويات

A. الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك 68
B. القواعد ضد مقدمي الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات 68
C. نبذة عن جدول المزايا الخاص بخطتنا 68
D. جدول المزايا الخاص بخطتنا 71
E. خدمات دعم المجتمع 121
F. المزايا الخاضعة للتغطية خارج خطتنا 126
F1. الانتقالات إلى المجتمع في California (CCT) 126
F2. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان 126
F3. خدمات الدعم في المنزل (IHSS) 127
F4. برامج التنازل للخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) 1915(c) 127
F5. خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات) 130
G. المزايا غير الخاضعة للتغطية من خلال خطتنا أو Medicare أو Medi-Cal 132

A. الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك

يوضح هذا الفصل الخدمات التي تغطيها خطتنا. يمكنك أيضًا معرفة الخدمات غير الخاضعة للتغطية. ترد المعلومات المتعلقة بمزايا الأدوية في **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* ويشرح هذا الفصل أيضًا القيود المفروضة على بعض الخدمات.

نظرًا إلى حصولك على المساعدة من Medi-Cal، فإنك لا تدفع شيئًا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية ما دمت ملتزمًا بقواعد خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* للحصول على تفاصيل عن قواعد خطتنا.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على فهم الخدمات الخاضعة للتغطية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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.

B. القواعد ضد مقدمي الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات

لا نسمح لمقدمي الرعاية لدينا بمحاسبتك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية داخل الشبكة. ندفع إلى مقدمي الرعاية مباشرةً، ونجنِّبك دفع أي رسوم. وينطبق هذا حتى إذا دفعنا إلى المقدم أقل من رسوم المقدم مقابل الخدمة.

يجب ألا تتلقى فاتورة مطلقًا من المقدم مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. إذا حدث ذلك، فراجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء* أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

C. نبذة عن جدول المزايا الخاص بخطتنا

يوضح جدول المزايا الخدمات التي تدفع خطتنا تكلفتها. (توجد تغطية الأدوية في **الفصل 5.**) ويدرج الخدمات الخاضعة للتغطية بترتيب أبجدي ويشرحها.

إننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا عند استيفاء القواعد الآتية. لن تدفع شيئًا مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا ما دمت تستوفي المتطلبات الموضحة أدناه.

- نقدم خدماتك الخاضعة لتغطية Medicare وMedi-Cal وفق القواعد المحددة من جانب Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات، بما في ذلك الرعاية الطبية، وخدمات الصحة السلوكية، وخدمات تعاطي المخدرات، والخدمات والدعم طويل الأمد، والإمدادات، والمعدات، والأدوية، "ضرورية طبيًا". يصف مصطلح ضروري من الناحية الطبية: الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها لمنع حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يشمل الرعاية التي تمنعك من الذهاب إلى المستشفى أو مرفق التمريض. ويعني أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية. تكون الخدمة "ضرورية من الناحية الطبية" عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة أو للحيلولة دون الإصابة بأمراض أو إعاقات كبيرة أو لتخفيف الألم الشديد.
- بالنسبة إلى المسجلين الجدد، قد لا نطلب منكم، خلال أول 90 يومًا، الحصول على تفويض سابق لأي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت بوجود مقدم خارج الشبكة.

- يمكنك تلقي الرعاية من مقدم الشبكة. مقدم الشبكة هو مقدم يعمل معنا. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم رعاية خارج الشبكة ما لم تكن رعاية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل أو ما لم تحصل على إحالة من خطتنا أو مقدم الشبكة. ويعني ذلك أنه سيتعين عليك دفع تكاليف مقدم الرعاية بالكامل مقابل الخدمات التي تحصل عليها من خارج الشبكة. يحتوي **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* على مزيد من المعلومات عن الاستعانة بمقدمي الشبكة ومقدمي الرعاية خارج الشبكة.

- لديك مقدم رعاية أولية (PCP) أو فريق رعاية يقدم إليك الرعاية ويديرها. في معظم الحالات، يجب أن تحصل على موافقة PCP قبل أن تتمكن من الاستعانة بمقدم غير PCP الخاص بك أو الاستعانة بمقدمي رعاية آخرين ضمن شبكة الخطة. وهذا ما يسمى الإحالة. يحتوي **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* على مزيد من المعلومات عن الحصول على إحالة ويوضح متى **لا** تحتاج إليها.

- لا نغطي بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا إلا إذا حصل طبيبك أو مقدم شبكة آخر على الموافقة منا أولاً. وهذا ما يسمى التفويض السابق (PA). ونميز الخدمات الخاضعة للتغطية في جدول المزايا التي تحتاج إلى PA بخط مائل.

- إذا كانت خطتنا توفر موافقة على طلب PA لمسار العلاج، فيجب أن تكون الموافقة صالحة طالما كان ذلك معقولاً من الناحية الطبية وضروريًا لتجنب الاضطرابات في الرعاية بناءً على معايير التغطية وتاريخك الطبي وتوصيات مقدم العلاج.

- 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. يمكنك الاطلاع عليه عبر الإنترنت من خلال www.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.)

- إذا أضاف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2027، فسيغطي برنامج Medicare أو خطتنا هذه الخدمات.

- إذا كنت فقدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal خلال فترة الأهلية المستمرة المُفترضة البالغة 3 أشهر، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare الخاضعة لتغطية خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، قد تنتهي تغطية Medi-Cal الخاصة بك في وقت أقرب من تغطية Medicare معنا. عندما تنتهي تغطية Medi-Cal الخاصة بك، لن ندفع مقابل مزايا Medi-Cal الخاصة بك. سوف ندفع أي مشاركة تكلفة خاصة بـ Medicare كانت Medi-Cal ستدفعها إذا لم تفقد Medi-Cal. للحصول على معلومات إضافية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم في أسفل الصفحة.

  سنساعدك على استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal. إذا تمت استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal بينما لا تزال مسجلاً لدينا لتغطية Medicare، فسنستأنف الدفع مقابل مزايا Medi-Cal وسيستمر تسجيلك معنا. إذا استعدت أهلية Medi-Cal بعد إلغاء تسجيلك من تغطية Medicare، فستحتاج إلى التواصل معنا لإعادة التسجيل في الخطة.

معلومات مهمة حول المزايا للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة معينة.

- إذا كنت تعاني من أي حالة (حالات) مزمنة مذكورة 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 أدناه.
- تواصل معنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها تحديدًا.

جميع الخدمات الوقائية مجانية. تُظهر هذه التفاحة الخدمات الوقائية في جدول المزايا.

D. جدول المزايا الخاص بخطتنا

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	فحص تمدد الشريان الأورطي البطني إننا ندفع مرة واحدة فقط مقابل الفحص بالموجات فوق الصوتية للأشخاص 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).	$0
	العلاج بالوخز الإبري ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين من خدمات العلاج بالوخز الإبري لمرضى العيادات الخارجية في أي شهر تقويمي واحد أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. ندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى 12 زيارة علاج بالوخز الإبري في 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة المعروفة بأنها: **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
العلاج بالوخز الإبري (يُتبع) • تستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محددة (ليس لها سبب بدني يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطها بمرض نقيلي أو التهابي أو مُعدٍ)؛ • غير مرتبطة بالجراحة؛ • غير مرتبطة بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، ندفع مقابل ثماني جلسات إضافية للعلاج بالوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة إذا ظهرت عليك علامات التحسن. قد لا تحصل على أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة سنويًا. يجب إيقاف العلاج بالوخز الإبري إذا لم تتحسن الأعراض أو إذا تفاقمت. 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. بمجرد استنفاد مزايا Medicare، تقتصر الخدمات على خدمتين (2) شهريًا بحد أقصى أو مجموع خدمتين (2) شهريًا من الخدمات الآتية: الوخز الإبري أو المعالجة اليدوية أو العلاج المهني أو علاج أمراض التخاطب أو علم السمع أو طب الأقدام. **كما تغطي خطتنا الخدمات التكميلية (التي لا يغطيها Medicare) للعلاج بالوخز الإبري، بما يصل إلى إجمالي 24 زيارة سنويًا.** **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	العلاج بالوخز الإبري (يُتبع) في معظم الحالات، يجب عليك الاستعانة بمقدم متعاقد للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. يرجى الاتصال بخطتنا إذا كانت لديك أسئلة عن كيفية استخدام هذه الميزة. تشمل خدمات العلاج بالوخز الإبري الخاضعة للتغطية ما يأتي: • فحص مريض جديد أو فحص مريض منتظم للتقييم الأول لمريض يعاني من مشكلة صحية جديدة أو نوبة احتدام جديدة • فحوصات المريض المنتظم (في غضون 3 أعوام من الفحص الجديد) • زيارات المتابعة في العيادة—قد تتضمن خدمات الوخز بالإبر أو إعادة الفحص • رأي ثانٍ مع مقدم مختلف في الشبكة • الخدمات العاجلة والطارئة للحصول على المساعدة على العثور على مقدم شبكة، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.	
	الفحوصات والاستشارات لحالات تعاطي الكحوليات ندفع مقابل فحص تعاطي الكحول (SABIRT) مرة واحدة للبالغين الذين يتعاطون الكحول، لكنهم ليسوا مدمنين له. وهذا يشمل النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة فحص تعاطي الكحول إيجابية، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارة شخصية قصيرة سنويًا (إذا كنت قادرًا ويقظًا خلال الاستشارة) مع مقدم رعاية أولية (PCP) مؤهل أو ممارس في منشأة رعاية أولية.	$0
	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف الخاضعة للتغطية، سواء في الحالات الطارئة أو غير الطارئة، خدمات الإسعاف الأرضي والجوي (طائرة ثابتة الجناحين وطائرة مروحية). ستأخذك سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكن أن يقدم إليك الرعاية. يجب أن تكون حالتك خطِرة لدرجة أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية قد تعرض صحتك أو حياتك للخطر. يجب الحصول على الموافقة على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة) منا. وفي الحالات غير الطارئة، قد ندفع مقابل سيارة الإسعاف. يجب أن تكون حالتك خطِرة لدرجة أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك للخطر.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	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)	$0
	زيارة العافية السنوية يمكنك الخضوع لفحص سنوي. ذلك بهدف وضع خطة وقاية أو تحديثها بناءً على عوامل الخطر الحالية. وندفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا. **ملاحظة:** يجب ألا تتم زيارة العافية السنوية الأولى لك في غضون 12 شهرًا من زيارة **مرحبًا في Medicare**. ومع ذلك، لا تحتاج إلى زيارة **مرحبًا في Medicare** للحصول على زيارات عافية سنوية بعد حصولك على الجزء B لمدة 12 شهرًا.	$0
	خدمات الوقاية من الربو يمكنك تلقي توعية بشأن الربو وتقييم البيئة المنزلية للمحفزات الشائعة الموجودة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من الربو الذي تصعب السيطرة عليه.	$0
	قياس كتلة العظام ندفع مقابل إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (عادةً الأشخاص المعرضون لخطر فقدان كثافة العظام أو الإصابة بهشاشة العظام). تحدد هذه الإجراءات كثافة العظام أو تكتشف هشاشة العظام أو جودتها. ندفع مقابل الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. كما ندفع أيضًا إلى أحد الأطباء مقابل فحص النتائج والتعليق عليها.	$0

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	فحص سرطان الثدي (تصوير الثدي بالأشعة السينية) ندفع مقابل الخدمات الآتية: • فحص واحد أساسي لتصوير الثدي بالأشعة السينية بين سن 35 و39 • فحص تصوير الثدي بالأشعة السينية مرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء اللاتي يبلغن من العمر 40 عامًا فأكثر • فحوصات سريرية للثدي مرة واحدة كل 24 شهرًا	$0
	خدمات إعادة تأهيل القلب ندفع مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب، مثل التمرين والتوعية وتقديم الاستشارات. يجب أن يستوفي الأعضاء شروطًا معينة وأن يحصلوا على إحالة من الطبيب. نغطي هذه البرامج الشاملة إذا كنت قد تعرضت لحالة واحدة على الأقل من هذه الحالات: • 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 يوميًا (تستمر كل منهما لمدة ساعة واحدة)، 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.	$0 *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
زيارة الحد من خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب) ندفع مقابل زيارة واحدة سنويًا، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية، مع مقدم الرعاية الأولية (PCP) للمساعدة على تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب. خلال الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يأتي: • مناقشة تناول الأسبرين، • التحقق من ضغط الدم لديك، **و/أو** • تقديم النصائح للتأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا.	$0
فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية ندفع مقابل اختبارات الدم للتحقق من الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمسة أعوام (60 شهرًا). تتحقق اختبارات الدم هذه أيضًا من وجود عيوب نتيجة ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب.	$0
فحص سرطان عنق الرحم والمهبل ندفع مقابل الخدمات الآتية: • بالنسبة إلى جميع النساء: اختبارات عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • بالنسبة إلى النساء المعرضات لخطر الإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل: اختبار واحد لعنق الرحم كل 12 شهرًا • بالنسبة إلى النساء اللاتي لديهن نتائج غير طبيعية لاختبار عنق الرحم خلال الأعوام الثلاثة الماضية وهن في سن الإنجاب: اختبار واحد لعنق الرحم كل 12 شهرًا • بالنسبة إلى النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 30 و65 عامًا: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو اختبار عنق الرحم بالإضافة إلى HPV مرة واحدة كل خمسة أعوام	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات المعالجة اليدوية ندفع مقابل الخدمات الآتية: • عمليات ضبط العمود الفقري لتصحيح المحاذاة تتم تغطية مزايا المعالجة اليدوية لتصحيح التواء أو إجهاد أو خلع في العمود الفقري أو الرقبة لأعضاء Medi-Cal، باستثناء الأعضاء الحوامل أو المقيمين في مرفق تمريض متخصص أو رعاية طويلة الأمد، بشرط أن يقدمها مقدمو رعاية المعالجة اليدوية المتعاقَد معهم. وقد يلزم إجراء إحالات إلى FQHC وRHC ومقدمو رعاية صحية هنود (IHCP) خارج الشبكة. خدمات المعالجة اليدوية هي: • محدودة بحد أقصى خدمتين شهريًا، جنبًا إلى جنب مع خدمات السمعيات والوخز بالإبر والعلاج المهني وعلاج مشكلات النطق. ولا تنطبق تلك الحدود على الأعضاء الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا أو الحوامل أو المقيمين في مرفق تمريض متخصص أو رعاية طويلة الأمد. • تقتصر على علاج العمود الفقري عن طريق المعالجة اليدوية (يتم التعويض عن المعالجة اليدوية مرة واحدة فقط عندما يُجري الفوترة المقدم نفسه لمتلقي الخدمة نفسه في تاريخ الخدمة نفسه). لا تعد رعاية المداومة معقولة وضرورية من الناحية الطبية، لذلك فهي لا تخضع للتغطية. تقتصر تغطية خدمات المعالجة اليدوية على الخدمات التي يقدمها طبيب المعالجة اليدوية أو طبيب تقويم العظام أو الطبيب البشري الحاصل على ترخيص من ولاية California.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	فحص سرطان القولون والمستقيم ندفع مقابل الخدمات الآتية: • لا يخضع تنظير القولون لحد أدنى أو أقصى من العمر، وتتم تغطيته مرة واحدة كل 120 شهرًا (عشر 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. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص سرطان القولون والمستقيم (يُتبع) • تتم تغطية تصوير القولون المقطعي المحوسب للمرضى البالغين من العمر 45 عامًا فأكثر الذين لا يواجهون خطرًا مرتفعًا للإصابة بسرطان القولون والمستقيم 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، يمكن سداد تكاليف تصوير القولون المقطعي المحوسب الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل من تاريخ إجراء آخر تصوير مقطعي محوسب للقولون أو آخر تنظير قولون. • 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 ثلاثة أعوام. • فحوصات المؤشرات الحيوية المستندة إلى الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل ثلاثة 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.	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) CBAS هو برنامج صحي نهاري مستند إلى المجتمع يقدم خدمات إلى كبار السن والبالغين الذين يعانون من حالات صحية طبية أو إدراكية أو سلوكية مزمنة و/أو إعاقات تجعلهم عرضة للحاجة إلى رعاية مؤسسية. يُعَد برنامج CBAS بديلاً للرعاية المؤسسية للمستفيدين من Medi-Cal الذين يمكنهم العيش في المنزل بمساعدة الخدمات الصحية، والتأهيلية، والخاصة بالرعاية الشخصية، والاجتماعية المناسبة. يركز برنامج CBAS على الشراكة مع المشارك والعائلة و/أو مقدم الرعاية وطبيب الرعاية الأولية والمجتمع في العمل على الحفاظ على الاستقلالية الشخصية. تشمل الخدمات المقدمة في المركز ما يأتي: ● خدمات التمريض المهنية ● العلاج الطبيعي والمهني وعلاج التخاطب ● خدمات الصحة العقلية ● الأنشطة العلاجية ● الخدمات الاجتماعية ● العناية الشخصية ● الوجبات الساخنة والاستشارات المتعلقة بالتغذية ● النقل من محل إقامة المشارك وإليه **ملاحظة:** في حال عدم توفر CBAS، يمكننا تقديم هذه الخدمات بشكل منفصل.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
	خدمات طب الأسنان نحن ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التنظيف والحشو وأطقم الأسنان. أما الخدمات التي لا نغطيها فهي متاحة من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، كما هو موضح في **قسم F2** أدناه. ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمريض. 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. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات طب الأسنان (يُتبع) بصفتك عضوًا في Medi-Cal، تتوفر عديد من خدمات طب الأسنان القياسية من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، وتشمل على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل: • فحوصات الأسنان (كل 12 شهرًا) • تنظيف الأسنان (كل 12 شهرًا) • التقليح وكشط الجذر • ورنيش الفلوريد (كل 12 شهرًا) • الأشعة السينية • الحشوات • التيجان • القنوات الجذرية • أطقم الأسنان الكاملة والجزئية • تبطين أطقم الأسنان • إزالة الأسنان • خدمات الطوارئ لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، أو إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، فاتصل بمركز الخدمة الهاتفية 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. إضافةً إلى مزايا طب الأسنان من Medi-Cal التي تحصل عليها، تغطي خطتنا خدمات وإجراءات إضافية متعلقة بطب الأسنان. قد تتضمن هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، ما يأتي: **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات طب الأسنان (يُتبع) • **الرعاية الشاملة للأسنان** تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يأتي ○ الخدمات التصحيحية - مرة واحدة (1) كل 7 سنوات من سنوات الخطة لكل سن ○ خدمات تركيبات الأسنان، القابلة للإزالة - مرة واحدة (1) كل سنتين (2) إلى 3 سنوات من سنوات الخطة، اعتمادًا على نوع الخدمة ○ خدمات تركيبات الأسنان، الثابتة - مرة واحدة (1) كل 7 سنوات من سنوات الخطة لكل سن ○ الخدمات العامة المُساعِدة - مرة واحدة (1) سنويًا **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 ندفع مقابل فحص واحد للاكتئاب كل عام. يجب أن يتم الفحص في منشأة رعاية أولية يمكن أن تقدم علاج متابعة و/أو إحالات.	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص السكري ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات سكر الدم في أثناء الصيام) إذا كانت لديك أي من عوامل الخطر الآتية: ● ارتفاع ضغط الدم ● تاريخ من مستويات غير طبيعية من الكوليسترول والدهون الثلاثية (خلل الدهون في الدم) ● السمنة ● تاريخ من ارتفاع نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم قد تخضع الاختبارات للتغطية في بعض الحالات الأخرى، كأن تكون تعاني من زيادة الوزن ولديك تاريخ عائلي لمرض السكري. قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.	$0
التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات ندفع مقابل الخدمات الآتية لجميع الأفراد المصابين بمرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): ● مستلزمات مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، بما في ذلك ما يأتي: ○ جهاز مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم ○ أشرطة اختبار نسبة الجلوكوز في الدم ○ أقلام الوخز والواخزات ○ محاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة أشرطة الاختبار وأجهزة المراقبة ● بالنسبة إلى الأفراد المصابين بمرض السكري الذين يعانون من مرض القدم السكري الحاد، ندفع مقابل الآتي: ○ زوج واحد من الأحذية العلاجية المصنوعة خصوصًا (يشمل ذلك الحشوات)، بما في ذلك عمليات تعديل المقاس، وزوجان إضافيان من الحشوات كل عام تقويمي، **أو** **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات (يُتبع) ○ زوج واحد من الأحذية العميقة، بما في ذلك عمليات تعديل المقاس، وثلاثة أزواج من الحشوات كل عام (لا يشمل ذلك الحشوات القابلة للإزالة غير المخصصة المقدمة مع هذه الأحذية) ● في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب لمساعدتك على التحكم في مرض السكري لديك. لمعرفة مزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. 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. إذا كنت تشتري مستلزمات فحص السكري من صيدلية بيع بالتجزئة، فيجب عليك أيضًا تقديم بطاقة Medi-Cal BIC إلى الصيدلي حتى يتمكن من فوترة خطتنا بشكل صحيح وكذلك فوترة Medi-Cal Rx.	.
	خدمات رفيقة الولادة بالنسبة إلى الحوامل، ندفع مقابل تسع زيارات لدى رفيقة ولادة في أثناء فترة ما قبل الولادة وما بعدها، بالإضافة إلى الدعم في أثناء المخاض والولادة. ويمكن أيضًا توفير ما يصل إلى تسع زيارات إضافية بعد الولادة.	$0
	المعدات الطبية القوية (DME) والمستلزمات ذات الصلة راجع **الفصل 12** من كتيب *الأعضاء* للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية القوية (DME)". نغطي الأدوات الآتية: ● الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية ● العكازات ● أنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	المعدات الطبية القوية (DME) والمستلزمات ذات الصلة (يُتبع) • وسادة ضغط جافة للمراتب • مستلزمات مرض السكري • أسرّة المستشفيات التي يطلبها المقدم للاستخدام في المنزل • مضخات التسريب الوريدي (IV) وحامل المحاليل الوريدية • أجهزة توليد الكلام • معدات ومستلزمات الأكسجين • الرذاذات • المشايات • عكاز قياسي بمقبض منحنٍ أو رباعي الأرجل ومستلزمات الاستبدال • جهاز شد الرقبة (على الباب) • محفز العظام • معدات الرعاية الخاصة بغسيل الكلى قد تتم تغطية أدوات أخرى. ندفع مقابل جميع DME الضرورية من الناحية الطبية التي يدفع Medicare وMedi-Cal مقابلها عادةً. إذا كان المورد الخاص بنا في منطقتك لا يقدم علامة تجارية محددة أو مصنعًا محددًا، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبه خصوصًا لك. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمساعدتك على تحديد موقع مورد آخر يمكنه نقل العنصر المحدد. تتم أيضًا تغطية المعدات الطبية القوية التي لا يغطيها Medicare للاستخدام خارج المنزل.	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الرعاية في حالات الطوارئ الرعاية في حالات الطوارئ تعني الخدمات: ● المقدمة من مقدم رعاية مدرب على تقديم خدمات الطوارئ، ● اللازمة لتقييم حالة طوارئ طبية أو علاجها. حالة الطوارئ الطبية هي مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تزيد سوءًا بسرعة. وتكون الحالة خطِرة للغاية بحيث يمكن لأي شخص عادي ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب أن يتوقع أنه إذا لم تحصل على العناية الطبية الفورية، فقد يؤدي ذلك إلى: ● خطر بالغ على صحتك أو على صحة الجنين؛ **أو** ● ضرر جسيم بوظائف الجسم؛ **أو** ● خلل خطير في أي من أعضاء الجسم؛ **أو** ● فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفته. ● في حالات السيدات الحوامل اللاتي في المخاض النشط، عندما: ○ لا يوجد وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. ○ قد يشكل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا لصحتك أو سلامتك أو صحة الجنين أو سلامته	$0 إذا حصلت على الرعاية في حالات الطوارئ لدى مستشفى خارج الشبكة وكنت في حاجة إلى تلقي رعاية المرضى المقيمين في المستشفى بعد استقرار حالة الطوارئ الخاصة بك، فيجب الانتقال إلى مستشفى تابع للشبكة لنستمر في الدفع مقابل رعايتك. لا يمكنك الإقامة في مستشفى خارج الشبكة للحصول على رعاية المرضى المقيمين إلا إذا وافقت خطتنا على إقامتك.
	تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. تُعرَّف بأنها رعاية عاجلة وطارئة وما بعد الاستقرار يتم تلقيها خارج الولايات المتحدة. ● تقتصر على الخدمات التي يتم تصنيفها على أنها رعاية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل أو ما بعد الاستقرار إذا تم توفيرها في الولايات المتحدة. ● تتم تغطية خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. ● لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تحويل العملات أو رسوم المعاملات). الولايات المتحدة تعني الـ 50 ولاية وDistrict of Columbia وPuerto Rico وVirgin Islands وGuam وNorthern Mariana Islands وAmerican Samoa.	التسديد المشترك لمبلغ $115 لا يتم التنازل عن مشاركة التكلفة لزيارة غرفة الطوارئ/الخدمات المطلوبة بشكل عاجل في جميع أنحاء العالم في حال دخول المستشفى لتلقي رعاية المرضى المقيمين في المستشفى. ثمة حد سنوي قدره $50,000 لتغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات تنظيم الأسرة يسمح لك القانون باختيار أي مقدم – سواء كان مقدم الشبكة أو مقدمًا خارج الشبكة – للحصول على خدمات محددة لتنظيم الأسرة. ويعني هذا أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مقر تنظيم أسرة. ندفع مقابل الخدمات الآتية: ● فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي ● مختبر تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية ● وسائل تنظيم الأسرة (IUC/IUD أو الغرسات أو الحُقن أو حبوب منع الحمل أو اللاصقات أو الحلقات) ● مستلزمات تنظيم الأسرة الموصوفة (الواقي الذكري أو الإسفنج المهبلي أو الرغوة المهبلية أو الغشاء المهبلي أو العازل الأنثوي أو غطاء عنق الرحم) ● خدمات الخصوبة المحدودة مثل الاستشارة والتثقيف حول تقنيات التوعية بالخصوبة، و/أو الاستشارة الصحية قبل الحمل، والفحص، وعلاج العدوى المنقولة جنسيًا (STI) ● الاستشارات بشأن فيروس HIV وAIDS والحالات الأخرى المتعلقة بفيروس HIV واختباراتها ● وسائل منع الحمل الدائم (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا فأكثر لاختيار وسيلة تنظيم الأسرة هذه. ويجب عليك التوقيع على النموذج الفيدرالي للموافقة على التعقيم قبل تاريخ الجراحة بما لا يقل عن 30 يومًا، ولكن لا يزيد على 180 يومًا.) ● الاستشارات الوراثية ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. لكن يجب أن تستعين بمقدم تابع لشبكة مقدمي الرعاية الخاصة بنا للحصول على الخدمات الآتية: ● علاج حالات العقم الطبية (لا تشمل هذه الخدمة استخدام طرق اصطناعية للحمل.) ● علاج AIDS والحالات الأخرى المتعلقة بفيروس HIV ● الاختبارات الوراثية	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
البرامج التعليمية للصحة والعافية نقدم عديدًا من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتشمل هذه البرامج الآتي: ● صفوف التوعية الصحية؛ و ● صفوف التوعية التغذوية، و ● الإقلاع عن التدخين والتوقف عن استخدام التبغ، **و** ● الخط الساخن للتمريض ○ 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. ● ميزة اللياقة البدنية ○ توفر خطتنا برنامج لياقة بدنية يمنح إمكانية الدخول إلى مواقع اللياقة البدنية في جميع أنحاء البلاد. ○ للمساعدة على دعم نمط حياة نشط وصحي، يمكنك الوصول إلى الميزات الآتية مجانًا: ■ عضوية مركز اللياقة البدنية: اختر من بين عدد من مراكز اللياقة البدنية الشخصية التي تشارك في شبكة اللياقة البدنية. تشمل العضوية إمكانية الوصول إلى خدمات النادي الرياضي أو أستوديو اللياقة البدنية، إضافةً إلى صفوف التمارين الجماعية. ويمكنك الوصول إلى صالة رياضية واحدة أو أكثر ضمن شبكة اللياقة البدنية. ■ مجموعات اللياقة البدنية المنزلية: يمكنك الاختيار من بين مجموعة متنوعة من مجموعات اللياقة البدنية المنزلية. ويمكنك الحصول على ما يصل إلى مجموعة واحدة (1) كل عام مزايا. ■ برنامج اللياقة البدنية الرقمي: اختر من بين آلاف مقاطع فيديو التمارين المتوفرة حسب الطلب عبر المكتبة الرقمية واستمتع بإمكانية الوصول إلى الصفوف الافتراضية وتطبيق للأجهزة المحمولة. لمزيد من المعلومات حول مزايا اللياقة البدنية، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات السمع ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها المقدم. تخبرك هذه الاختبارات بما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. وتتم تغطيتها بوصفها رعاية لمرضى العيادات الخارجية عندما تتلقاها من طبيب أو اختصاصي سمع أو أي مقدم مؤهل آخر. كما ندفع أيضًا ثمن الوسائل المساعدة على السمع عندما يصفها طبيب أو مقدم مؤهل آخر، بما في ذلك: • قوالب الأذن والمستلزمات والتركيبات الداخلية • عمليات الإصلاح • مجموعة أولية من البطاريات • ست زيارات للتدريب والضبط والتركيب مع البائع نفسه بعد الحصول على وسيلة المساعدة على السمع • تأجير وسائل المساعدة على السمع لفترة تجريبية • أجهزة المساعدة على السمع، أجهزة السمع بالتوصيل العظمي السطحية • خدمات السمعيات وخدمات ما بعد التقييم المتعلقة بالوسائل المساعدة على السمع تغطي خطتنا أيضًا خدمات السمع التكميلية (أي الدورية) الآتية: • فحص سمع روتيني واحد (1) كل عام. • تركيب وسيلة مساعدة على السمع واحدة (1) وتقييمها مرة واحدة كل عام. • وسيلة مساعدة على السمع واحدة (1) غير قابلة للزرع بتكلفة تصل إلى 750$ لكل أذن كل عام. أي الاقتصار على 2 وسيلة مساعدة على السمع غير قابلة للزرع كل عام. تشمل المزايا ضمانًا لمدة 3 سنوات يشمل الخسارة والتلف مع توفير بطاريات.	0$ *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
	فحص فيروس HIV ندفع مقابل فحص فيروس HIV كل 12 شهرًا للأشخاص: • الذين يطلبون إجراء فحص فيروس HIV، **أو** • المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى HIV. إذا كنتِ امرأة حامل، فإننا ندفع مقابل ما يصل إلى ثلاثة اختبارات للكشف عن فيروس HIV في أثناء فترة الحمل. ندفع أيضًا مقابل الفحص (الفحوصات) الإضافية لفيروس HIV عندما يوصي به المقدم الخاص بك.	0$

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	رعاية الوكالة الصحية المنزلية قبل الحصول على خدمات الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يخبرنا الطبيب بأنك تحتاج إليها، ويجب تقديمها من خلال وكالة صحية منزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل، ما يعني أن مغادرة المنزل تتطلب جهدًا كبيرًا. ندفع مقابل الخدمات الآتية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا: ● خدمات التمريض المتخصصة وخدمات المساعد في مجال الصحة المنزلية بدوام جزئي أو متقطع (لكي تتم تغطيتها بموجب ميزة الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يكون إجمالي خدمات التمريض المتخصصة وخدمات المساعد في مجال الصحة المنزلية مجتمعة أقل من ثماني ساعات يوميًا و35 ساعة أسبوعيًا.) ● العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج مشكلات النطق ● الخدمات الطبية والاجتماعية ● المعدات والمستلزمات الطبية	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	العلاج بالتسريب في المنزل تدفع خطتنا مقابل العلاج بالتسريب في المنزل والذي يُعرف بأنه أدوية أو مواد حيوية تُحقن في الوريد أو تحت الجلد وتقدم إليك في المنزل. ثمة حاجة إلى ما يأتي لأداء التسريب في المنزل: ● الدواء أو المادة الحيوية، مثل مضاد الفيروسات أو الجلوبيولين المناعي؛ ● المعدات، مثل المضخة؛ **و** ● المستلزمات، مثل الأنابيب أو القسطرة. تغطي خطتنا خدمات التسريب في المنزل التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الآتي: ● الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفق خطة رعايتك؛ ● تدريب الأعضاء وتوعيتهم غير المشمولين أصلاً في ميزة DME؛ ● المراقبة عن بُعد؛ **و** ● خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالتسريب في المنزل وأدوية التسريب في المنزل التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالتسريب في المنزل.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين لديك الحق في اختيار مأوى لرعاية المحتضرين إذا شخَّص المقدم والمدير الطبي لمأوى رعاية المحتضرين حالتك بأنها متأخرة. وهذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ويُتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج مأوى لرعاية المحتضرين معتمد من Medicare. خطتنا ملزمة بمساعدتك على العثور على برامج مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين في منطقة خدمة الخطة، بما في ذلك تلك 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 علاج الأعراض والألم • رعاية مؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية **عند دخولك مأوى رعاية محتضرين، يكون لديك الحق في البقاء في خطتنا.** **بالنسبة إلى خدمات مأوى رعاية المحتضرين والخدمات التي يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض عضال، تتم الفوترة من خلال Medicare:** • سيدفع Original Medicare (بدلاً من خطتنا) لمقدم مأوى رعاية المحتضرين الخاص بك مقابل خدمات مأوى رعاية المحتضرين وأي خدمات تابعة للجزء A أو B تتعلق بمرضك العضال. 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. **بالنسبة إلى الخدمات التي تغطيها خطتنا لكن لا يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B:** • تشمل خطتنا الخدمات التي لا يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B. نحن نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بالتشخيص بالإصابة بمرض عضال أم لا. أنت تدفع مقابل هذه الخدمات. **بالنسبة إلى الأدوية التي قد تغطيها مزايا Medicare Part D من خطتنا:** • لا تتم تغطية الأدوية من قِبل كل من مأوى رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت نفسه. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء*. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين (يُتبع) **ملاحظة:** إذا كنت تعاني من مرض خطِر، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المُلطفة التي توفر رعاية تركز على المريض وأسرته من خلال فريق طبي لتحسين جودة حياتك. قد تتلقى رعاية مُلطفة في الوقت نفسه الذي تتلقى فيه رعاية علاجية/منتظمة. يرجى الرجوع إلى قسم الرعاية المُلطفة أدناه لمزيد من المعلومات. **ملاحظة:** إذا كنت في حاجة إلى رعاية غير تابعة لمأوى رعاية المحتضرين، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو قسم خدمات الأعضاء للترتيب للخدمات. إن الرعاية غير التابعة لمأوى رعاية المحتضرين هي الرعاية **غير** المتعلقة بالتشخيص بالإصابة بمرض عضال. تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية لمأوى رعاية المحتضرين (مرة واحدة فقط) للعضو المصاب بمرض عضال الذي لم يختر ميزة مأوى رعاية المحتضرين.	
	التطعيمات ندفع مقابل الخدمات الآتية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة لكل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات 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 • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) • لقاحات الأمراض الأخرى إذا كنت معرضًا لخطر الإصابة بها وكانت تستوفي قواعد تغطية Medicare Part B ندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد تغطية Medicare Part D. راجع **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة المزيد.	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية المرضى المقيمين في المستشفى ندفع مقابل الخدمات الآتية وبعض الخدمات الأخرى الضرورية من الناحية الطبية غير المدرجة هنا: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة، مثل وحدات العناية المركزة أو التاجية • الأدوية والعلاجات • الفحوصات المعملية • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى • المستلزمات الطبية والجراحية المطلوبة • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرفة العمليات وغرفة الإنعاش • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج مشكلات النطق • خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى المقيمين • في بعض الحالات، الأنواع الآتية من عمليات الزرع: القرنية والكلى والكلى/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة ونخاع العظام والخلايا الجذعية والأمعاء/الأحشاء المتعددة. إذا كنت بحاجة إلى إجراء عملية زرع، فسيراجع مركز زرع معتمد من Medicare حالتك ومن ثم يقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع. قد يكون مقدمو عمليات الزرع محليين أو من خارج منطقة الخدمة. إذا كان مقدمو عمليات الزرع المحليون على استعداد لقبول أجر Medicare، فيمكنك تلقي خدمات عمليات الزرع محليًا أو خارج أماكن الرعاية المعتادة في مجتمعك. وإذا قدمت خطتنا خدمات عمليات الزرع خارج أماكن الرعاية المعتادة في مجتمعنا واخترت إجراء عملية الزرع هناك، فسنرتب الإقامة والسفر لك ولشخص آخر أو ندفع تكاليفها. • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه. تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكدسة بالباينت الأول من الدم الذي تحتاج إليه. كما تتم تغطية كل مكونات الدم الأخرى بدءًا من الباينت الأول. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 يجب أن تحصل على الموافقة من خطتنا لتلقي رعاية المرضى المقيمين في مستشفى خارج الشبكة بعد أن تستقر حالتك الطارئة. قد *يلزم الحصول على تفويض سابق.* قد *تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	رعاية المرضى المقيمين في المستشفى (يُتبع) • 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، فقد تظل من "مرضى العيادات الخارجية". 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.	
	خدمات المرضى المقيمين في مستشفى الأمراض النفسية ندفع مقابل خدمات رعاية الصحة العقلية التي تتطلب إقامة في المستشفى. • إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى المقيمين في مستشفى مستقل للأمراض النفسية، فسندفع مقابل أول 190 يومًا. وبعد ذلك، تدفع وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة تكاليف خدمات الطب النفسي للمرضى المقيمين الضرورية من الناحية الطبية. يتم تنسيق تفويض الرعاية بعد 190 يومًا مع وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة. ○ الحد الذي يبلغ 190 يومًا **لا** ينطبق على خدمات الصحة العقلية للمرضى المقيمين المقدمة في وحدة الطب النفسي في مستشفى عام • إذا كان عمرك 65 عامًا فأكثر، فسندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في معهد للأمراض العقلية (IMD).	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	إقامة المرضى المقيمين: الخدمات الخاضعة للتغطية في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص (SNF) خلال إقامة المرضى المقيمين غير الخاضعة للتغطية لا ندفع تكلفة إقامتك في المستشفى إذا كنت قد استخدمت جميع مزايا المرضى المقيمين أو إذا لم تكن الإقامة معقولة وضرورية من الناحية الطبية. إلا أنه، في بعض الحالات حيث لا تكون رعاية المرضى المقيمين خاضعة للتغطية، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في أثناء إقامتك في مستشفى أو مرفق تمريض. لمعرفة مزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	إقامة المرضى المقيمين: الخدمات الخاضعة للتغطية في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص (SNF) خلال إقامة المرضى المقيمين غير الخاضعة للتغطية (يُتبع) ندفع مقابل الخدمات الآتية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا: ● خدمات الطبيب ● الفحوصات التشخيصية، مثل الفحوصات المعملية ● العلاج بالأشعة السينية والراديوم والنظائر المشعة، بما في ذلك المواد والخدمات الفنية ● الضمادات الجراحية ● الجبائر والجبس والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع ● الأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية، بخلاف تلك الخاصة بالأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. وهي الأجهزة التي تحل محل الآتي بشكل كامل أو جزئي: ○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك النسيج المجاور)، **أو** ○ وظيفة عضو داخلي في الجسم ضامر أو معتل. ● دعامات الساق والذراع والظهر والرقبة، وأحزمة الفتق، والسيقان والأذرع والعيون الصناعية. وهذا يشمل عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال الضرورية بسبب التعرض لكسر أو تآكل أو فقدان أو تغير في حالتك ● العلاج الطبيعي، وعلاج مشكلات النطق، والعلاج المهني	
	الخدمات والمستلزمات الخاصة بأمراض الكلى ندفع مقابل الخدمات الآتية: ● خدمات التوعية بأمراض الكلى لتعليم كيفية رعاية مرضى الكلى ومساعدتك على اتخاذ قرارات جيدة بشأن رعايتك. يجب أن تكون مصابًا بالمرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن، وأن يحيلك الطبيب. نغطي ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التوعية بأمراض الكلى. ● علاجات غسيل الكلى لمرضى العيادات الخارجية، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتًا من منطقة الخدمة، كما هو موضح في **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء*، أو عندما يكون مقدم هذه الخدمة غير متوفر أو يتعذر الوصول إليه مؤقتًا. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الخدمات والمستلزمات الخاصة بأمراض الكلى (يُتبع) • علاجات غسيل الكلى للمرضى المقيمين إذا تم إدخالك بصفتك مريضًا مقيمًا إلى مستشفى لتلقي رعاية خاصة • التدريب على غسيل الكلى الذاتي، بما في ذلك تدريبك أنت وأي شخص يساعدك على تلقي علاجات غسيل الكلى في المنزل • المعدات والمستلزمات الخاصة بغسيل الكلى في المنزل • خدمات دعم في المنزل محددة، مثل زيارات عمال غسيل الكلى المدربين الضرورية لمتابعة عمليات غسيل الكلى في المنزل والمساعدة في حالات الطوارئ والتحقق من معدات غسيل الكلى وإمدادات المياه. يتحمل Medicare Part B تكاليف بعض الأدوية الخاصة بغسيل الكلى. لمزيد من المعلومات، راجع "أدوية Medicare Part B" في هذا الجدول.	$0 *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة (LDCT) تدفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا: • كان عمرك يتراوح بين 50 و77 عامًا، **و** • كانت لديك زيارة استشارة ومشاركة في اتخاذ القرار مع طبيبك أو مقدم رعاية آخر مؤهل، **و** • كنت تدخن علبة واحدة على الأقل يوميًا لمدة 20 عامًا من دون أن تظهر عليك علامات سرطان الرئة أو أعراضه، أو تدخن الآن، أو قد أقلعت عن التدخين في خلال الأعوام الـ 15 الماضية بعد إجراء الفحص الأولي، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام بناءً على طلب كتابي من طبيبك أو مقدم آخر مؤهل. إذا اختار مقدم تقديم مشورة حول فحص سرطان الرئة والقيام بزيارة مشتركة لصنع القرار بشأن فحوصات الكشف عن سرطان الرئة، فيجب أن تستوفي هذه الزيارة معايير برنامج Medicare لمثل هذه الزيارات.	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	العلاج بالتغذية الطبية هذه الميزة مخصصة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أو أمراض الكلى من دون غسيل الكلى. كما أنها تُستخدم بعد عملية زرع الكلى عندما يطلبها طبيبك. ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة الشخصية خلال أول عام من تلقي خدمات العلاج بالتغذية الطبية ضمن Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. وندفع مقابل ساعتين من خدمات الاستشارة الشخصية 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 الطلب كل عام في حال الحاجة إلى العلاج في العام التقويمي المقبل. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.	$0
	برنامج الوقاية من مرض السكري في Medicare (MDPP) تدفع خطتنا مقابل خدمات برنامج MDPP للأشخاص المؤهلين. تم تصميم MDPP لمساعدتك على تعزيز سلوكك الصحي. ويوفر تدريبًا عمليًا على: • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، و • زيادة النشاط البدني، و • طرق الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.	$0
	أدوية Medicare Part B هذه الأدوية خاضعة للتغطية بموجب الجزء B من Medicare. تدفع خطتنا مقابل الأدوية الآتية: • الأدوية التي لا تعطيها لنفسك عادةً ويتم حقنها أو تسريبها عند حصولك على خدمات الطبيب أو خدمات مرضى العيادات الخارجية بالمستشفى أو خدمات المركز الجراحي الجوال • الإنسولين الذي يتم إعطاؤه من خلال معدات طبية قوية (مثل مضخة الإنسولين الضرورية من الناحية الطبية) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام معدات طبية قوية (مثل الرذاذات) المصرح بها من خطتنا **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
أدوية Medicare Part B (يُتبع) • دواء Alzheimer، Leqembi® (الاسم المتداول ليكانمب (lecanemab)) الذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد (IV). إضافةً إلى تكاليف الأدوية، قد تحتاج إلى فحوصات واختبارات إضافية قبل العلاج و/أو خلاله. 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 • 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. يغطي Medicare Part D الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان الجزء B لا يغطيها • أدوية هشاشة العظام التي يتم حقنها. ندفع مقابل هذه الأدوية إذا كنتِ ملازمة للمنزل وتعانين من كسر عظمي أكد الطبيب أنه مرتبط بهشاشة العظام في مرحلة ما بعد انقطاع الطمث ولا يمكنكِ حقن نفسك بالدواء • 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). 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 مقابل ESRD، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv®، والدواء الفموي Sensipar • بعض الأدوية الخاصة بغسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين (heparin) ومضاد الهيبارين (heparin) (عندما يكون ضروريًا طبيًا) ومواد التخدير الموضعي **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	أدوية Medicare Part B (يُتبع) • عوامل تحفيز تكوين كرات الدم الحمراء: يغطي Medicare حقن إريثروبويتين (erythropoietin) إذا كنت مصابًا بـ ESRD أو تحتاج إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Retacrit®) • الجلوبيولين المناعي الوريدي (IV) لعلاج أمراض نقص المناعة الأولي في المنزل • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية عن طريق الوريد (IV) والأنبوب) ينقلك الرابط الآتي إلى قائمة أدوية Medicare Part B التي قد تخضع للعلاج التدريجي: go.wellcare.com/CAStepTherapy. نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب Medicare Part B ومعظم اللقاحات للبالغين بموجب مزايا أدوية Medicare Part D. يشرح **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* مزايا الدواء. ويوضح القواعد التي يجب عليك اتباعها كي تتم تغطية الوصفات. يوضح **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء* مقدار ما تدفعه مقابل أدويتك بموجب خطتنا.	
	الرعاية في مرفق التمريض مرفق التمريض (NF) هو المكان الذي يقدم الرعاية إلى الأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل لكنهم ليسوا بحاجة إلى البقاء في المستشفى. تشمل الخدمات التي ندفع مقابلها، على سبيل المثال لا الحصر، الآتي: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض • العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج مشكلات النطق • علاج الجهاز التنفسي • الأدوية التي تُقدَّم إليك بوصفها جزءًا من خطة رعايتك. (وهذا يشمل المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم.) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الرعاية في مرفق التمريض (يُتبع) • الفحوصات المعملية التي تجريها عادةً مرافق التمريض • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها عادةً مرافق التمريض • استخدام الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض • خدمات الطبيب/الممارس • المعدات الطبية القوية • خدمات طب الأسنان، بما في ذلك أطقم الأسنان • مزايا البصر • فحوصات السمع • رعاية المعالجة اليدوية • خدمات طب الأقدام عادةً ما تحصل على رعايتك من مرافق تابعة للشبكة. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن الآتية إذا قبلت بالمبالغ التي ستتحملها خطتنا: • مرفق التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت تقيم قبيل ذهابك إلى المستشفى (ما دام أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مرفق التمريض). • مرفق التمريض حيث يقيم زوجك أو زوجتك في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.	
	فحص السمنة وعلاجات خسارة الوزن إذا كان مؤشر كتلة الجسم الخاص بك يبلغ 30 أو أكثر، فسندفع مقابل حصولك على استشارات لمساعدتك على خسارة الوزن. يجب أن تحصل على هذه الاستشارات في منشأة رعاية أولية. وبهذه الطريقة، يمكن التحكم في حالتك من خلال خطة وقاية كاملة. تحدث إلى مقدم الرعاية الأولية لمعرفة مزيد من المعلومات.	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات برنامج علاج تعاطي المواد الأفيونية (OTP) تدفع خطتنا مقابل الخدمات الآتية لمعالجة اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD) من خلال OTP يتضمن الخدمات الآتية: ● أنشطة جمع المعلومات ● التقييمات الدورية ● الأدوية المعتمدة من قِبل FDA وإدارة هذه الأدوية وإعطاؤك إياها عند الاقتضاء ● الاستشارات المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة ● العلاج الفردي والجماعي ● اختبار المخدرات أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السمية)	*$0* *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية لمرضى العيادات الخارجية ندفع مقابل الخدمات الآتية وبعض الخدمات الأخرى الضرورية من الناحية الطبية غير المدرجة هنا: ● الأشعة السينية ● العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة)، بما في ذلك المواد والمستلزمات الفنية ● المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات ● الجبائر والجبس والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع ● الفحوصات المعملية ● الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه ● الفحوصات التشخيصية غير المخبرية مثل التصوير المقطعي المحوسب CT، والتصوير بالرنين المغناطيسي MRI، وتخطيط كهربية القلب EKG، وفحوصات التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني PET، عندما يطلبها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر لعلاج حالة طبية ● الاختبارات التشخيصية الأخرى لمرضى العيادات الخارجية	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	ملاحظة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية نحن ندفع مقابل خدمات مراقبة المرضى الخارجيين في المستشفيات لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى قبولك كمريض مقيم في المستشفى أم يمكنك الخروج من المستشفى. ويجب أن تفي الخدمات بمعايير Medicare وأن تُعد معقولة وضرورية. تتم تغطية خدمات المراقبة فقط عند تقديمها بطلب من الطبيب أو فرد آخر مخول له بموجب قانون الترخيص المعمول به في الولاية ولوائح موظفي المستشفى بقبول المرضى بالمستشفى أو طلب إجراء فحوصات للمرضى الخارجيين. **ملاحظة:** إذا لم يقدم مقدم الرعاية طلبًا خطيًا لقبولك كمريض مقيم في المستشفى، فستعد مريضًا خارجيًا. 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. احصل على مزيد من المعلومات من ورقة حقائق Medicare *مزايا المستشفيات في برنامج Medicare* المتاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	$0 *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	خدمات المستشفيات لمرضى العيادات الخارجية ندفع مقابل الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص مرض أو إصابة أو علاجهما، مثل: • الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية، مثل جراحة العيادات الخارجية أو خدمات المراقبة • الاختبارات المعملية والتشخيصية التي يُصدر بها المستشفى فواتير محاسبة • رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية ضمن برنامج حجز جزئي في المستشفى، إذا أكد الطبيب أن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوبًا من دونها • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي يُصدر بها المستشفى فواتير محاسبة • المستلزمات الطبية، مثل الجبائر والجبس • بعض الأدوية والمستحضرات الحيوية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية الصحة العقلية لمرضى العيادات الخارجية ندفع مقابل خدمات الصحة العقلية المقدمة من: • اختصاصي أمراض نفسية أو طبيب مرخص من الدولة • طبيب نفسي سريري • اختصاصي اجتماعي سريري (CSW) • اختصاصي تمريض سريري (CNS) • مستشار مهني مرخص (LPC) • مستشار مرخص للزواج والعلاقات الأسرية (LMFT) • ممرض ممارس (NP) • طبيب مساعد (PA) • أي اختصاصي آخر في رعاية الصحة العقلية مؤهل من Medicare على النحو المصرح به بموجب القوانين السارية في الولاية ندفع مقابل الخدمات الآتية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا: • خدمات العيادات • العلاج النهاري • خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي • الحجز الجزئي في المستشفى أو البرامج المكثفة لمرضى العيادات الخارجية • تقييم الصحة العقلية للأفراد والمجموعات وعلاجها • الاختبارات النفسية عندما يلزم ذلك سريريًا لتقييم نتائج الصحة العقلية • خدمات مرضى العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالأدوية • مختبر مرضى العيادات الخارجية والأدوية والمستلزمات والمكملات الغذائية • الاستشارات النفسية	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية ندفع مقابل العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج مشكلات النطق. يمكنك الحصول على خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، وعيادات المعالجين المستقلين، والمرافق الشاملة لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF)، وغيرها من المرافق.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	خدمات اضطراب تعاطي المواد المخدرة لمرضى العيادات الخارجية ندفع مقابل الخدمات الآتية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا: • الفحوصات والاستشارات لحالات تعاطي الكحوليات • علاج تعاطي المخدرات • الاستشارات الفردية أو الجماعية من قِبل طبيب سريري مؤهل • إزالة السمية شبه الحادة في برنامج علاج الإدمان السكني • خدمات الكحول و/أو المخدرات في مركز علاج مكثف لمرضى العيادات الخارجية • علاج نالتريكسون (vivitrol) ممتد المفعول	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	جراحة العيادات الخارجية ندفع مقابل 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. وإذا لم يكتب مقدم الرعاية طلبًا لقبولك كمريض مقيم في المستشفى، فستعد مريضًا خارجيًا. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فربما ما زلت تعد مريضًا خارجيًا.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	الرعاية المُلطفة الرعاية المُلطفة خاضعة للتغطية في خطتنا. وهي مخصصة للأشخاص المصابين بأمراض خطيرة. إذ توفر رعاية تركز على المريض والأسرة من شأنها تحسين جودة الحياة من خلال توقع المعاناة والوقاية منها وعلاجها. الرعاية المُلطفة **ليست** مأوى رعاية المحتضرين، ومن ثَمّ لا يجب أن يكون متوسط العمر المتوقع ستة أشهر أو أقل للتأهل للحصول على الرعاية المُلطفة. يتم توفير الرعاية المُلطفة في الوقت نفسه مع الرعاية العلاجية/المنتظمة. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الرعاية المُلطفة (يُتبع) تشمل الرعاية المُلطفة ما يأتي: ● التخطيط السابق للرعاية ● تقييم الرعاية المُلطفة والاستشارات ● خطة للرعاية تشمل جميع أشكال الرعاية المُلطفة والعلاجية المعتمدة، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية والخدمات الاجتماعية الطبية ● خدمات مقدمة من فريق الرعاية المخصص لك ● تنسيق الرعاية ● إدارة الألم والأعراض قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين والرعاية المُلطفة في الوقت نفسه إذا كنت فوق عمر 21 عامًا. إذا كنت تحصل على رعاية مُلطفة وتستوفي شروط الأهلية للرعاية في مأوي رعاية المحتضرين، فيمكنك طلب التغيير إلى الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين في أي وقت.	
	خدمات الحجز الجزئي في المستشفى والخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية الحجز الجزئي في المستشفى هو برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. ويُقدَّم كخدمة لمرضى العيادات الخارجية في المستشفى أو من خلال مركز للصحة النفسية المجتمعية، وتكون هذه الخدمة أكثر كثافةً مقارنةً بالرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج أو المستشار المرخص للزواج والعلاقات الأسرية (LMFT) أو الاستشاري المهني المرخص. ويمكن أن يساعدك ذلك على تجنب الحاجة إلى الإقامة في المستشفى. الخدمة المكثفة لمرضى العيادات الخارجية برنامج منظم من العلاج الفعال للصحة السلوكية (العقلية) المقدم بوصفه خدمةً عيادات خارجية في مستشفى أو مركز صحة عقلية مجتمعي أو مركز صحي مؤهّل فيدراليًا أو عيادة صحية ريفية، يكون أكثر كثافة مقارنةً بالرعاية التي تلقيتها في عيادة الطبيب أو المعالج أو LMFT أو الاستشاري المهني المرخص، لكنها أقل كثافة من الحجز الجزئي في المستشفى. **ملاحظة:** نظرًا إلى عدم وجود مراكز صحة عقلية مجتمعية في شبكتنا، فإننا نغطي الحجز الجزئي في المستشفى بوصفه خدمةً لمرضى العيادات الخارجية في المستشفى فقط.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب ندفع مقابل الخدمات الآتية: ● خدمات الرعاية الصحية أو الجراحة الضرورية من الناحية الطبية المقدمة في أماكن مثل: ○ عيادة الطبيب ○ مركز جراحي جوال معتمد ○ قسم العيادات الخارجية بالمستشفى ○ أي موقع آخر ● الاستشارة والتشخيص والعلاج من قِبل اختصاصي ● فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها مقدم الرعاية الأولية لك إذا طلب طبيبك ذلك لمعرفة ما إذا كنت في حاجة إلى العلاج أم لا ● بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك الخدمات المطلوبة بشكل عاجل، وخدمات الرعاية الصحية المنزلية، وطبيب الرعاية الأولية، والعلاج المهني، والاختصاصي، والجلسات الفردية والجماعية للصحة العقلية، وخدمات طب الأقدام، واختصاصيو الرعاية الصحية الآخرون، والجلسات الفردية والجماعية للعلاج النفسي، والعلاج الطبيعي وخدمات علاج أمراض التخاطب واللغة، والجلسات الفردية والجماعية المتعلقة بتعاطي المواد المخدرة لمرضى العيادات الخارجية، والتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري: ○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال الزيارات الشخصية أو الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على واحدة من هذه الخدمات عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد، فيتعين عليك استخدام مقدم الشبكة الذي يقدم الخدمة عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. ● توفر خطتنا إمكانية الوصول إلى زيارات افتراضية مع أطباء حاصلين على شهادة المجلس الصحي على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع عبر Teladoc 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. ● الزيارة الافتراضية (تُعرف أيضًا باستشارة الرعاية الصحية عن بُعد) هي زيارة مع الطبيب إما عبر الهاتف أو الإنترنت باستخدام هاتف ذكي أو جهاز لوحي أو كمبيوتر. قد يتطلب إجراء بعض أنواع الزيارات الاتصال بالإنترنت واستخدام جهاز مزود بكاميرا. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات الأطباء/مقدمي الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (يُتبع) • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد بما فيها خدمات الاستشارة والتشخيص والعلاج من قِبل طبيب أو ممارس، للمرضى في بعض المناطق الريفية أو غيرها من الأماكن المعتمدة من Medicare • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بالاعتلال الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD) للأعضاء الذين يحتاجون إلى غسيل الكلى في المنزل في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز غسيل الكلى في المستشفى للحالات الحرجة أو مرفق غسيل الكلى أو في المنزل • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها • تُقدم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطرابات تعاطي المواد المخدرة أو اضطراب الصحة العقلية المصاحب، بصرف النظر عن موقعك • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا. • الفحوصات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة تتراوح بين خمس وعشر دقائق **إذا** ○ لم تكن مريضًا جديدًا **و** ○ لم يكن الفحص متعلقًا بزيارة العيادة في آخر سبعة أيام **و** ○ 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**: ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لم يكن التقييم متعلقًا بزيارة العيادة في آخر سبعة أيام **و** ○ كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • استشارة طبيبك أطباءَ آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا • الحصول على رأي ثانٍ من مقدم شبكة آخر قبل إجراء الجراحة	

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	خدمات طب الأقدام ندفع مقابل الخدمات الآتية: • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات القدمين وأمراضهما (مثل أصابع القدم المطرقة أو مهماز العقب) • العناية الروتينية بالقدم للأعضاء المصابين بحالات تؤثر في الساقين، مثل مرض السكري بمجرد استنفاد مزايا Medicare، تقتصر المزايا على خدمتين بحد أقصى في أي شهر تقويمي واحد ما لم يتم الحصول على تفويض لخدمات إضافية.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	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 معالجة وقائية قبل التعرض (PrEP) فموي أو قابل للحقن معتمد من FDA، بما في ذلك رسوم حقن الدواء، إن وُجدت. • ما يصل إلى ثماني جلسات استشارة فردية (تشمل تقييم خطر الإصابة بفيروس HIV، وتقليل خطر الإصابة به، والالتزام بتناول الدواء) كل 12 شهرًا. • ما يصل إلى ثمانية فحوصات لفيروس HIV كل 12 شهرًا. • فحص فيروس التهاب الكبد B لمرة واحدة.	$0
	فحوصات سرطان البروستاتا بالنسبة إلى الرجال البالغين من العمر 50 عامًا فأكثر، ندفع مقابل الخدمات الآتية مرة واحدة كل 12 شهرًا: • فحص المستقيم بالإصبع • اختبار المستضد النوعي للبروستاتا (PSA)	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية والمستلزمات ذات الصلة يُستعاض بالأجهزة التعويضية عن أحد أعضاء الجسم أو وظائفه جزئيًا أو كليًا. يتضمن هذا على سبيل المثال لا الحصر: ● اختبار الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية أو تركيبها أو التدريب على استخدامها ● أكياس فغر القولون ومستلزمات العناية بفغر القولون ● التغذية المعوية والتغذية الوريدية، بما في ذلك حزم التزويد بمواد التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحولات، والمحاليل، ومستلزمات الحقن الذاتي ● الناظمات ● الدعامات ● الأحذية الخاصة بالأطراف الصناعية ● الأذرع والسيقان الصناعية ● الأثداء الصناعية (بما في ذلك الحمالات الجراحية بعد الخضوع لعملية استئصال الثدي) ● الأطراف الصناعية لاستبدال عضو خارجي للوجه أو جزء منه تمت إزالته أو تضرر نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقي ● كريم سلس البول والحفاضات ندفع مقابل بعض المستلزمات المتعلقة بالأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية. وندفع أيضًا مقابل إصلاح الأطراف الصناعية والتركيبات التقويمية. نقدم تغطية جزئية بعد إزالة المياه البيضاء أو جراحة المياه البيضاء. راجع "رعاية البصر" لاحقًا في هذا الجدول للحصول على مزيد من التفاصيل.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*
	خدمات إعادة التأهيل الرئوي ندفع مقابل برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) المعتدل إلى الشديد للغاية. يجب أن تحصل على إحالة لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو المقدم الذي يعالج COPD.	$0 *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	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: ● إذا 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 ندفع 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.	
	الفحوصات والاستشارات للعدوى المنقولة جنسيًا (STI) ندفع مقابل فحوصات الكشف عن أمراض الكلاميديا والسيلان والزهري والتهاب الكبد الوبائي B. وتتم تغطية هذه الفحوصات للنساء الحوامل ولبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى STI. يجب على مقدم الرعاية الأولية أن يطلب إجراء الاختبارات. نغطي هذه الفحوصات مرة واحدة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل. ندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى جلستي استشارة سلوكية شخصية مكثفة كل عام للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى STI. يمكن أن تتراوح مدة كل جلسة بين 20 و30 دقيقة. لا ندفع مقابل جلسات الاستشارة هذه بوصفها خدمة وقائية إلا في حال تقديمها من خلال مقدم رعاية أولية. يجب أن تُجرى هذه الجلسات في منشأة رعاية أولية، مثل عيادة الطبيب.	$0
	الرعاية في مرفق تمريض متخصص (SNF) للحصول على تعريف الرعاية في مرفق التمريض المتخصص، انتقل إلى **الفصل 12.** ندفع مقابل الخدمات الآتية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا: ● 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 **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الرعاية في مرفق تمريض متخصص (SNF) (يُتبع) • الأدوية التي تحصل عليها بوصفها جزءًا من خطة رعايتك، بما في ذلك المواد التي توجد بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها SNF • الفحوصات المعملية التي تجريها SNF • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها مرافق التمريض • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة، التي تقدمها عادةً مرافق التمريض • خدمات الطبيب/المقدم عادةً ما تحصل على رعاية SNF من مرافق تابعة للشبكة. لكن في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن الآتية إذا قبلت بالمبالغ التي ستتحملها خطتنا: • مرفق التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت تقيم قبل ذهابك إلى المستشفى (ما دام أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مرفق التمريض) • مرفق التمريض حيث يقيم زوجك أو زوجتك في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى	
	الإقلاع عن التدخين والتوقف عن استخدام التبغ تتم تغطية استشارات الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ عن طريق العيادات الخارجية والحجز في للأشخاص الذين يستوفون هذه المعايير: • 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 للإقلاع في السنة (قد تشمل كل محاولة أربع جلسات متوسطة أو مكثفة بحد أقصى، مع ما يصل إلى ثماني جلسات في السنة).	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
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 إدارة 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: ● 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 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 عن طريق تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بهم go.wellcare.com/member أو عن طريق الاتصال بقسم خدمات أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم الموجود أسفل الصفحة. بعد التسجيل، يمكنك الوصول إلى المنصة مباشرةً في أي وقت من الكمبيوتر أو الجهاز اللوحي أو الهاتف الذكي.	$0

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، والاضطراب المزمن لاستخدام الكحول واضطرابات تعاطي المواد المخدرة (SUD) الأخرى، وحالات الصحة العقلية المزمنة والعائقة، والحالات المزمنة التي تضعف الرؤية والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم، وأمراض الجهاز الهضمي المزمنة، وفشل القلب المزمن، وأمراض الكلى المزمنة (CKD)، واضطرابات الرئة المزمنة، والحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي، والحالات التي تتطلب خدمات علاج مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على وظائفهم أو استعادتها، والحالات المصحوبة بتحديات وظيفية، والخرف، وHIV/AIDS، والاضطرابات المثبطة للمناعة ونقص المناعة، والاضطرابات العصبية، وزيادة الوزن، والسمنة ومتلازمة الأيض، وما بعد زراعة الأعضاء، واضطرابات الدم الشديدة، والسكتة الدماغية. راجع **الفصل 4، القسم C** لمزيد من المعلومات عن معايير الأهلية. يتم تحديد الأهلية للاستفادة من المزايا أدناه بعد التسجيل في خطتنا. **إذا كنت مؤهلاً، فيجوز لك استخدام بدل ®Wellcare Spendables الخاص بك للاستفادة من المزايا الإضافية المدرجة أدناه. يُستخدم البدل نفسه لخدمات مزايا ® Wellcare Spendables المتاحة 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. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة (يُتبع) • **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: ○ الفاكهة والخضراوات ○ الحبوب الكاملة والمواد الغذائية الأساسية، مثل الدقيق والتوابل والمكونات القابلة للتخزين من دون تبريد ○ منتجات الألبان وبدائل الألبان والحليب والزبادي والجبن ○ مصادر البروتين، مثل اللحوم والدواجن والمأكولات البحرية والبيض والفاصوليا والبقوليات والمكسرات والبذور ○ المخفوقات والألواح الغذائية • **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: ○ الصابون والشامبو والبلسم ○ ورق المرحاض والمناشف الورقية ○ عناصر النظافة الشخصية، مثل مزيل العرق وغسول الوجه وغسول الجسم ○ 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: ○ بخاخات وطاردات الحشرات ○ منتجات مكافحة النمل والصراصير والقوارض ○ مصائد الحشرات ومحطات الطُعم ○ منتجات مكافحة البعوض **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	المزايا الإضافية الخاصة للحالات المرضية المزمنة (يُتبع) 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: ○ خدمات مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي/القمامة والمياه ○ خدمة الهاتف الأرضي والهاتف المحمول ○ خدمة الإنترنت ○ خدمة التلفزيون (TV) الكبلي (باستثناء خدمات البث) ○ 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) ندفع مقابل العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) للأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض الذين لديهم إحالة لمرض PAD من الطبيب المسؤول عن علاج PAD. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	العلاج بالتمرين الخاضع للإشراف (SET) (يُتبع) تدفع خطتنا مقابل: • ما يصل إلى 36 **جلسة** خلال فترة تبلغ 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء جميع متطلبات SET • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا رأى مقدم الرعاية الصحية أنها ضرورية من الناحية الطبية يجب أن يكون برنامج SET: • عبارة عن جلسات تتراوح مدتها بين 30 و60 دقيقة من برنامج تدريبي علاجي لمرض PAD للأعضاء المصابين بتشنج الساق بسبب ضعف تدفق الدم (العرج) • في مرفق عيادات خارجية بالمستشفى أو في عيادة طبيب • مقدم من قِبل موظفين مؤهلين يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر ومدربين على العلاج بالتمرين لمرض PAD • تحت الإشراف المباشر لطبيب أو طبيب مساعد (PA) أو ممرض ممارس (NP)/اختصاصي تمريض سريري (CNS) مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة	
	النقل: نقل طبي غير طارئ تتيح لك هذه الميزة إمكانية النقل الطبي لخدمة تغطيها خطتنا وMedicare. ويمكن أن يشمل ذلك: خدمات النقل الطبي بسيارة إسعاف، وسيارة ذات نقالة، وسيارة ذات كرسي متحرك، والتنسيق مع النقل العام. يتم السماح بأشكال وسائل النقل عندما: • يحدد مقدم الرعاية الطبية الخاص بك هل حالتك الطبية و/أو البدنية لا تسمح لك بالانتقال بالحافلة أو سيارة الركاب أو سيارة الأجرة أو أي شكل آخر من أشكال النقل العام أو الخاص، **ويَلزَمُكَ** الحصول على تفويض سابق، وستحتاج إلى الاتصال بخطتك لترتيب وسيلة نقل. اتصل برقم الهاتف المطبوع على الجهة الخلفية من بطاقة ID العضوية لتحديد موعد الرحلة.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	النقل: النقل غير الطبي تتيح هذه الميزة النقل إلى الخدمات الطبية بسيارة ركاب أو سيارة أجرة أو وسيلة أخرى من وسائل المواصلات العامة/الخاصة. يكون النقل مطلوبًا بغرض الحصول على الرعاية الطبية الضرورية الخاضعة لتغطية Medi-Cal، بما في ذلك الذهاب إلى مواعيد رعاية الأسنان والحصول على الأدوية. وتتم تغطية النقل للخدمات الخاضعة لتغطية كل من Medi-Cal وMedicare. اتصل برقم الهاتف المطبوع على الجهة الخلفية من بطاقة ID العضوية لتحديد موعد الرحلة.	$0 *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.* *قد تكون الإحالة مطلوبة.*
	الرعاية المطلوبة بشكل عاجل الرعاية المطلوبة بشكل عاجل هي رعاية تُقدَّم لعلاج: • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، **أو** • مرض غير متوقع، **أو** • إصابة، **أو** • حالة تحتاج إلى الرعاية على الفور. إذا كنت بحاجة إلى رعاية مطلوبة بشكل عاجل، فيجب عليك أولاً محاولة تلقيها من مقدم الشبكة. ومع ذلك، يمكنك الاستعانة بمقدمي رعاية خارج الشبكة عندما يتعذر الوصول إلى مقدم شبكة لأنه نظرًا إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فإنه من غير الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على خدمات من مقدمي الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية من الناحية الطبية لحالة غير مرئية ولكنها ليست حالة طوارئ طبية). تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم: تُعرَّف بأنها رعاية عاجلة وطارئة وما بعد الاستقرار يتم تلقيها خارج الولايات المتحدة. • تقتصر على الخدمات التي يتم تصنيفها على أنها رعاية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل أو ما بعد الاستقرار إذا تم توفيرها في الولايات المتحدة. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0 التسديد المشترك لمبلغ $115 لا يتم التنازل عن مشاركة التكلفة لزيارة غرفة الطوارئ/ الخدمات المطلوبة بشكل عاجل في جميع أنحاء العالم في حال دخول المستشفى لتلقي رعاية المرضى المقيمين في المستشفى. ثمة حد سنوي قدره $50,000 لتغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	الرعاية المطلوبة بشكل عاجل (يُتبع) • تتم تغطية خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. • لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الأجنبية (بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تحويل العملات أو رسوم المعاملات). الولايات المتحدة تعني الـ 50 ولاية وDistrict of Columbia وPuerto Rico وVirgin Islands وGuam وNorthern Mariana Islands وAmerican Samoa.	
	رعاية البصر ندفع مقابل الخدمات الآتية: • فحص روتيني واحد للعين كل عام و • ما يصل إلى 100$ للنظارات الطبية (الإطارات والعدسات) أو ما يصل إلى 100$ للعدسات اللاصقة كل عامين ندفع مقابل خدمات الطبيب لمرضى العيادات الخارجية في ما يتعلق بتشخيص أمراض العين وإصاباتها وعلاجها. على سبيل المثال، علاج التنكس البقعي المرتبط بالسن. بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بالجلوكوما، فإننا ندفع مقابل فحص واحد للجلوكوما كل عام. يتضمن الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالجلوكوما ما يأتي: • الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من الجلوكوما • الأشخاص المصابون بمرض السكري • الأمريكيون من أصل إفريقي الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا فأكثر • الأمريكيون من أصل إسباني الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا فأكثر بالنسبة إلى المصابين بمرض السكري، ندفع مقابل فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في العام. ندفع مقابل نظارة واحدة أو زوج واحد من العدسات اللاصقة بعد كل جراحة للمياه البيضاء عندما يضع الطبيب عدسات داخل مقلة العين. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	0$ *قد يلزم الحصول على تفويض سابق.*

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية البصر (يُتبع) في حال إجراء جراحتين منفصلتين للمياه البيضاء، يجب أن تحصل على نظارة واحدة بعد كل جراحة. ولا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى إن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى. **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. ● 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). ● 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: ● النظارات (الإطار والعدسات) أو ● عدسات النظارات فقط أو ● إطارات النظارات فقط أو ● العدسات اللاصقة بدلاً من النظارات أو ● 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. تغطية خدمات الرؤية الروتينية ميزة تكميلية تقدمها الخطة.	

الخدمات الخاضعة للتغطية		ما تدفعه
	زيارة "مرحبًا في Medicare" الوقائية نغطي زيارة "مرحبًا في Medicare" الوقائية لمرة واحدة. وتشمل الزيارة ما يأتي: • مراجعة حالتك الصحية، • التوعية والاستشارة بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاج إليها (بما في ذلك الفحوصات والحُقن (أو اللقاحات))، و • الإحالات لتلقي رعاية أخرى عند الحاجة إليها. **ملاحظة:** نحن نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare" فقط خلال الأشهر 12 الأولى التي تحصل فيها على Medicare Part B. لذا عندما تحدِّد موعدك، أخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد لزيارتك الوقائية "مرحبًا بك في Medicare".	$0
	Wellcare Spendables® ستتلقى مبلغًا إجماليًا قدره **113$ شهريًا** يُضاف مسبقًا إلى بطاقة Wellcare Spendables® الخاصة بك لإنفاقه على عناصر OTC وخدمات طب الأسنان والرؤية والسمع، وإذا كنت مؤهلاً، للحصول على SSBCI. • يتم ترحيل البدل الشهري الخاص بك **إلى الشهر التالي إذا لم يُستخدم وتنتهي صلاحيته في نهاية عام الخطة.** **يمكن استخدام بدل بطاقتك في ما يأتي:** **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 **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	$0

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
Wellcare Spendables® (يُتبع) استخدم ماسح الباركود داخل التطبيق لتحديد المنتجات المعتمدة في مواقع البيع بالتجزئة أو سجل الدخول إلى بوابة الأعضاء. **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 للحصول على هذه العناصر. **المزايا المذكورة أدناه هي جزء من SSBCI. ولن يكون جميع الأعضاء مؤهلين. يجب أن تفي بمعايير الأهلية للحصول على مزايا الخطة الآتية.** **إذا كنت مؤهلاً، فيمكنك أيضًا استخدام بدل بطاقتك الشهري في:** ● 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. **<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/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' لمتابعة الشراء. أدخل رقم التعريف الشخصي PIN الذي أنشأته عند تفعيل بطاقتك إذا طُلب منك ذلك. **تابع هذه الميزة في الصفحة التالية**	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
Wellcare Spendables® (يُتبع) **معلومات إضافية ينبغي أن تعرفها:** • بمجرد استخدام بدل الإنفاق، ستكون مسؤولاً عن التكلفة المتبقية لمشترياتك. • يمكن إرجاع العناصر التي تم شراؤها في المتجر وفق سياسات الإرجاع والاستبدال لبائعي التجزئة. • إذا كانت بطاقتك لا تعمل بشكل صحيح أو في حال وجود مشكلة فنية، فيرجى الاتصال بنا على الرقم أدناه. • لا تتحمل Wellcare المسؤولية عن البطاقات المفقودة أو المسروقة. • بطاقة Wellcare Spendables® مخصصة لاستخدامك الشخصي فقط ولا يمكن بيعها أو نقل ملكيتها وليست لها قيمة نقدية. • 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 والاستثناءات، ولكن تتم تغطية العناصر المعتمدة فقط. • هذه ليست ميزة من Medicaid. **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	

E. خدمات دعم المجتمع

يمكنك الحصول على خدمات الدعم بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. تشير خدمات دعم المجتمع إلى خدمات أو إعدادات بديلة مناسبة من الناحية الطبية ومقدمة من حيث التكلفة بالنسبة إلى تلك التي تغطيها خطة Medi-Cal الخاصة بالولاية. وهذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك هذه الخدمات على العيش بشكل أكثر استقلالية. وهي لا تحل محل المزايا التي تتلقاها بالفعل بموجب Medi-Cal.

وتشمل الأمثلة على خدمات دعم المجتمع التي نقدمها الأطعمة والوجبات الداعمة طبيًا أو الوجبات المخصصة لأغراض طبية، أو تقديم المساعدة إليك أو إلى مقدم الرعاية الخاص بك، أو تركيب مقابض ومنحدرات للكراسي المتحركة للاستحمام.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو ترغب في معرفة خدمات دعم المجتمع التي قد تكون متاحة لك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (711:TTY) أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.

خدمات معالجة التشرد والإسكان:

دعم المجتمع	الخدمات التي يمكنك الحصول عليها
خدمات النقل في مرحلة الانتقال إلى السكن	**المساعدة على الحصول على سكن**. قد يتضمن ذلك المساعدة على: • البحث عن مكان للعيش. • كيفية التقديم للحصول على سكن. • وضع خطة دعم للإسكان. تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** • كنت مدرجًا للحصول على مساعدة سكنية من خلال نظام الدخول المنسق المحلي للمشردين أو نظام مشابه له. • كنت تعاني من التشرد. • معرضًا لخطر أن تصبح بلا مأوى.
خدمات الإسكان والإدامة	المساعدة على **الاحتفاظ بمسكنك بعد انتقالك إليه**. قد يشمل ذلك تقديم الدعم في ما يتعلق بالميزانية، ودفع الإيجار في الوقت المناسب، وفهم حقوقك ومسؤولياتك بموجب اتفاقية الإيجار. تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** • تتلقى خدمات التنقل/الانتقال إلى السكن. • كنت مدرجًا للحصول على مساعدة سكنية من خلال نظام الدخول المنسق المحلي للمشردين أو نظام مشابه له. • تواجه حاليًا انعدام المأوى. • معرضًا لخطر انعدام المأوى.

دعم المجتمع	الخدمات التي يمكنك الحصول عليها
ودائع الإسكان	**المساعدة على الحصول على سكن.** ويشمل ذلك ما يأتي: ● الودائع التأمينية للحصول على عقد إيجار. ● تغطية المرافق في الشهر الأول. ● دفع الإيجار في الشهر الأول والأخير إذا لزم الأمر قبل الانتقال. تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● تتلقى خدمات التنقل/الانتقال إلى السكن. ● كنت مدرجًا للحصول على مساعدة سكنية من خلال نظام الدخول المنسق المحلي للمشردين أو نظام مشابه له. ● كنت تعاني من التشرد.

خدمات التعافي:

دعم المجتمع	الخدمات التي يمكنك الحصول عليها
رعاية التعافي (الراحة الطبية)	**رعاية منزلية قصيرة الأجل لأولئك الذين لم يعد من الضروري أن يبقوا في المستشفى، ولكنهم لا يزالون بحاجة إلى التعافي من الإصابة أو المرض.** تتوفر الخدمات في مقاطعات محددة. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● كنت معرضًا لخطر الحجز في المستشفى أو في مرحلة ما بعد الاستقرار. ● تعيش بمفردك من دون تلقي أي دعم رسمي. ● كنت تواجه انعدام الأمن السكني أو تمتلك سكنًا من شأنه أن يعرض صحتك وسلامتك للخطر إذا لم تتم تهيئته.

دعم المجتمع	الخدمات التي يمكنك الحصول عليها
الراحة	**راحة قصيرة الأجل لمقدمي الرعاية الذين يحتاجون إلى الرعاية أو الدعم قصير الأجل** تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● تعيش في مكان يقيد نشاطك اليومي. ● تحتاج إلى مقدم رعاية لتقديم معظم الدعم إليك. ● تحتاج إلى رعاية من مقدم الرعاية لتجنب وضعك في دار تمريض أو مكان آخر مشابه.
مراكز التوعية	**مكان يمكنك الحصول فيه على المساعدة في ما يتعلق بالكحول أو مشكلات الشرب بدلاً من نقلك إلى قسم الطوارئ أو السجن.** تتوفر الخدمات في مقاطعات محددة. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● كنت تبلغ من العمر 18 عامًا أو أكثر ومخمورًا. ● تم نقلك إلى قسم طوارئ أو إيداعك في سجن. ● تم إرسالك إلى قسم طوارئ وحالتك مناسبة للذهاب إلى مركز توعية.

الخدمات الصحية طويلة الأجل في أماكن تشبه المنزل:

دعم المجتمع	الخدمات التي يمكنك الحصول عليها
علاج الربو	**تغييرات في المنزل للتخلص من مسببات الربو الضارة.** تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● كانت لديك حالة ربو غير مسيطر عليها بشكل جيد خلال الأشهر 12 الماضية كما هو محدد من خلال: ○ زيارة لقسم الطوارئ. ○ الدخول إلى المستشفى. ○ زيارتين للرعاية المرضية أو العاجلة. ● كانت لديك درجة 19 أو أقل في اختبار السيطرة على الربو.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

دعم المجتمع	الخدمات التي يمكنك الحصول عليها
التأهيل النهاري	**برامج يتم تقديمها لمساعدتك على تعلم المهارات اللازمة للعيش في أماكن تشبه المنزل.** ويمكن أن تشمل التدريب على استخدام وسائل النقل العام أو كيفية إعداد الوجبات. تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● كنت تعاني من التشرد. ● لم تعد بلا مأوى ودخلت السكن في آخر 24 شهرًا. ● معرضًا لخطر أن تكون بلا مأوى. أو إذا كان من الممكن تحسين المكان الذي يشبه المنزل.
تعديل إمكانية الوصول داخل البيئة	**تغييرات في منزلك للحفاظ على صحتك وسلامتك.** إضافةً إلى ذلك، التغييرات التي تسمح لك بالعمل بحرية في المنزل. قد تتضمن هذه التغييرات المنحدرات وقضبان الإمساك. تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● معرضًا لخطر الإقامة في دار التمريض.
الوجبات/الوجبات المُخططة طبيًا	**وجبات يتم توصيلها إلى منزلك ويتم إعدادها وطهيها حسب احتياجاتك الصحية والحمية الغذائية.** ويشمل ذلك الوجبات اللازمة بعد الخروج من المستشفى. تتوفر الخدمات في جميع المقاطعات. **قد تكون قادرًا على الحصول على خدمات إذا:** ● لديك حالات مرضية مزمنة. ● تم إخراجك من المستشفى أو دار التمريض المتخصصة. ● كنت أكثر عرضة لخطر دخول المستشفى أو دار التمريض. ● كانت لديك احتياجات ضرورية لإدارة الرعاية. ● خضعت للتقييم من قِبل اختصاصي تغذية مسجل أو متخصص تغذية مرخص.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو ترغب في معرفة خدمات دعم المجتمع التي قد تكون متاحة لك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

F. المزايا الخاضعة للتغطية خارج خطتنا

لا نغطي الخدمات الآتية، لكنها متوفرة من خلال الخدمات مقابل الرسوم من Medi-Cal.

F1. الانتقالات إلى المجتمع في California (CCT)

يستعين برنامج الانتقالات إلى المجتمع في California (CCT) بمؤسسات رائدة محلية لمساعدة المستفيدين من Medi-Cal المؤهلين، الذين أقاموا في مرفق للمرضى المقيمين لمدة لا تقل عن 60 يومًا متتالية، على الانتقال مرة أخرى إلى بيئة مجتمعية والبقاء فيها بأمان. ويمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقال خلال فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين على العودة إلى البيئة المجتمعة.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق الانتقال من أي منظمة رائدة تابعة لبرنامج CCT تخدم المقاطعة التي تقيم فيها. ويمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة التابعة لبرنامج CCT والمقاطعات التي تخدمها هذه المنظمات على الموقع الإلكتروني الخاص بوزارة خدمات الرعاية الصحية على: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.

بالنسبة إلى خدمات تنسيق الانتقال التابعة لبرنامج CCT

يدفع برنامج Medi-Cal مقابل خدمات تنسيق الانتقال. لن تتحمل أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة إلى الخدمات غير المتعلقة بانتقالك من خلال برنامج CCT

يرسل المقدم إلينا فاتورة بالخدمات المقدمة إليك. تدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. لن تتحمل أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

بينما تحصل على خدمات تنسيق الانتقال التابعة لبرنامج CCT، فإننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا في **القسم D**.

لا يوجد تغيير في ميزة تغطية الأدوية

لا يغطي برنامج CCT الأدوية. ستواصل تلقي مزايا الأدوية المعتادة الخاصة بك من خلال خطتنا. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء*.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير تابعة للانتقال عبر برنامج CCT، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. إن الرعاية غير التابعة للانتقال عبر برنامج CCT هي الرعاية **غير** المتعلقة بانتقالك من مؤسسة أو مرفق.

F2. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان.

يتوفر مزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org. يشمل برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

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

لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في برنامج Medi-Cal لطب الأسنان، أو إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، فاتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). المكالمة مجانية. يتوفر ممثلو برنامج Medi-Cal لطب الأسنان لمساعدتك من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني smilecalifornia.org/ لمزيد من المعلومات.

يمكنك الحصول على مزايا برنامج Medi-Cal لطب الأسنان في مقاطعتي Sacramento وLos Angeles، من خلال خطة رعاية الأسنان المدارة (MCP لطب الأسنان). إذا أردت معرفة مزيد من المعلومات عن خطط Medi-Cal للأسنان أو ترغب في إجراء تغييرات، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً. المكالمة مجانية. جهات اتصال DMC متاحة أيضًا هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx.

www.hpsm.org/dental

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

F3. خدمات الدعم في المنزل (IHSS)

- سيساعد برنامج IHSS على سداد تكاليف الخدمات المقدمة إليك لمقدمي الرعاية المسجلين حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعَد برنامج IHSS بديلاً للرعاية خارج المنزل، مثل دور التمريض أو مرافق الرعاية الداخلية.
- لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسل الملابس، وشراء البقالة، وخدمات الرعاية الشخصية (مثل الرعاية الخاصة بالأمعاء والمثانة، والاستحمام، والعناية الشخصية والخدمات شبه الطبية)، والمرافقة في المواعيد الطبية والإشراف الوقائي للمعاقين عقليًا.
- يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك على التقدم بطلب للتسجيل في IHSS لدى وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة. للحصول على معلومات التواصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة، راجع **الفصل 2.**

F4. برامج التنازل للخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) 1915(c)

برنامج تنازل الرعاية الدائمة (ALW)

- يقدم برنامج تنازل الرعاية الدائمة (ALW) إلى المستفيدين من Medi-Cal المؤهلين خيار الإقامة في بيئة رعاية دائمة بوصف ذلك بديلاً عن الإقامة طويلة الأجل في مرفق تمريض. الهدف من ALW هو تسهيل الانتقال من مرفق التمريض مرة أخرى إلى بيئة شبيهة بالمنزل ومجتمعية أو منع الإدخال إلى مرافق التمريض المتخصصة للمستفيدين الذين لديهم حاجة وشيكة إلى الإقامة في مرفق تمريض.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج ALW وتم نقلهم أن يظلوا مسجلين في ALW مع تلقي المزايا التي توفرها خطتنا. تتعاون خطتنا مع وكالة تنسيق رعاية ALW لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يتوفر ALW حاليًا في المقاطعة الآتية فقط: Los Angeles.

- يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك على التقدم بطلب للتسجيل في ALW. للاطلاع على القائمة الحالية لوكالات تنسيق رعاية ALW المشاركة، راجع https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/AssistedLivingWaiver.aspx.

برنامج تنازل HCBS لسكان California ذوي إعاقات النمو (HCBS-DD)

برنامج تنازل برنامج تقرير المصير في California (SDP) للأفراد ذوي إعاقات النمو

- ثمة برنامجا تنازل 1915(c)، HCBS-DD وSDP، يقدمان خدمات إلى الأشخاص الذين تم تشخيصهم بإعاقة نمو بدأت قبل سن 18 عامًا ومن المتوقع أن تستمر إلى أجل غير مسمى. ويشكل كلا برنامجي التنازل وسيلة لتمويل خدمات معينة تسمح للأشخاص ذوي إعاقات النمو بالعيش في المنزل أو المجتمع بدلاً من الإقامة في مرفق صحي مرخص. يتم تمويل تكاليف هذه الخدمات بشكل مشترك من قِبل برنامج Medicaid التابع للحكومة الفيدرالية وولاية California. يمكن لمنسق الرعاية المساعدة على توصيلك بخدمات تنازل DD.

برنامج تنازل البديل المنزلي والمجتمعي (HCBA)

- يقدم برنامج تنازل HCBA خدمات إدارة الرعاية إلى الأشخاص المعرضين للإقامة في دار تمريض أو مؤسسة. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية من قِبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتألف من ممرض واختصاصي اجتماعي. ينسق الفريق خدمات التنازل وخطة الولاية (مثل الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية وخدمات الدعم في المنزل، وما إلى ذلك)، ويرتب للدعم والخدمات طويلة الأمد الأخرى المتاحين في المجتمع المحلي. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية والتنازل في محل الإقامة المجتمعي للمشارك. يمكن أن يكون محل الإقامة هذا ملكية خاصة أو مؤمنًا من خلال عقد إيجار المستأجر أو محل إقامة أحد أفراد عائلة المشارك.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج تنازل البديل المنزلي والمجتمعي (HCBA) أن يظلوا مسجلين في برنامج تنازل HCBA مع تلقي المزايا التي توفرها خطتنا أيضًا. تتعاون خطتنا مع وكالة برنامج تنازل HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.

- يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك على التقدم بطلب للتسجيل في HCBA. لمزيد من المعلومات، ارجع إلى https://libertana.com/services/hcba-waiver/

برنامج تنازل Medi-Cal (MCWP)

- يوفر برنامج إعفاء Medi-Cal (MCWP) إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المصابين بفيروس HIV بوصف ذلك بديلاً لرعاية مرفق التمريض أو الحجز في المستشفى. إدارة الحالات هي نهج جماعي يركز على المشارك ويتكون من ممرض مسجل ومدير حالة العمل الاجتماعي. يتعاون مديرو الحالات مع المشارك ومقدم (مقدمي) الرعاية الأولية والعائلة ومقدم (مقدمي) الرعاية وغيرهم من مقدمي الخدمات لتقييم احتياجات الرعاية لإبقاء المشارك في منزله ومجتمعه.

- تتمثل أهداف MCWP في ما يأتي: (1) توفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بفيروس HIV الذين قد يحتاجون إلى خدمات مؤسسية لولا ذلك؛ و(2) مساعدة المشاركين على إدارة حالتهم الصحية في ما يتعلق بفيروس HIV؛ و(3) تحسين فرص الحصول على الدعم الاجتماعي ودعم الصحة السلوكية؛ و(4) التنسيق بين مقدمي الخدمات وإلغاء ازدواجية الخدمات.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج تنازل MCWP أن يظلوا مسجلين في برنامج تنازل MCWP مع تلقي المزايا التي توفرها خطتنا. تتعاون خطتنا مع وكالة برنامج تنازل MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك على التقدم بطلب للتسجيل في MCWP. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_care_mcwp.aspx.

برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)

- يوفر برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.
- على الرغم من أن معظم المشاركين في البرنامج يتلقون أيضًا خدمات الدعم في المنزل، فإن MSSP يوفر تنسيقًا مستمرًا للرعاية، ويوصل المشاركين بالخدمات والموارد المجتمعية الأخرى المطلوبة، وينسق مع مقدمي الرعاية الصحية، ويشتري بعض الخدمات المطلوبة التي لا تتوفر بطريقة أخرى لمنع دخول المؤسسات أو تأخيره. يجب أن تكون التكلفة الإجمالية السنوية المجمعة لإدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مرفق تمريض متخصص.
- يقدم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية إلى كل مشارك في MSSP تقييمًا صحيًا ونفسيًا كاملاً لتحديد الخدمات المطلوبة. ثم يتعاون الفريق مع المشارك في MSSP وطبيبه وعائلته وغيرهم لوضع خطة رعاية فردية. تشمل الخدمات ما يأتي:
  - إدارة الرعاية
  - الرعاية النهارية لكبار السن
  - الإصلاحات/الصيانة المنزلية البسيطة
  - المهام المنزلية الإضافية والرعاية الشخصية وخدمات الإشراف الوقائي
  - خدمات الرعاية المؤقتة
  - خدمات النقل
  - الخدمات الاستشارية والعلاجية
  - خدمات الوجبات
  - خدمات الاتصالات.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج تنازل MSSP أن يظلوا مسجلين في برنامج تنازل MSSP مع تلقي المزايا التي توفرها خطتنا. تتعاون خطتنا مع مقدم MSSP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية مساعدتك على التقدم بطلب للتسجيل في MSSP.

معلومات الاتصال بالوكالة

- مقاطعة Los Angeles:
  - Human Services Association؛ الهاتف: 1-626-358-1185 (711-TTY)
  - Huntington Hospital؛ الهاتف: 1-626-397-3110 (711-TTY)
  - Jewish Family Services of LA؛ الهاتف: 1-310-247-0864 (711-TTY)
  - Partners in Care؛ الهاتف: 1-818-837-3775 (711-TTY)
  - Scan Independence at Home؛ الهاتف: 1-866-421-1964 (711-TTY)

F5. خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)

لديك إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية التي يغطيها Medicare وMedi-Cal.
ونوفر إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الخاضعة للتغطية في Medicare وMedi-Cal managed care.
ولا توفر خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal أو خدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة التابعة للمقاطعة، لكن هذه الخدمات متوفرة لك من خلال وكالات الصحة السلوكية في المقاطعة.

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة التابعة لـ Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية في المقاطعة (MHP) إذا انطبقت عليك معايير الوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. تشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal التي توفرها خطة الصحة العقلية (MHP) لمقاطعتك:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات الدعم العلاجي
- خدمات العلاج النهاري المكثف
- إعادة التأهيل النهارية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات الاستقرار في الأزمات
- خدمات الإقامة العلاجية لكبار السن
- خدمات الإقامة العلاجية للأزمات
- خدمات مرافق الصحة النفسية
- خدمات إقامة المريض في مستشفيات الأمراض النفسية
- إدارة الحالات الموجهة
- خدمات دعم الأقران
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة المجتمعية

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية البديلة العلاجية
- تنسيق الرعاية المكثفة
- خدمات منزلية مكثفة
- إعادة دمج من كانوا متورطين في قضايا
- العلاج المجتمعي الحازم (ACT)
- العلاج المجتمعي الحازم لذوي القضايا الجنائية (FACT)
- الرعاية المتخصصة المنسقة (CSC) لأول نوبة ذهان (FEP)
- خدمات نادي الدعم النفسي
- الخدمات المعزَّزة للعاملين في مجال الصحة المجتمعية (CHW)

تتوفر خدمات دواء Medi-Cal (DMC) من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات.

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- الإقامة العلاجية لاضطراب تعاطي المواد المخدرة خلال فترة الولادة
- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- برنامج علاج تعاطي المخدرات
- أدوية علاج الإدمان (تسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأقران
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة المجتمعية
- خدمات التدخل المبكر (للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا)
- الفحص والتشخيص والعلاج الدوري المبكر (للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا)

تشمل خدمات نظام توصيل الدواء المنظم من Medi-Cal (DMC-ODS) الآتي:

- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- خدمات الحجز الجزئي في المستشفى

- أدوية علاج الإدمان (تسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات الإقامة العلاجية
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج علاج تعاطي المخدرات
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية
- خدمات دعم الأقران
- خدمات التدخل في الأزمات المتنقلة المجتمعية
- خدمات إدارة الطوارئ
- خدمات التدخل المبكر (للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا)
- الفحص والتشخيص والعلاج الدوري المبكر (للأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا)
- خدمات علاج المرضى المقيمين في المستشفى

بالإضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، يمكنك الحصول على خدمات إزالة السمية الطوعية للمرضى المقيمين إذا انطبقت عليك المعايير.

لديك إمكانية الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا والخاضعة لتغطية برنامج Medicare وتتم إدارتها من خلال خدمات الصحة السلوكية Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). راجع **الفصل 3** للحصول على معلومات عن خدمات الصحة السلوكية المتوفرة من خلال خطتنا، بما في ذلك العملية المستخدمة لتحديد الضرورة الطبية والإحالة بين خطتنا وخطة MHP في مقاطعتك. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن إحدى خدمات الصحة السلوكية، فراجع **الفصل 9**، للحصول على معلومات حول تقديم الشكاوى.

G. المزايا غير الخاضعة للتغطية من خلال خطتنا أو Medicare أو Medi-Cal

يوضح هذا القسم المزايا المستثناة من خطتنا. وتعني كلمة "مستثناة" أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. ولا يدفع Medicare وMedi-Cal مقابلها أيضًا.

توضح القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر غير الخاضعة لتغطيتنا تحت أي ظروف وبعض الخدمات والعناصر التي نستثنيها في بعض الحالات فقط.

لا ندفع مقابل المزايا الطبية المستثناة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في كتيب *الأعضاء*) إلا بموجب الظروف المحددة المدرجة. حتى إذا تم الحصول على الخدمات من مرفق طوارئ، لن تدفع الخطة مقابل تلك الخدمات. إذا كنت تعتقد أنه ينبغي لخطتنا الدفع مقابل خدمة غير خاضعة للتغطية، فيمكنك تقديم طلب استئناف. لمزيد من المعلومات عن الاستئنافات، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

إضافةً إلى أي استثناءات أو قيود مذكورة في جدول المزايا، لا تغطي خطتنا العناصر والخدمات الآتية:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- الخدمات التي لا تُعَد "معقولة وضرورية من الناحية الطبية"، وفق Medicare وMedi-Cal، ما لم يتم إدراجها على أنها خدمات خاضعة للتغطية
- الأدوية والعناصر والعلاجات الجراحية والطبية التجريبية، ما لم تكن خاضعة لتغطية Medicare أو دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* لمزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية. العلاجات والعناصر التجريبية هي تلك التي لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام.
- العلاج الجراحي للسمنة المرضية إلا إذا كان ضروريًا من الناحية الطبية ويدفع Medicare مقابله
- غرفة خاصة في مستشفى، إلا إذا كانت ضرورية من الناحية طبية
- الممرضون الخاصون
- الأغراض الشخصية في غرفتك في المستشفى أو مرفق التمريض، مثل الهاتف أو التلفزيون
- الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يفرضها أقاربك المباشرون أو أفراد أسرتك
- الوجبات التي يتم توصيلها إلى منزلك
- إجراءات التحسين أو خدماته الاختيارية أو الطوعية (بما في ذلك فقدان الوزن ونمو الشعر والأداء الجنسي والأداء الرياضي والأغراض التجميلية ومكافحة الشيخوخة والأداء العقلي) إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية
- الجراحة التجميلية أو غيرها من الأعمال التجميلية، ما لم تكن ضرورية نظرًا إلى حدوث إصابة عرضية أو لتحسين جزء من الجسم لم يتشكل بشكل صحيح. ولكن ندفع مقابل ترميم الثدي بعد استئصاله ومعالجة الثدي الآخر ليطابقه
- رعاية المعالجة اليدوية، بخلاف المعالجة اليدوية للعمود الفقري بما يتوافق مع إرشادات التغطية
- العناية الروتينية بالقدم، باستثناء ما هو موضح في خدمات طب الأقدام في جدول المزايا في **القسم D**
- أحذية تقويم العظام، ما لم تكن الأحذية جزءًا من دعامة الساق ومضمنة في تكلفة الدعامة أو مخصصة لشخص مصاب بمرض القدم السكري
- الأجهزة الداعمة للقدم، باستثناء أحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري
- بضع القرنية الشعاعي وجراحة LASIK ووسائل المساعدة الأخرى لحالات ضعف البصر
- عكس إجراءات التعقيم
- خدمات المعالجة بالطب الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة)
- الخدمات المقدمة إلى المحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (VA). ومع ذلك، عندما يحصل المحارب القديم على خدمات الطوارئ في مستشفى VA ويكون مبلغ مشاركة التكلفة في VA أعلى من نظيره بموجب خطتنا، سنسدد الفارق للمحارب القديم. أنت لا تزال مسؤولاً عن مبالغ مشاركة التكلفة الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الفصل 5: الحصول على الأدوية لمرضى العيادات الخارجية

المقدمة

يشرح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية لمرضى العيادات الخارجية. وهي الأدوية التي يطلبها المقدم من أجلك وتحصل عليها من صيدلية أو بالطلب عبر البريد. وتتضمن أدوية خاضعة لتغطية Medicare Part D وMedi-Cal. ويوضح **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء* المبلغ الذي عليك دفعه مقابل هذه الأدوية. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

إننا نغطي أيضًا الأدوية الآتية، على الرغم من أنها لا تجري مناقشاتها في هذا الفصل:

- **الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare Part A.** تتضمن هذه الفئة بصفة عامة الأدوية المقدمة إليك وأنت في المستشفى أو مرفق التمريض.
- **الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare Part B.** تتضمن هذه الفئة بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض عمليات الحقن بالأدوية المقدمة إليك في أثناء زيارة عيادة طبيب أو مقدم رعاية آخر والأدوية التي تُقدَّم إليك في عيادة غسيل الكلى. ولمعرفة المزيد عن الأدوية الخاضعة للتغطية في Medicare Part B، راجع جدول المزايا الوارد في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.
- بالإضافة إلى تغطية Medicare Part D والمزايا الطبية للخطة، قد تخضع أدويتك لتغطية Original Medicare إذا كنت في مأوى رعاية المحتضرين من Medicare. ولمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5، القسم F3** "إذا كنت مشتركًا في برنامج مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين."

قواعد تغطية خطتنا لأدوية مرضى العيادات الخارجية

نقوم عادةً بتغطية أدويتك ما دمت تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

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. وغالبًا ما يكون هذا الشخص مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. كما يمكن أن يكون مقدمًا آخر إذا قام PCP بإحالتك للحصول على الرعاية.

يجب **ألا** يكون الآمر بالوصفة على قوائم الاستثناء أو الاستبعاد الخاصة بـ Medicare أو أي قوائم مماثلة خاصة بـ Medi-Cal.

يتعين عليك بوجه عام استخدام صيدلية تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية (راجع **القسم A1** للحصول على مزيد من المعلومات). أو يمكنك ملء وصفتك من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة.

يجب أن يكون دواؤك الموصوف ضمن *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* الخاصة بخطتنا. ونطلق عليها اسم "*قائمة الأدوية*" اختصارًا. (راجع **القسم B** من هذا الفصل).

- إذا لم يكن مدرجًا في *قائمة الأدوية*، فقد نتمكن من تغطيته عن طريق منحك استثناء.
- راجع **الفصل 9** لمعرفة المزيد عن طلب استثناء.
- يرجى أيضًا ملاحظة أنه سيتم تقييم طلب تغطية دوائك الموصوف وفق معايير كل من Medicare وMedi-Cal.

يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا. ويعني ذلك أن استخدام الدواء إما معتمد من قِبل Food and Drug Administration (FDA) أو مدعوم بمرجعية طبية معينة. وقد يتمكن الآمر بالوصفة من المساعدة على تحديد المرجعيات الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف. وبالنسبة إلى الأدوية الخاضعة للتغطية من Medi-Cal، يعني ذلك أن استخدام الدواء معقول وضروري لحماية الحياة أو منع مرض خطِر أو إعاقة بالغة أو لتخفيف ألم شديد من خلال تشخيص الداء أو المرض أو الإصابة أو علاجها.

قد يتطلب دواؤك الحصول على موافقة من خطتنا استنادًا إلى معايير معينة قبل أن نقوم بتغطيته. (راجع **القسم C** في هذا الفصل).

جدول المحتويات

A. صرف وصفاتك الطبية 137
A1. صرف وصفتك من صيدلية الشبكة 137
A2. استخدام بطاقة ID العضوية عند صرف الوصفة 137
A3. ما يتعين عليك فعله إذا قمت بتغيير صيدلية الشبكة الخاصة بك 137
A4. ما يتعين عليك فعله في حال انفصال صيدليتك عن الشبكة 137
A5. التعامل مع صيدلية مختصة 137
A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدويتك 138
A7. الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية 140
A8. التعامل مع صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا 140
A9. رد المبالغ التي تدفعها للحصول على وصفة 141
B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 142
B1. الأدوية الواردة في قائمة الأدوية الخاصة بنا 142
B2. كيفية العثور على دواء مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا 142
B3. الأدوية غير الواردة في قائمة أدويتنا 143
B4. مستويات مشاركة التكلفة في قائمة الأدوية 144

C. القيود المفروضة على بعض الأدوية 144
D. أسباب قد تجعل دواءك غير خاضع للتغطية 146
D1. الحصول على إمداد مؤقت 146
D2. طلب إمداد مؤقت 147
E. تغييرات التغطية لأدويتك 148
F. تغطية الدواء في الحالات الخاصة 150
F1. في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص لإقامة خاضعة لتغطية خطتنا 150
F2. في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد 150
F3. في برنامج مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين 150
G. البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية 151
G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بشكل آمن 151
G2. برامج تساعدك على إدارة أدويتك 151
G3. برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان 152

A. صرف وصفاتك الطبية

A1. صرف وصفتك من صيدلية الشبكة

في أغلب الحالات، ندفع مقابل الوصفات في حال صرفها من أي من صيدليات شبكتنا فقط. وصيدلية الشبكة هي متجر أدوية يوافق على صرف الوصفات لأعضاء خطتنا. ويجوز لك استخدام أي من صيدليات شبكتنا. (راجع **القسم A8** للحصول على معلومات عن وقت تغطيتنا الوصفات الطبية التي يتم صرفها من الصيدليات خارج الشبكة.)

للعثور على إحدى صيدليات الشبكة، راجع *دليل المقدمين والصيدليات* أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو التواصل مع قسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية الخاص بك.

A2. استخدام بطاقة ID العضوية عند صرف الوصفة

لصرف وصفتك الطبية، **أظهِر بطاقة ID العضوية** في صيدلية الشبكة. تقوم صيدلية الشبكة بفوترة حصتنا من تكلفة دوائك الخاضع للتغطية. وقد تحتاج إلى دفع مبلغ تسديد مشترك للصيدلية عند استلام وصفتك الطبية.

تذكَّر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة تعريف المزايا (BIC) للوصول إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medi-Cal Rx.

إذا لم تكن بطاقة ID العضوية أو بطاقة BIC معك عند صرف الوصفة، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

إن لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة عند حصولك عليها. وحينئذ يمكنك مطالبتنا برد قيمة حصتنا إليك. **وإذا لم تتمكن من دفع ثمن الدواء، فتواصل مع قسم خدمات الأعضاء على الفور.** وسنبذل كل ما في وسعنا لمساعدتك.

- لمطالبتنا برد المبلغ إليك، راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للحصول على وصفتك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو بمنسق الرعاية.

A3. ما يتعين عليك فعله إذا قمت بتغيير صيدلية الشبكة الخاصة بك

في حال تغيير الصيدليات والحاجة إلى إعادة صرف وصفة، يمكنك إما أن تطلب الحصول على وصفة جديدة مكتوبة من قِبل مقدم الرعاية *وإما* أن تطالب صيدليتك بتحويل الوصفة إلى الصيدلية الجديدة إذا كان ثمة أي عمليات إعادة صرف متبقية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لتغيير صيدلية الشبكة، فتواصل مع قسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

A4. ما يتعين عليك فعله في حال انفصال صيدليتك عن الشبكة

في حال انفصال الصيدلية التي تتعامل معها عن شبكة خطتنا، يتعين عليك العثور على صيدلية شبكة جديدة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، راجع *دليل المقدمين والصيدليات* أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو تواصل مع قسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية الخاص بك.

A5. التعامل مع صيدلية مختصة

يجب أحيانًا صرف الوصفات من صيدلية مختصة. الصيدليات المتخصصة تشمل:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- الصيدليات التي توفر أدوية للعلاج بالتسريب في المنزل.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، مثل مرفق التمريض.
  - تحتوي المرافق التي تقدم خدمة رعاية طويلة الأمد عادةً على صيدليات خاصة بها. وإذا كنت مقيمًا في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، فإننا سنحرص على أن تتمكن من الحصول على الأدوية التي تحتاج إليها من صيدلية المرفق.
  - إذا لم تكن صيدلية المرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد ضمن شبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدويتك في المرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.
- صيدليات مقدمو الرعاية الصحية الهنود (IHCP). يمكن للأعضاء من الأمريكيين الهنود وسكان Alaska الأصليين الوصول إلى صيدليات مقدمو الرعاية الصحية الهنود (IHCP) وذلك بقدر ما يتوفر لديهم من صيدليات بيع بالتجزئة مسجلة. إذا لم تكن من أصل أمريكي هندي أو من سكان Alaska الأصليين، فلا يزال بإمكانك الحصول على خدمات من صيدليات البيع بالتجزئة التابعة لـ IHCP إذا كنت معيّنًا للرعاية التابعة للعيادات أو في حالات الطوارئ.
- 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. (ملاحظة: نادرًا ما يحدث هذا السيناريو.)
- للعثور على صيدلية متخصصة، راجع *دليل المقدمين والصيدليات*، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو التواصل مع قسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية الخاص بك.

A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدويتك

للحصول على أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد الخاصة بشبكة خطتنا. وبصفة عامة، تكون الأدوية المتوفرة من خلال الطلب عبر البريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد. وتحمل الأدوية **غير** المتوفرة عبر خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا علامة "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. وتُعَد قيمة التسديد المشترك للإمداد الذي يستمر مدة 100 يوم قيمة التسديد المشترك نفسها للإمداد الذي يستمر مدة شهر واحد.

صرف الوصفات عبر البريد

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 يصل طلب وصفة عبر البريد في غضون 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.

عمليات الطلب عبر البريد

تتبع خدمة الطلب عبر البريد إجراءات مختلفة للوصفات الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الجديدة التي تحصل عليها مباشرةً من مكتب المقدم الخاص بك، وعمليات إعادة صرف وصفاتك بالطلب عبر البريد.

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

تصرف الصيدلية الوصفات الجديدة التي تتلقاها منك تلقائيًا وتوصلها.

2. **الوصفات الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية من مكتب المقدم الخاص بك**

تصرف الصيدلية الوصفات الجديدة التي تتلقاها من مقدمي الرعاية الصحية وتوصلها تلقائيًا من دون الرجوع إليك أولاً، في حال:

- استخدامك خدمات الطلب عبر البريد مع خطتنا في الماضي، **أو**
- اشتراكك في التوصيل التلقائي لكل الوصفات الجديدة التي تتلقاها من مقدمي الرعاية الصحية مباشرةً. ويمكنك طلب التوصيل التلقائي لكل الوصفات الجديدة حاليًا أو في أي وقت من خلال التواصل مع 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 الاتصال بك لمعرفة رغبتك قبل شحن الوصفة، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد ثمنها.

إذا كنت قد استخدمت خدمة الطلب عبر البريد سابقًا ولا تريد أن تصرف الصيدلية كل وصفة جديدة وتشحنها تلقائيًا، فيرجى التواصل معنا عن طريق الاتصال 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 يسبق لك استخدام التوصيل بالطلب عبر البريد و/أو قررت إيقاف الصرف التلقائي للوصفات الجديدة، فستتصل بك الصيدلية في كل مرة تحصل فيها على وصفة جديدة من مقدم الرعاية الصحية لمعرفة إذا كنت تريد صرف الدواء وشحنه على الفور.

- يمنحك ذلك فرصة للتأكد من أن الصيدلية تسلمك الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والكمية والشكل)، وسيسمح لك ذلك بإلغاء الطلب أو تأخيره، عند الضرورة، قبل أن تُصدر لك الفاتورة ويتم شحنه.
- قم بالرد في كل مرة تتصل الصيدلية بك، لتعلمهم بما يتعين فعله بالوصفة الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

لإلغاء الاشتراك في عمليات التوصيل التلقائية للوصفات 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.

3. **إعادة صرف الوصفات 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.

- تتصل بك 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 الخاص بنا، فاتصل بصيدليتك قبل 21 يومًا من نفاد وصفتك الحالية لتتأكد من شحن طلبك التالي في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يحضِّر عمليات إعادة الصرف بالطلب عبر البريد تلقائيًا، تواصل معنا من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء الخاصة بالطلب عبر البريد على الرقم 1-833-750-0201 (TTY: 711) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. أو قم بتسجيل الدخول إلى express-scripts.com/rx.

أخبر الصيدلية بأفضل طرق التواصل معك لتتمكن من التواصل معك لتأكيد طلبك قبل الشحن. ويجب عليك التحقق من معلومات الاتصال الخاصة بك في كل مرة تقدِّم فيها طلبًا، أو في الوقت الذي تسجِّل فيه في برنامج إعادة الصرف التلقائي، أو إذا تغيرت معلومات الاتصال الخاصة بك.

A7. الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية

يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد من أدوية المداومة الموجودة في *قائمة الأدوية* لخطتنا. وأدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد.

تسمح لك بعض صيدليات الشبكة بالحصول على إمداد طويل الأمد من أدوية المداومة. وتُعَد قيمة التسديد المشترك للإمداد الذي يستمر مدة 100 يوم قيمة التسديد المشترك نفسها للإمداد الذي يستمر مدة شهر واحد. ويطلِعك *دليل المقدمين والصيدليات* على الصيدليات التي يمكن أن تقدم إليك إمدادًا طويل الأمد من أدوية المداومة. ويمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو قسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

للحصول على أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد لشبكة خطتنا للحصول على إمداد طويل الأمد من أدوية المداومة. راجع **القسم A6** للتعرف على خدمات الطلب عبر البريد.

A8. التعامل مع صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا

بشكل عام، يمكننا الدفع مقابل الأدوية المصروفة من صيدلية خارج الشبكة عندما تكون غير قادر على التعامل مع صيدلية الشبكة فقط. ولدينا صيدليات شبكة خارج منطقة خدمتنا يمكنك الحصول على الوصفات منها بصفتك عضوًا في خطتنا. في هذه الحالات، تحقق أولاً من خلال منسق الرعاية الخاص بك أو قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت ثمة صيدلية شبكة بالقرب منك.

إننا ندفع مقابل الوصفات المصروفة من صيدلية خارج الشبكة 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 عند صرف الوصفة الطبية. يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة عن طريق إرسال نموذج تعويض.
إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فقد تكون مسؤولاً عن دفع الفرق بين ما سندفعه مقابل وصفة طبية تم صرفها من صيدلية داخل الشبكة وما تطلبه الصيدلية خارج الشبكة مقابل وصفتك الطبية. لمعرفة كيفية تقديم مطالبة بالتعويض، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.

- 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 عند صرف الوصفة الطبية. يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة عن طريق إرسال نموذج تعويض. إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فقد تكون مسؤولاً عن دفع الفرق بين ما سندفعه مقابل وصفة طبية تم صرفها من صيدلية داخل الشبكة وما تطلبه الصيدلية خارج الشبكة مقابل وصفتك الطبية. لمعرفة كيفية تقديم مطالبة بالتعويض، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.

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. لمعرفة كيفية تقديم مطالبة بالتعويض، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.

A9. رد المبالغ التي تدفعها للحصول على وصفة

إذا وجب عليك التعامل مع صيدلية خارج الشبكة، فسيتعين عليك بوجه عام دفع التكلفة كاملة بدلاً من التسديد المشترك عند حصولك على وصفتك. ويمكنك مطالبتنا برد قيمة حصتنا من التكلفة إليك. قد يُطلب منك دفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الحصول على الدواء من صيدلية خارج الشبكة والتكلفة التي سنغطيها في صيدلية داخل الشبكة.

إذا دفعت التكلفة الكاملة مقابل وصفتك التي قد تكون خاضعة للتغطية من Medi-Cal Rx، فقد تتمكن الصيدلية من تعويضك بمجرد أن تدفع Medi-Cal Rx مقابل الوصفة. وبدلاً من ذلك، قد تطالب Medi-Cal Rx برد المبلغ الذي دفعته من خلال تقديم مطالبة "تعويض Medi-Cal التكاليف التي يتحملها المريض (Conlan)". ويمكن العثور على مزيد من المعلومات على موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.

لمعرفة المزيد عن ذلك، راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

B. قائمة الأدوية *الخاصة بخطتنا*

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

إننا نختار الأدوية الواردة في *قائمة الأدوية* بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. وستطلعك *قائمة الأدوية* أيضًا على القواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويتك.

إننا نغطي بوجه عام الأدوية ضمن *قائمة أدوية* خطتنا عندما تتبع القواعد التي نشرحها في هذا الفصل.

B1. الأدوية الواردة في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا

تتضمن *قائمة الأدوية* الخاصة بنا الأدوية الخاضعة للتغطية ضمن Medicare Part D.

تخضع أغلب الأدوية التي تتلقاها من الصيدلية لتغطية خطتنا. وقد تشمل تغطية Medi-Cal Rx بعض الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية من دون وصفات (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. ويمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) الخاصة ببرنامج Medi-Cal عند الحصول على وصفاتك من خلال Medi-Cal Rx.

تتضمن *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أدوية تحمل اسم علامة تجارية، وأدوية مكافئة، ومنتجات بيولوجية (التي قد تشمل البدائل الحيوية).

الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية هو دواء يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة المصنِّعة للدواء. المنتجات الحيوية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية. في *قائمة الأدوية*، الخاصة بنا، عند الإشارة إلى "الأدوية" فإن ذلك قد يعني دواءً أو منتجًا بيولوجيًا

تتكون الأدوية المكافئة من المكونات النشطة نفسها للأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية. تحتوي المنتجات البيولوجية على بدائل تسمى بالبدائل الحيوية. وبصفة عامة، تعمل الأدوية المكافئة والبدائل الحيوية تمامًا مثل الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية أو المنتجات الحيوية الأصلية وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. 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.

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

B2. كيفية العثور على دواء مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا

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

- زيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على go.wellcare.com/HealthNetCA. وتكون نسخة *قائمة الأدوية* الموجودة على موقعنا الإلكتروني هي النسخة الأحدث دائمًا.
- الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو لطلب نسخة من القائمة.
- قد تكون الأدوية غير الخاضعة لتغطية الجزء D خاضعة للتغطية من قِبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) للحصول على مزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- استخدام "Real Time Benefit Tool" (أداة المزايا في الوقت الحقيقي) 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. ويمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو قسم خدمات الأعضاء.

B3. الأدوية غير الواردة في *قائمة أدويتنا*

إننا لا نغطي جميع الأدوية.

- إذ إن بعض الأدوية ليست على *قائمة الأدوية* الخاصة بنا لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية هذه الأدوية.
- وفي حالات أخرى، قررنا عدم إدراج دواء ما في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا.
- وفي بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية*. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 9**.

لا تدفع خطتنا مقابل أنواع الأدوية الموضحة في هذا القسم، باستثناء بعض الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب تغطية الأدوية المعززة لدينا. وتُسمى هذه الأدويةُ **الأدويةَ المستبعدة**. إذا حصلت على وصفة لدواء مستبعد غير خاضع لتغطية خطتنا، فقد تكون بحاجة إلى دفع ثمنها بنفسك. إذا كنت تعتقد أنه يجب علينا تحمل تكلفة دواء مستبعد بسبب حالتك، فيمكنك تقديم استئناف. راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات عن الاستئنافات.

إليك ثلاث قواعد عامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية خطتنا لأدوية مرضى العيادات الخارجية (التي تتضمن Medicare Part D) أن تدفع مقابل دواء يغطيه Medicare Part A أو Medicare Part B بالفعل. وتغطي خطتنا الأدوية الخاضعة لتغطية Medicare Part A أو Medicare Part B مجانًا، إلا أن هذه الأدوية لا تُعَد جزءًا من مزايا الأدوية لمرضى العيادات الخارجية.
2. لا يمكن لخطتنا تغطية دواء تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
3. يجب أن تتم الموافقة على استخدام الدواء من قِبل FDA أو أن تدعمه بعض المراجع الطبية بوصفه علاجًا لحالتك. إذ قد يصف طبيبك أو مقدم آخر دواءً معينًا لعلاج حالتك، حتى لو لم تتم الموافقة عليه لعلاج الحالة. ويُسمى ذلك "الاستخدام دون تصريح". إن خطتنا لا تغطي عادة الأدوية الموصوفة للاستخدام دون تصريح.

بموجب القانون أيضًا، لا يمكن لـ Medicare أو Medi-Cal تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه.

- الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد*
- الأدوية المستخدمة للأغراض التجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
- الفيتامينات والمنتجات المعدنية الموصوفة، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة ومستحضرات الفلورايد*
- الأدوية المستخدمة لعلاج الضعف الجنسي أو ضعف الانتصاب
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادة الوزن*

- أدوية مرضى العيادات الخارجية التي تصنعها شركة تشترط أن تُجري الاختبارات أو الخدمات بواسطتها فقط

*قد تخضع منتجات محددة لتغطية Medi-Cal. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات.

B4. مستويات مشاركة التكلفة في *قائمة الأدوية*

يصنف كل دواء في *قائمة الأدوية* لدينا ضمن مستوى واحد من ستة مستويات. والمستوى هو مجموعة أدوية من النوع نفسه تقريبًا (مثل الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية، أو الأدوية المكافئة، أو أدوية OTC). بشكل عام، كلما زاد 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.
- 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.
- يشمل المستوى 6 (أدوية الرعاية المختارة) أدوية مكافئة و/أو أدوية تحمل اسم علامة تجارية مختارة تُستخدم لعلاج حالات معينة.

لمعرفة مستوى مشاركة التكلفة الذي ينتمي إليه دواؤك، ابحث عن الدواء في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا.

يوضح **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء* المبلغ الذي ستدفعه مقابل الأدوية في كل مستوى.

C. القيود المفروضة على بعض الأدوية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، تفرض قواعد خاصة قيودًا على كيفية تغطية خطتنا لها ومتى يحدث ذلك. وبصفة عامة، ستساعدك قواعدنا على الحصول على دواء يناسب حالتك الطبية ويكون آمنًا وفعالاً. وعندما يعمل دواء آمن منخفض التكلفة مثل الدواء الأعلى تكلفة تمامًا، نتوقع من المقدم أن يصف الدواء 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 تركيز الدواء الذي يصفه مقدم الرعاية أو مقداره أو شكله، وقد تنطبق قيود مختلفة على الإصدارات المختلفة من الأدوية (على سبيل المثال، 10 mg يختلف عن 100 mg، والأدوية لمرة واحدة في اليوم تختلف عن مرتين في اليوم، والأقراص تختلف عن السائل.)

إذا كانت ثمة قاعدة خاصة لدوائك، فعادةً ما يعني ذلك أنه يجب عليك أو على المقدم الخاص بك اتخاذ خطوات إضافية من أجل أن نغطي الدواء. على سبيل المثال، قد يتعين على المقدم أن يخبرنا بتشخيصك أو يقدم نتائج اختبارات الدم أولاً. وإذا كنت تعتقد أنت أو المقدم الخاص بك أن قاعدتنا يجب ألا تنطبق على وضعك، فاطلب منا استخدام عملية قرار التغطية لإجراء استثناء. وقد نوافق على السماح لك باستخدام الدواء دون اتخاذ خطوات إضافية أو قد لا نوافق.

لمزيد من المعلومات عن طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

1. الحد من استخدام الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية أو المنتجات الحيوية الأصلية عندما يتوفر إصدار مكافئ أو إصدار بديل حيوي قابل للتبادل

يعمل الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبادل عمومًا مثل الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي وعادةً ما تكون تكلفته أقل. وفي أغلب الحالات، إذا كان ثمة إصدار مكافئ أو إصدار بديل حيوي قابل للتبادل من دواء يحمل اسم علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي متاحًا، فستعطيك صيدليات الشبكة لدينا الإصدار المكافئ أو إصدار البديل الحيوي القابل للتبادل.

- إننا لا ندفع مقابل دواء يحمل اسم علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي عادةً عندما يكون ثمة إصدار مكافئ متاحًا.
- على الرغم من ذلك، إذا أخبرنا مقدم الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي الذي سيجعل الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبادل غير فعال في حالتك ***أو*** كتب "لا بدائل" على وصفتك الخاصة بدواء يحمل اسم علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي ***أو*** أخبرنا بالسبب الطبي وراء عدم فعالية الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبادل أو غيرهما من الأدوية الخاضعة للتغطية التي تعالج الحالة نفسها في حالتك، فسنغطي حينئذٍ الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.
- قد يكون مبلغ التسديد المشترك الذي عليك دفعه أكبر عند الحصول على الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي مقارنةً بالحصول على الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبادل.

2. الحصول على الموافقة السابقة من الخطة

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو الآمر بالوصفة على موافقة سابقة من خطتنا قبل صرف وصفتك. يُطلق على هذه الحالة اسم التفويض السابق. يتم تطبيق هذا لضمان سلامة الدواء والمساعدة على توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نقوم بتغطية الدواء. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/enhanced-select-pa للحصول على مزيد من المعلومات عن التفويض السابق.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

نريد منك عمومًا تجربة الأدوية الأقل تكلفة التي لها الفعالية نفسها قبل أن نقوم بتغطية الأدوية الأكثر تكلفة. على سبيل المثال، إذا كان الدواء A والدواء B يعالجان الحالة الطبية نفسها، وكان الدواء A أقل تكلفة من الدواء B، فقد نطلب منك تجربة الدواء A أولاً.

إذا **لم** يناسبك الدواء A، فسنغطي الدواء B. ويسمى هذا علاجًا تدريجيًا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/enhanced-select-st للحصول على مزيد من المعلومات عن العلاج التدريجي.

4. حدود الكمية

نضع حدًا لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها بالنسبة إلى بعض الأدوية. ويُسمى ذلك حدود الكمية. على سبيل المثال، إذا كان من الآمن عادةً تناول حبة واحدة فقط يوميًا من دواء معين، قد نضع حدًا لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تصرف فيها وصفتك.

لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد المذكورة أعلاه تنطبق على أحد الأدوية التي تتناولها أو ترغب في تناولها، تحقق من *قائمة الأدوية* الخاصة بنا. وللحصول على أحدث المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو تحقق من موقعنا الإلكتروني على go.wellcare.com/druglist-6. وإذا كنت لا توافق على قرار التغطية الخاص بنا المستند إلى أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب استئناف. يرجى مراجعة **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

D. أسباب قد تجعل دواءك غير خاضع للتغطية

إننا نحاول أن نجعل تغطية الأدوية الخاصة بك تناسبك، إلا أنه في بعض الأحيان قد لا يكون الدواء خاضعًا للتغطية بالطريقة التي تريدها. على سبيل المثال:

- لا تغطي خطتنا الدواء الذي ترغب في تناوله. وقد يكون الدواء غير وارد في *قائمة أدويتنا*. وقد نغطي إصدارًا مكافئًا من الدواء وليس الإصدار الذي يحمل اسم علامة تجارية الذي ترغب في تناوله. وقد يكون الدواء جديدًا، ولم نراجعه بعد للتأكد من سلامته وفعاليته.
- تغطي خطتنا الدواء، لكن ثمة قواعد أو حدود خاصة على التغطية. إذ إن بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا تخضع لقواعد تحد من استخدامها كما هو موضح في **القسم C** من هذا الفصل. وفي بعض الحالات، قد ترغب أنت أو الآمر بالوصفة في مطالبتنا باستثناء.
- هذا الدواء خاضع للتغطية، لكنه في مستوى مشاركة تكلفة يجعل التكلفة التي تتحملها أعلى مما تتوقع.

ثمة أمور يمكنك القيام بها إذا لم نغطي أحد الأدوية بالطريقة التي تريدها منا.

D1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا أن نقدم لك إمدادًا مؤقتًا من الدواء عندما لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو تم فرض قيود عليه بطريقة ما. وسيوفر ذلك الوقت لك لتتحدث إلى المقدم الخاص بك بشأن الحصول على دواء مختلف أو تطلب منا تغطية الدواء.

للحصول على إمداد مؤقت من أحد الأدوية، يجب عليك استيفاء القاعدتين الآتيتَين:

1. الدواء الذي كنت تتناوله:
   - لم يعد في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا **أو**
   - لم يكن في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا قط **أو**
   - تم فرض قيود عليه بطريقة ما حاليًا.

2. يجب أن يتحقق أحد هذه المواقف:

- أن تكون سبق أن انضمت إلى خطتنا في العام الماضي.
  - نغطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك **خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية**.
  - يستمر هذا الإمداد المؤقت لمدة تصل إلى 30 يومًا من صيدلية البيع بالتجزئة ولمدة تصل إلى 31 يومًا من صيدلية الرعاية طويلة الأمد.
  - إذا كانت الوصفة مكتوبة لأيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرف الأدوية مرات عديدة لتوفير أدوية لمدة تصل إلى 30 يومًا كحد أقصى من صيدلية البيع بالتجزئة و31 يومًا من صيدلية الرعاية طويلة الأمد. ويجب عليك صرف الوصفة من صيدلية الشبكة.
  - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأمد الدواء بكميات قليلة في المرة الواحدة لمنع الهدر.
- أن تكون جديدًا في خطتنا.
  - نغطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك **خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا**.
  - يستمر هذا الإمداد المؤقت لمدة تصل إلى 30 يومًا من صيدلية البيع بالتجزئة ولمدة تصل إلى 31 يومًا من صيدلية الرعاية طويلة الأمد.
  - إذا كانت الوصفة مكتوبة لأيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرف الأدوية مرات عديدة لتوفير أدوية لمدة تصل إلى 30 يومًا بحد أقصى من صيدلية البيع بالتجزئة و31 يومًا من صيدلية الرعاية طويلة الأمد. ويجب عليك صرف الوصفة من صيدلية الشبكة.
  - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأمد الدواء بكميات قليلة في المرة الواحدة لمنع الهدر.
- أن تكون قد انضممت إلى خطتنا منذ أكثر من 90 يومًا، وتقيم في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى إمداد على الفور.
  - نغطي إمدادًا مدته 31 يومًا مرة واحدة، أو أقل من ذلك إذا كانت الوصفة مكتوبة لأيام أقل. وذلك بالإضافة إلى الإمداد المؤقت أعلاه.
  - إذا تغير مستوى الرعاية لديك (مثل الانتقال من أو إلى مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد أو مستشفى)، فسنغطي إمدادًا مؤقتًا واحدًا مدة 30 يومًا. وإذا كانت الوصفة مكتوبة لأيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرف الأدوية لتوفير إمداد يصل إلى 30 يومًا إجمالاً.

D2. طلب إمداد مؤقت

لطلب إمداد مؤقت من دواء ما، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

عند حصولك على إمداد مؤقت من الدواء، تحدث مع مقدم الرعاية الخاص بك في أقرب وقت ممكن لتقرر ما يتعين فعله عند نفاد إمدادك المؤقت. وإليك اختياراتك:

- التغيير إلى دواء آخر.

قد تغطي خطتنا دواءً مختلفًا يناسبك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لطلب قائمة الأدوية التي نغطيها وتعالج الحالة الطبية نفسها. ويمكن أن تساعد القائمة المقدم الذي تتعامل معه على إيجاد دواء خاضع للتغطية قد يناسبك.

أو

- اطلب استثناء.

يمكنك أنت والمقدم الخاص بك مطالبتنا بإجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطالبنا بتغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو تطالبنا بتغطية الدواء من دون حدود. وفي حال أوضح المقدم الخاص بك أن لديك سببًا طبيًا وجيهًا من أجل طلب استثناء ما، فيمكنه مساعدتك على طلبه.

لمزيد من المعلومات عن طلب استثناء، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب استثناء، فتواصل مع قسم خدمات الأعضاء.

E. تغييرات التغطية لأدويتك

تحدث أغلب التغييرات في تغطية الأدوية في 1 يناير، لكن قد نضيف أدوية إلى *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو نزيلها خلال العام. وقد نغير أيضًا قواعدنا المتعلقة بالأدوية. على سبيل المثال، قد:

- نقرر أن نطلب تفويضًا سابقًا (PA) على دواء (إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على دواء) أو نلغي طلب ذلك.
- نضيف إلى كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها أو نغيرها (حدود الكمية).
- نضيف قيودًا على العلاج التدريجي لدواء ما أو نغيرها (يجب عليك تجربة دواء ما قبل أن نغطي دواءً آخر).
- استبدال إصدار بديل حيوي قابل للتبادل من المنتج البيولوجي بالمنتج البيولوجي الأصلي.

يتعين علينا اتباع متطلبات Medicare قبل تغيير *قائمة الأدوية* الخاصة بخطتنا. لمزيد من المعلومات عن هذه القواعد الخاصة بالأدوية، راجع **القسم C**.

إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا لتغطيتنا في **بداية** السنة، فلن نقوم بإزالة هذا الدواء من القائمة أو تغيير تغطيته **خلال الفترة المتبقية من السنة** عمومًا ما لم:

- يظهر دواء جديد أقل تكلفة في الأسواق يعمل بفعالية مماثلة لدواء مدرج ضمن *قائمة الأدوية* الخاصة بنا حاليًا، **أو**
- يرد إلى علمنا أن الدواء ليس آمنًا، **أو**
- يتم رفع دواء من السوق.

ماذا يحدث إذا تغيرت تغطية دواء تتناوله؟

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

- التحقق من *قائمة الأدوية* الحالية لدينا عبر الإنترنت على go.wellcare.com/druglist-6 **أو**
- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة للتحقق من *قائمة الأدوية* الحالية الخاصة بنا.

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

ستحدث بعض التغييرات على *قائمة الأدوية* الخاصة بنا على الفور. على سبيل المثال:

توفر دواء مكافئ جديد. في بعض الأحيان، يُطرح دواء مكافئ جديد أو بديل حيوي في الأسواق له الفعالية نفسها التي لدواء يحمل اسم علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي موجود في *قائمة الأدوية* في الوقت الحالي. وعندما يحدث ذلك، قد نرفع الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية ونضيف الدواء المكافئ الجديد، لكن تكلفة دوائك الجديد ستظل كما هي أو ستنخفض. وعندما نضيف الدواء المكافئ الجديد، قد نقرر أيضًا الاحتفاظ بالدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية في القائمة، لكن مع تغيير القواعد أو القيود المتعلقة بالتغطية الخاصة به.

- قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، لكننا سنرسل إليك معلومات عن التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد إجرائه.
- يمكنك أنت أو المقدم الخاص بك طلب "استثناء" من هذه التغييرات. وسنرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* هذا للحصول على مزيد من المعلومات عن الاستثناءات.

إزالة الأدوية غير الآمنة والأدوية الأخرى المسحوبة من السوق. قد يتبين أن الدواء غير آمن في بعض الأحيان أو يُسحب من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك، فقد نرفعه على الفور من *قائمة الأدوية* الخاصة بنا. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير. يرجى التحدث إلى الآمر بالوصفة لمساعدتك على تحديد ما إذا كان هناك دواء مماثل في *قائمة الأدوية* يمكنك تناوله بدلاً من ذلك.

قد نُجري تغييرات أخرى تؤثر في الأدوية التي تتناولها. وسنخبرك مقدمًا بهذه التغييرات الأخرى التي تُجرى على *قائمة الأدوية* الخاصة بنا. وقد يتم إجراء هذه التغييرات إذا:

- قدمت FDA توجيهات جديدة أو توفرت توجيهات سريرية جديدة عن أحد الأدوية.

عندما تحدث هذه التغييرات، فإننا:

- نخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير على *قائمة الأدوية* **أو**
- نقوم بإعلامك ونمنحك إمدادًا من الدواء لمدة 30 يومًا بعد طلبك إعادة صرف الوصفة.

سيمنحك ذلك وقتًا للتحدث إلى طبيبك أو الآمر بالوصفة الآخر. إذ يمكنه أن يساعدك على أن تقرر:

- ما إذا كان يمكنك تناول دواء مشابه له موجود في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا بدلاً منه **أو**
- ما إذا كان ينبغي أن تطلب استثناء من هذه التغييرات لمتابعة تغطية الدواء أو إصدار الدواء الذي كنت تتناوله. لمزيد من المعلومات عن طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

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

قد نجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لم يتم وصفها أعلاه ولا تؤثر فيك حاليًا. وبالنسبة إلى هذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا لتغطيتنا في **بداية** السنة، فلن نقوم بإزالة هذا الدواء من القائمة أو تغيير تغطيته عمومًا **خلال الفترة المتبقية من السنة**.

على سبيل المثال، إذا قمنا بإزالة دواء تتناوله أو زيادة المبلغ الذي تدفعه مقابله أو وضع قيود على استخدامه، فلن يؤثر التغيير في استخدامك للدواء أو ما تدفعه مقابل الدواء لبقية السنة.

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

لن نخبرك عن هذه الأنواع من التغييرات مباشرةً خلال العام الحالي. ستحتاج إلى التحقق من *قائمة الأدوية* لعام الخطة القادم (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوح) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات ستؤثر فيك خلال عام الخطة القادم.

F. تغطية الدواء في الحالات الخاصة

F1. في مستشفى أو مرفق تمريض متخصص لإقامة خاضعة لتغطية خطتنا

في حال دخولك مستشفى أو مرفق تمريض متخصصًا لإقامة خاضعة لتغطية خطتنا، فإننا نغطي بوجه عام تكلفة الأدوية في أثناء إقامتك. ولن تدفع تسديدًا مشتركًا. وبعد مغادرة المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص، فإننا نغطي أدويتك ما دامت الأدوية تستوفي جميع قواعد التغطية لدينا.

لمعرفة المزيد عن تغطية الدواء وما تدفعه، راجع **الفصل 6** من كتيب *الأعضاء*.

F2. في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد

يحتوي المرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، مثل مرفق التمريض، عادةً على صيدلية خاصة به أو صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين فيه. وإذا كنت تقييم في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، فقد تحصل على أدويتك من خلال صيدلية المرفق إذا كانت جزءًا من شبكتنا.

راجع *دليل المقدمين والصيدليات* لمعرفة ما إذا كانت صيدلية المرفق الذي يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد الخاص بك جزءًا من شبكتنا. وفي حال لم تكن كذلك أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فتوصل مع قسم خدمات الأعضاء.

F3. في برنامج مأوى معتمد من Medicare لرعاية المحتضرين

لا تتم تغطية الأدوية من قِبل كل من مأوى رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت نفسه.

- قد يتم تسجيلك في مأوى لرعاية المحتضرين من Medicare وتحتاج إلى أدوية معينة (على سبيل المثال مسكنات الألم أو الأدوية المضادة للغثيان أو مُلينات الأمعاء أو الأدوية المضادة للقلق) لا يغطيها مأوى رعاية المحتضرين لأنها لا علاقة لها بتشخيصك وحالتك الصحية النهائية. وفي هذه الحالة، يجب 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.
- لمنع التأخير في الحصول على أي أدوية غير ذات صلة يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم مأوى رعاية المحتضرين أو الآمر بالوصفة التأكد من أن لدينا إخطارًا بأن الدواء غير ذي صلة قبل أن تطلب من الصيدلية صرف وصفتك.

إذا غادرت مأوى رعاية المحتضرين، فإن خطتنا تغطي جميع أدويتك. ولمنع أي تأخير في الصيدلية عندما تنتهي مزايا مأوى رعاية المحتضرين من Medicare، اصطحب الوثائق معك إلى الصيدلية للتأكيد على مغادرتك المستشفى.

راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي توضح الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجع **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء* لمزيد من المعلومات عن مزايا مأوى رعاية المحتضرين.

G. البرامج المتعلقة بسلامة الدواء وإدارة الأدوية

G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بشكل آمن

كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة ما، ننظر في المشكلات المحتملة، مثل الأخطاء المتعلقة بالأدوية أو الأدوية التي:

- قد لا تكون ثمة حاجة إليها لأنك تتناول دواءً آخر مشابهًا له الفعالية نفسها
- قد لا تكون آمنة بالنسبة إلى عمرك أو جنسك
- قد تؤذيك إذا كنت تتناولها في الوقت نفسه
- تتكون من مكونات لديك حساسية تجاهها أو قد تكون لديك حساسية تجاهها
- قد يكون هناك خطأ في الكمية (الجرعة)
- تحتوي على كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا وجدنا مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية، فإننا نتعاون مع المقدم الخاص بك لعلاج المشكلة.

G2. برامج تساعدك على إدارة أدويتك

تتضمن خطتنا برنامج لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. وفي هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات دون تحمل أي تكلفة من خلال برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM). هذا البرنامج تطوعي ومجاني. ويساعدك هذا البرنامج أنت والمقدم الخاص بك على التأكد من أن أدويتك تعمل على تحسين صحتك. وفي حال كنت مؤهلاً للبرنامج، سيقدم لك الصيدلي أو اختصاصي صحة آخر مراجعة شاملة لجميع أدويتك وسيتحدث معك عن:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها
- أي مخاوف لديك، مثل تكاليف الدواء والتفاعلات الدوائية
- أفضل طريقة لتناول أدويتك
- أي أسئلة أو مشكلات لديك في ما يتعلق بوصفتك والأدوية من دون وصفات

ثم سيعطيك:

- ملخصًا مكتوبًا لهذه المناقشة. وسيحتوي الملخص على خطة عمل الدواء التي توصي بما يمكنك فعله لضمان أفضل استخدام لأدويتك.
- قائمة الأدوية الشخصية التي تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها والجرعات ووقت تتناولها وسبب تناولك إياها.
- معلومات عن التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تُعَد مواد خاضعة للرقابة.

من الجيد التحدث إلى الآمر بالوصفة عن خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.

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

برامج MTM طوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. وإذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فإننا سنسجلك في البرنامج ونرسل إليك المعلومات. وفي حال كنت لا تريد الاستمرار في البرنامج، أبلغنا وسنخرجك منه.

وإذا كانت لديك أسئلة عن هذه البرامج، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية.

G3. 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 أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة آمرين بالوصفة أو صيدليات أو إذا كنت قد تناولت مؤخرًا جرعة زائدة من المواد الأفيونية، فقد نقوم باستشارة الآمرين بالوصفة للتأكد 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 تتضمن القيود:

- الحصول على جميع الوصفات الطبية للأدوية لتلك الأدوية 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. وسيوضح لك الخطاب ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا كان سيُطلب منك الحصول على الوصفات الخاصة بهذه الأدوية من مقدم أو صيدلية محددة فقط.

ستكون لديك فرصة لإبلاغنا بالآمرين بالوصفة أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها وأي معلومات 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، فيمكنك أنت والآمر بالوصفة تقديم استئناف. إذا قمت بالاستئناف، فسنراجع مشكلتك ونتخذ قرارًا جديدًا. وإذا واصلنا رفض أي جزء من استئنافك المتعلق بالقيود المنطبقة على وصولك إلى هذه الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى مؤسسة مراجعة مستقلة (IRO). (لمعرفة المزيد عن طلبات الاستئناف وIRO، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.)

قد لا ينطبق DMP عليك إذا:

- كنت مصابًا بحالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض الخلايا المنجلية،
- كنت تتلقى الرعاية في مأوى رعاية المحتضرين أو الرعاية المُلطفة أو رعاية نهاية الحياة، **أو**
- كنت تقيم في مرفق يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد.

الفصل 6: المقابل الذي تدفعه للأدوية من Medicare وMedi-Cal

المقدمة

يوضح هذا الفصل ما تدفعه مقابل الأدوية لمرضى العيادات الخارجية. وعندما نذكر كلمة "الأدوية"، فإننا نعني:

- أدوية Medicare Part D، و
- الأدوية والعناصر الخاضعة لتغطية Medi-Cal Rx، و
- الأدوية والعناصر الخاضعة لتغطية خطتنا كمزايا إضافية.

نظرًا إلى أنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فستحصل على المساعدة الإضافية من Medicare للمساعدة على الدفع مقابل الحصول على أدويتك بموجب Medicare Part D. لقد أرسلنا إليك ملحقًا منفصلاً، يُسمى *"ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون المساعدة الإضافية للدفع مقابل الأدوية الموصوفة"* (يُعرف أيضًا باسم "ملحق إعانة الدخل المنخفض" أو "ملحق LIS")، ويخبرك هذا الملحق بمعلومات عن تغطية الأدوية الخاصة بك. وإذا لم يكن لديك هذا الملحق، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء والمطالبة "بملحق LIS".

> **المساعدة الإضافية** هي برنامج من Medicare يساعد الأشخاص محدودي الدخل والموارد على تقليل تكاليف أدوية Medicare Part D، مثل الأقساط والمبالغ القابلة للاستقطاع ودفعات التسديد المشترك. وتُعرف المساعدة الإضافية أيضًا باسم "إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS".

ترد المصطلحات الرئيسية الأخرى وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

لمعرفة مزيد من المعلومات عن الأدوية، يمكنك البحث في هذه الأماكن:

- *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* الخاصة بنا.
  - تُطلِق عليها اسم *"قائمة الأدوية"*. يعرض لك:
    - الأدوية التي ندفع ثمنها
    - أي مستوى من المستويات الستة يندرج كل دواء ضمنه
    - ما إذا كانت ثمة أي قيود على الأدوية
  - إذا كنت بحاجة إلى نسخة من *قائمة الأدوية* الخاصة بنا، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. ويمكنك أيضًا الاطلاع على أحدث نسخة من *قائمة الأدوية* الخاصة بنا على موقعنا الإلكتروني go.wellcare.com/druglist-6.

- تكون أغلب الأدوية التي تتلقاها من إحدى الصيدليات خاضعة للتغطية من قِبل Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). وقد تشمل تغطية Medi-Cal Rx بعض الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية من دون وصفات (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) للحصول على مزيد من المعلومات. ويمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) الخاصة ببرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات من خلال Medi-Cal Rx.

- **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء*.
  - يطلعك على كيفية الحصول على الأدوية لمرضى العيادات الخارجية من خلال خطتنا.
  - يتضمن القواعد التي يجب عليك اتباعها. ويطلعك كذلك على أنواع الأدوية التي لا تغطيها خطتنا.
  - عند استخدام "Real Time Benefit Tool" (أداة المزايا في الوقت الحقيقي) الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية الأدوية (راجع **الفصل 5**، **القسم B2**)، فإن التكلفة المعروضة هي تقدير للتكاليف التي من المتوقع أن يتحملها المريض. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- *دليل المقدمين والصيدليات* الخاص بنا.
  - في معظم الحالات، يجب عليك التعامل مع إحدى صيدليات الشبكة للحصول على الأدوية الخاضعة للتغطية. وصيدليات الشبكة هي الصيدليات التي توافق على العمل معنا.
  - يسرد *دليل المقدمين والصيدليات* صيدليات شبكتنا. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات عن صيدليات الشبكة.

جدول المحتويات

A. توضيح المزايا (EOB) 155
B. كيفية تتبع تكاليف أدويتك 156
B1. ماذا لو وجدت أخطاءً في هذا الملخص؟ 157
B2. ماذا عن الاحتيال المحتمل؟ 157
C. مراحل دفع تكلفة الدواء لأدوية Medicare Part D 158
D. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية 158

D1. اختياراتك من الصيدليات..... 159
D2. الحصول على إمداد طويل الأمد من الدواء..... 159
D3. ما تدفعه..... 159
D4. نهاية مرحلة التغطية الأولية..... 161
E. المرحلة 2: مرحلة التغطية الكارثية..... 161
F. تكاليف دوائك إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من الكمية اللازمة لشهر كامل..... 161
G. ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D..... 162
G1. ما تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على اللقاح..... 162
G2. ما تدفعه مقابل لقاح خاضع لتغطية Medicare Part D..... 162

A. *توضيح المزايا* (EOB)

تتبع خطتنا تكاليف الأدوية والدفعات التي تسددها عندما تحصل على الوصفات الطبية من الصيدلية. ونتتبع نوعين من التكاليف:

- **التكلفة التي يتحملها المريض**. هذا هو مقدار المال الذي تدفعه أنت -أو يدفعه غيرك نيابةً عنك- مقابل الوصفات. وهذا يشمل ما دفعته عند الحصول على أحد أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية، أو أي مدفوعات لأدويتك قام أفراد الأسرة أو الأصدقاء بتسديدها، أو أي 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 برامج المساعدة على علاج AIDS، أو الجمعيات الخيرية، أو معظم برامج المساعدة الصيدلانية التابعة للدولة (SPAP).
- **إجمالي تكاليف الأدوية** الخاصة بك. هذا هو إجمالي كل الدفعات التي تم إجراؤها لأدوية الجزء D الخاصة بك والخاضعة للتغطية. ويشمل مقدار ما دفعته خطتنا، ومقدار ما دفعته البرامج أو المنظمات الأخرى مقابل أدوية الجزء D الخاصة بك الخاضعة للتغطية.

عندما تحصل على الأدوية من خلال خطتنا، نرسل إليك ملخصًا يُسمى *توضيح المزايا (EOB)*. ونُطلق عليه EOB اختصارًا. وEOB ليس فاتورة. ويحتوي EOB على مزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها، مثل زيادات الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة بمشاركة تكلفة أقل. يمكنك استشارة الآمر بالوصفة الخاص بك بخصوص هذه الخيارات الأقل في التكلفة. يتضمن EOB:

- **معلومات عن الشهر**. يخبرك هذا الملخص بالأدوية التي حصلت عليها خلال الشهر السابق. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، وما دفعته أنت وما دفعه الآخرون نيابةً عنك.
- **التكاليف الإجمالية للسنة منذ 1 يناير**. يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات للأدوية منذ بداية العام.
- **معلومات عن أسعار الأدوية**. يشمل ذلك السعر الإجمالي للدواء والتغيرات في سعر الدواء منذ أول صرف لكل وصفة طبية مطلوبة بالكمية نفسها.

- **بدائل أقل تكلفة**. معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة مع مشاركة تكلفة أقل لكل وصفة طبية، عند الاقتضاء.

نقدم تغطية للأدوية التي لا يغطيها Medicare.

- لا يتم احتساب المدفوعات لهذه الأدوية من إجمالي التكاليف التي يتحملها المريض.
- تخضع أغلب الأدوية التي تتلقاها من الصيدلية لتغطية الخطة. وقد تشمل تغطية Medi-Cal Rx بعض الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية من دون وصفات (OTC) وبعض الفيتامينات. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov) للحصول على مزيد من المعلومات. ويمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) الخاصة ببرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات من خلال Medi-Cal Rx.
- لمعرفة الأدوية التي تغطيها خطتنا، راجع *قائمة الأدوية* الخاصة بنا.

B. كيفية تتبع تكاليف أدويتك

لتتبع تكاليف أدويتك ومدفوعاتك، نستخدم السجلات التي نحصل عليها منك ومن الصيدلية التي تتعامل معها. إليك الطريقة التي يمكنك بها مساعدتنا:

1. استخدم بطاقة ID العضوية الخاصة بك.

أظهر بطاقة ID العضوية الخاصة بك في كل مرة تصرف فيها وصفة. سيساعدنا هذا على معرفة الوصفات التي تصرفها وما تدفعه.

2. تأكد من منحنا المعلومات التي نحتاج إليها.

ويمكنك مطالبتنا برد حصتنا من تكلفة الدواء. أرسل طلب الدفع عبر البريد مع أي فواتير أو إيصالات على هذا العنوان:

عنوان مطالبات الصيدلية:
Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

في ما يأتي الأمثلة التي ينبغي فيها أن تقدم إلينا نسخًا من إيصالاتك:

- عند شراء دواء خاضع للتغطية من صيدلية الشبكة بسعر خاص أو استخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا.
- عندما تدفع تسديدًا مشتركًا للأدوية التي تحصل عليها في إطار برنامج مساعدة المرضى الخاص بشركة تصنيع أدوية.
- عند شراء الأدوية الخاضعة للتغطية من صيدلية خارج الشبكة.
- عندما تدفع السعر الكامل لدواء خاضع للتغطية في ظل ظروف خاصة.

لمزيد من المعلومات عن مطالبتنا برد حصتنا من تكلفة الدواء إليك، راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.

3. أرسل إلينا المعلومات المتعلقة بالمدفوعات التي قام الآخرون نيابةً عنك.

تُحتسب المدفوعات التي يقدمها بعض الأشخاص والمؤسسات الأخرى أيضًا ضمن التكاليف التي يتحملها المريض. على سبيل المثال، تحسب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للدولة، وهو أحد برامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP)، والخدمة الصحية الهندية ومعظم الجمعيات الخيرية ضمن التكاليف التي تتحملها. يمكن أن يساعدك ذلك على التأهل للحصول على التغطية الكارثية. عندما تصل إلى مرحلة التغطية الكارثية، فإن خطتنا تدفع جميع تكاليف أدوية Medicare Part D الخاصة بك لبقية العام.

4. تحقق من تقارير EOB التي نرسلها إليك.

عندما تحصل على EOB في البريد، تأكد من أنه كامل وصحيح.

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

B1. ماذا لو وجدت أخطاءً في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء غير واضح أو لا يبدو صحيحًا في EOB هذا، فيرجى الاتصال بنا من خلال قسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).

B2. ماذا عن الاحتيال المحتمل؟

إذا أظهر هذا الملخص أدوية لا تتناولها أو أي شيء آخر يبدو مثيرًا للشك بالنسبة إليك، فيرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا في قسم خدمات الأعضاء التابع لخطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
- أو اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا.
- إذا كنت تشك في أن أحد مقدمي الرعاية التابعين لـ Medi-Cal قد ارتكب عملية احتيال أو إهدار أو إساءة استخدام، فمن حقك الإبلاغ بذلك عن طريق الاتصال بالرقم المجاني السري 1- 800-822-6222. يمكن العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن الاحتيال في Medi-Cal على: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.

إذا كنت تعتقد أن شيئًا ما غير صحيح أو مفقود، أو إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. **بدلاً من تلقي ورقة توضيح المزايا الخاص بالجزء D (EOB الخاص بالجزء D) عبر البريد، لديك الآن خيار تلقي نسخة إلكترونية.** يُمكنك طلب ذلك من خلال زيارة express-scripts.com/rx. إذا اخترت الاشتراك، فستتلقى رسالة بريد إلكتروني عندما يكون EOB 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. تقارير EOB الخاص بالجزء D غير الورقية نُسخ دقيقة (صور) من تقارير EOB الخاص بالجزء D المطبوعة. واحتفظ بتقارير EOB هذه. فهي سجل مهم لنفقات أدويتك.

C. مراحل دفع تكلفة الدواء لأدوية Medicare Part D

هناك مرحلتان للدفع ضمن تغطية الأدوية بموجب Medicare Part D في إطار خطتنا. ويتوقف مقدار ما تدفعه لكل وصفة طبية على مستوى المساعدة الإضافية التي تحصل عليها والمرحلة التي تكون فيها عند صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها.
هاتان هما المرحلتان:

المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2: مرحلة التغطية الكارثية
في أثناء هذه المرحلة، ندفع جزءًا من التكاليف الخاصة بأدويتك، بينما تدفع أنت حصتك. يُطلق على مشاركتك اسم التسديد المشترك. تبدأ في هذه المرحلة عند صرف أول وصفة طبية لك خلال العام.	في أثناء هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويتك حتى 31 ديسمبر 2027. تبدأ هذه المرحلة بعد أن تدفع مبلغًا معينًا من التكاليف التي يتحملها المريض.

D. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية

في أثناء مرحلة التغطية الأولية، ندفع حصة من تكلفة أدويتك الخاضعة للتغطية، بينما تدفع أنت حصتك. يُطلق على مشاركتك اسم التسديد المشترك. يعتمد التسديد المشترك على مستوى مشاركة التكلفة الذي يندرج ضمنه الدواء والمكان الذي تحصل عليه منه.

مستويات مشاركة التكلفة هي مجموعات من الأدوية بقيمة التسديد المشترك نفسها. يصنف كل دواء في *قائمة أدوية* خطتنا ضمن واحد من مستويات مشاركة التكلفة الستة. بشكل عام، كلما كان رقم المستوى أعلى، كان مبلغ التسديد المشترك أعلى. للعثور على مستويات مشاركة التكلفة لأدويتك، راجع *قائمة الأدوية* الخاصة بنا.

- 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.
- يشمل المستوى 6 (أدوية الرعاية المختارة) أدوية مكافئة و/أو أدوية تحمل اسم علامة تجارية مختارة تُستخدم لعلاج حالات معينة.

D1. اختياراتك من الصيدليات

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

- صيدلية شبكة للبيع بالتجزئة، **أو**
- صيدلية شبكة للبيع بالتجزئة تقدم مشاركة التكلفة المفضلة. قد تكون التكاليف أقل في الصيدليات التي توفر مشاركة التكلفة المفضلة.
- صيدلية خارج الشبكة. في حالات محدودة، سنغطي الوصفات المصروفة من صيدليات خارج الشبكة. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة متى نقوم بذلك.
- صيدلية الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا.

لمعرفة المزيد حول هذه الخيارات، راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء ودليل المقدمين والصيدليات* الخاص بنا.

D2. الحصول على إمداد طويل الأمد من الدواء

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد (ويُسمى أيضًا "الإمداد الموسّع") عند صرفك الوصفة. والإمداد طويل الأمد هو الإمداد لمدة 100 يومٍ. يكلفك تكلفة إمداد شهر واحد نفسها.

للحصول على تفاصيل تتعلق بمكان الحصول على إمداد طويل الأمد من أحد الأدوية وطريقة الحصول عليه، راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* أو *دليل المقدمين والصيدليات* لخطتنا.

D3. ما تدفعه

خلال مرحلة التغطية الأولية، يمكنك دفع مبلغ تسديد مشترك في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. إذا كانت تكاليف الأدوية الخاضعة للتغطية أقل من قيمة التسديد المشترك، فستدفع السعر الأقل.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة مدى تأثير التسديد المشترك في أي دواء خاضع للتغطية.

حصتك من التكلفة عند الحصول على إمداد لشهر واحد أو إمداد طويل الأمد من دواء خاضع للتغطية من:

	صيدلية شبكة قياسية أو مفضلة **إمداد لمدة شهر واحد أو إمداد يصل إلى 30 يومًا**	**صيدلية شبكة تقدم خدمة رعاية طويلة الأمد** **إمداد يصل إلى 31 يومًا**	**صيدلية خارج الشبكة** **إمداد يصل إلى 30 يومًا.** **تقتصر التغطية على حالات معينة.** **راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على التفاصيل.**	**خدمة الطلب عبر البريد القياسية أو المفضلة الخاصة بخطتنا** **إمداد لمدة شهر واحد أو إمداد يصل إلى 34 يومًا.**
مستوى مشاركة التكلفة 1 (الأدوية المكافئة) **مستوى مشاركة التكلفة 2** (الأدوية المفضلة التي تحمل اسم علامة تجارية) **مستوى مشاركة التكلفة 3** (الأدوية غير المفضلة) **مستوى مشاركة التكلفة 4** (الأدوية القابلة للحقن) **مستوى مشاركة التكلفة 5** (المستوى الخاص) يقتصر على إمدادات تكفي لمدة 30 يومًا لكل تعبئة.	**بالنسبة إلى مستويات مشاركة التكلفة من 1 إلى 5:** يمكن أن تختلف قيمة التسديد المشترك مقابل الإمداد لمدة شهر واحد لكل الأدوية حسب مستوى المساعدة الإضافية لديك: <u>بالنسبة إلى الأدوية المكافئة (بما في ذلك الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية والتي يتم التعامل معها على أنها أدوية مكافئة)، تدفع:</u> • تسديدًا مشتركًا بقيمة $0 أو • تسديدًا مشتركًا بقيمة $1.65 أو • تسديدًا مشتركًا بقيمة $5.80 مقابل إمداد شهر واحد <u>بالنسبة إلى كل الأدوية الأخرى الخاضعة للتغطية، تدفع:</u> • تسديدًا مشتركًا بقيمة $0 أو • تسديدًا مشتركًا بقيمة $5 أو • تسديدًا مشتركًا بقيمة $14.40 مقابل إمداد شهر واحد المساعدة الإضافية برنامج يساعد على تغطية تكلفة أدويتك. لقد أرسلنا إليك مادة منفصلة، تسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الحاصلين على المساعدة الإضافية في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة، والتي تخبرك بتكاليف الدواء الخاص بك. إذا كنت تحصل على المساعدة الإضافية ولم تحصل على هذه المادة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الموضح في أسفل الصفحة واطلب ملحق LIS.			**بالنسبة إلى كل مستويات مشاركة التكلفة:** الطلب عبر البريد غير متاح للإمداد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل) للأدوية في كل المستويات.
مستوى مشاركة التكلفة 6 (أدوية الرعاية المختارة)	التسديد المشترك لمبلغ $0	التسديد المشترك لمبلغ $0	التسديد المشترك لمبلغ $0	الطلب عبر البريد غير متاح للإمداد لمدة شهر واحد (34 يومًا أو أقل)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

للحصول على معلومات عن الصيدليات التي يمكن أن توفر لك إمدادًا طويل الأمد، راجع *دليل المقدمين والصيدليات* الخاص بنا.

D4. نهاية مرحلة التغطية الأولية

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف التي يتحملها المريض إلى 2,400$. وحينها، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. نغطي كل تكاليف أدويتك من تلك اللحظة وحتى نهاية العام.

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

يساعدك EOB الخاص بك على تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل أدويتك خلال العام. سنبلغك في حال وصولك إلى الحد الأقصى البالغ 2,400$. كثير من الناس لا يصلون إلى هذا المبلغ في عام واحد.

E. المرحلة 2: مرحلة التغطية الكارثية

عندما تصل إلى الحد الأقصى البالغ 2,400$ للتكاليف التي تتحملها مقابل أدويتك، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. أنت تظل في مرحلة التغطية الكارثية حتى نهاية العام التقويمي. في هذه المرحلة، لا تدفع شيئًا مقابل أدوية الجزء D الخاضعة للتغطية.

F. تكاليف دوائك إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من الكمية اللازمة لشهر كامل

عادة، تدفع تسديدًا مشتركًا لتغطية إمداد شهر كامل من الدواء الخاضع للتغطية. ومع ذلك، قد يصف لك طبيبك أدويةً أقل من شهر.

- قد تكون هناك أوقات تريد فيها أن تسأل طبيبك عن وصف كمية من الدواء تقل عن إمداد شهر كامل (على سبيل المثال، عندما تجرب دواءً لأول مرة).
- إذا وافق طبيبك، فلن تدفع ثمن إمدادات شهر كامل من بعض الأدوية.

عندما تحصل على إمداد من الدواء أقل من شهر واحد، فإن المبلغ الذي تدفعه يعتمد على عدد أيام الدواء الذي تحصل عليه. نحسب المبلغ الذي تدفعه يوميًا مقابل الدواء ("المعدل اليومي لمشاركة التكلفة") ونضربه في عدد أيام الدواء التي تحصل عليها.

- إليك مثالاً: لنفترض أن مبلغ التسديد المشترك الذي تدفعه مقابل إمداد دوائك لشهر كامل (الإمداد لمدة 30 يومًا) 1.65$. هذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه مقابل دوائك أقل من 0.06$ يوميًا. إذا حصلت على دواء يكفي لمدة سبعة أيام، فإن المبلغ الذي تدفعه أقل من 0.06$ يوميًا مضروبًا في سبعة أيام، ليصبح إجمالي المبلغ أقل من 0.39$.
- تتيح لك مشاركة التكلفة اليومية التأكد من أن الدواء يناسبك قبل أن تدفع ثمن إمدادات شهر كامل.
- يمكنك أيضًا أن تطلب من المقدم الذي تتعامل معه وصف كمية من الدواء تقل عن إمداد شهر كامل لمساعدتك على:
  - التخطيط بشكل أفضل لمواعيد إعادة صرف أدويتك
  - نسّق عمليات إعادة صرف الأدوية الأخرى للتقليل من زياراتك للصيدلية

G. ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات: تُعد بعض اللقاحات مزايا طبية ويغطيها Medicare Part B واللقاحات الأخرى أدوية يغطيها Medicare Part D. يمكنك العثور على هذه اللقاحات مدرجة في *قائمة الأدوية*الخاصة بنا. تغطي خطتنا معظم لقاحات Medicare Part D للبالغين من دون أن تتحمل أي تكلفة. راجع *قائمة الأدوية* الخاصة بخطتنا أو تواصل مع قسم خدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل التغطية ومشاركة التكلفة في ما يتعلق بلقاحات محددة.

ثمة جزآن في تغطيتنا للقاحات Medicare Part D:

1. الجزء الأول يتعلق بتكلفة **اللقاح نفسه**.
2. الجزء الثاني يتعلق بتكلفة **إعطائك اللقاح**. على سبيل المثال، في بعض الأحيان قد تحصل على اللقاح في شكل حقنة يعطيها لك الطبيب.

G1. ما تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على اللقاح

نوصي بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت تخطط للحصول على لقاح.

- يمكننا إخبارك عن كيفية تغطية خطتنا للقاح وشرح حصتك من التكلفة.

G2. ما تدفعه مقابل لقاح خاضع لتغطية Medicare Part D

يعتمد ما تدفعه مقابل اللقاح على نوع اللقاح (الغرض الذي يتم تلقيحك من أجله).

- تُعد بعض اللقاحات مزايا صحية وليست أدوية. هذه اللقاحات خاضعة للتغطية من دون أي تكلفة عليك. لمعرفة المزيد حول تغطية هذه اللقاحات، راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.
- وتُعَد اللقاحات الأخرى من أدوية Medicare Part D. يمكنك العثور على هذه اللقاحات في *قائمة الأدوية* في خطتنا. قد يتعين عليك دفع تسديد مشترك مقابل لقاحات Medicare Part D. إذا أوصت مؤسسة تسمى **اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP)** باللقاح للبالغين، فلن تتحمل أي تكلفة مقابله.

فيما يلي ثلاث طرق شائعة يمكنك من خلالها الحصول على لقاح Medicare Part D.

1. تحصل على لقاح Medicare Part D وجرعتك من إحدى صيدليات الشبكة.
   - بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D للبالغين، لن تتحمل أي تكلفة.
   - بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، تدفع تسديدًا مشتركًا مقابل اللقاح.

2. تحصل على لقاح Medicare Part D في عيادة طبيبك، ويعطيك طبيبك اللقاح.
   - تدفع مبلغ تسديد مشترك للطبيب مقابل اللقاح.
   - تغطي خطتنا تكلفة إعطائك اللقاح.
   - يجب على عيادة الطبيب الاتصال بخطتنا في هذه الحالة للتأكد من أنك ستدفع فقط مبلغ تسديد مشترك مقابل اللقاح.
3. يمكنك الحصول على لقاح Medicare Part D من الصيدلية، ثم تأخذه إلى عيادة طبيبك لتلقي اللقاح.
   - بالنسبة إلى معظم لقاحات الجزء D الخاصة بالبالغين، لن تدفع أي شيء مقابل اللقاح نفسه.
   - بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، تدفع تسديدًا مشتركًا مقابل اللقاح.
   - تغطي خطتنا تكلفة إعطائك اللقاح.

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

المقدمة

يوضح لك هذا الفصل الكيفية التي يمكنك بها إرسال فاتورة إلينا لطلب الدفع والوقت الذي يمكنك فيه القيام بذلك. كما يوضح لك كيفية تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على قرار التغطية. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بالدفع مقابل خدماتك أو أدويتك 165

B. إرسال طلب دفع إلينا 168

C. القرارات بشأن التغطية 169

D. الاستئنافات 169

A. مطالبتنا بالدفع مقابل خدماتك أو أدويتك

ويتعين على مقدمي الشبكة لدينا إرسال فاتورة الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية إلى الخطة بعد حصولك عليها. مقدم الشبكة هو المقدم الذي يعمل مع الخطة الصحية.

لا نسمح لمقدمي Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) بتحرير فواتير لك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. ندفع إلى مقدمي الرعاية مباشرةً، ونجنّبك دفع أي رسوم.

إذا تلقيت فاتورة بالتكلفة الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفعها وأرسلها إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع **القسم B** من هذا الفصل.

- إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية، فسندفع إلى المقدم مباشرةً.
- إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية ودفعت بالفعل أكثر من حصتك من التكلفة، فمن حقك استرداد المبلغ المدفوع.
  - إذا قمت بالدفع مقابل الخدمات التي يغطيها Medicare، فسوف نقوم برد المبلغ إليك.
- إذا كنت قد دفعت مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض (رد المبلغ) إذا استوفيت جميع الشروط الآتية:
  - أن تكون الخدمة التي تلقيتها هي خدمة خاضعة لتغطية Medi-Cal نتحمل مسؤولية دفع تكاليفها. لن نعوضك عن خدمة لا يغطيها Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
  - أن تكون قد تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية بعد أن أصبحت عضوًا مؤهلاً في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
  - أن تطلب رد المبلغ في غضون عام واحد من تاريخ تلقيك الخدمة الخاضعة للتغطية.
  - أن تقدم دليلاً على أنك قد دفعت مقابل الخدمة الخاضعة للتغطية، مثل إيصال مفصل من المقدم.
  - أن تكون قد تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية من مقدم رعاية مسجل في Medi-Cal في الشبكة التابعة لخطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). ولا تحتاج إلى الوفاء بهذا الشرط إذا كنت قد تلقيت الرعاية في حالات الطوارئ أو تلقيت خدمات تنظيم الأسرة أو خدمة أخرى تسمح Medi-Cal لمقدمي الرعاية خارج الشبكة بأدائها من دون موافقة سابقة (تفويض سابق).
- إذا كانت الخدمة الخاضعة للتغطية تتطلب عادةً موافقة سابقة (تفويضًا سابقًا)، فأنت بحاجة إلى تقديم دليل من المقدم يُظهر الحاجة الطبية إلى الخدمة الخاضعة للتغطية.
- ستخبرك بما إذا كانت Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) ستقوم بتعويضك في خطاب يُسمى إخطار الإجراء أم لا. وإذا كنت تستوفي جميع الشروط المذكورة أعلاه، فينبغي للمقدم المسجل في Medi-Cal أن يرد إليك المبلغ الكامل الذي دفعته. إذا رفض المقدم رد المبلغ إليك، فسترد Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) إليك المبلغ الكامل الذي دفعته. وسنقوم بتعويضك في غضون 45 يوم عمل من استلام المطالبة. إذا كان المقدم مسجلاً في

Medi-Cal، لكنه ليس في شبكتنا ويرفض رد المبلغ إليك، فإن Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) سترد المبلغ إليك، لكن في حدود المبلغ الذي كان سيدفعه نظام FFS من Medi-Cal فقط. سترد Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) المبلغ الكامل الذي تحملته مقابل خدمات الطوارئ أو خدمات تنظيم الأسرة أو أي خدمة أخرى تسمح Medi-Cal لمقدمي الرعاية خارج الشبكة بتوفيرها من دون موافقة سابقة. إذا كنت لا تستوفي أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن نرد المبلغ إليك.

- لن نرد إليك المبلغ المدفوع إذا:
  - طلبت خدمات لا يغطيها Medi-Cal وتلقيتها، مثل الخدمات التجميلية.
  - الخدمة ليست خاضعة لتغطية Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP).
  - ذهبت إلى طبيب لا يقبل Medi-Cal ووقعت على نموذج يفيد بأنك تريد أن يفحصك على أي حال وستدفع ثمن الخدمات بنفسك.
- إذا كنا لا نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنبلغك بذلك.

إذا كانت لديك أسئلة أخرى، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. إذا كنت لا تعرف المبلغ الذي كان يجب عليك دفعه، أو إذا تلقيت فاتورة ولم تعلم ماذا تفعل بها، فيمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت ترغب في إخبارنا بمعلومات عن طلب دفع أرسلته إلينا بالفعل.

تتضمن أمثلة على الأوقات التي قد تحتاج فيها إلى أن تطلب منا رد المبلغ إليك أو دفع فاتورة حصلت عليها:

1. عندما تحصل على رعاية صحية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل من مقدم خارج الشبكة

اطلب من المقدم إرسال الفاتورة إلينا.

- إذا دفعت المبلغ بالكامل عند حصولك على الرعاية، فاطلب منا رد حصتنا من التكلفة. أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته.
- قد تتلقى فاتورة من المقدم تطالبك بسداد مبلغ تعتقد أنك لا تدين به. أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته.
  - إذا كان يجب الدفع إلى المقدم، فسندفع إليه مباشرةً.
  - إذا كنت قد دفعت أكثر من حصتك من تكلفة خدمة Medicare بالفعل، فسنحدد المبلغ المستحق لك وسندفع لك حصتنا من التكلفة.

2. عندما يرسل مقدم الشبكة فاتورة إليك

يجب على مقدمي الشبكة إرسال الفواتير إلينا دائمًا. من المهم إظهار بطاقة ID العضوية عند تلقي أي خدمات أو وصفات؛ ومع ذلك، أحيانًا يرتكب مقدمو الشبكة أخطاء ويطلبون منك الدفع مقابل الخدمات التي تتلقاها أو دفع أكثر من حصتك من التكاليف. **اتصل بقسم خدمات الأعضاء** على الرقم المدرج في أسفل هذه الصفحة **إذا تلقيت أي فواتير.**

- بصفتك عضوًا في الخطة، لن تدفع سوى مبلغ التسديد المشترك عند الحصول على الخدمات التي نغطيها. لا نسمح لمقدمي الرعاية بتحصيل مبلغ يتجاوز هذا المبلغ منك. وينطبق هذا حتى إذا دفعنا إلى المقدم أقل من الرسوم التي يفرضها مقابل الخدمة. حتى إذا قررنا عدم دفع بعض الرسوم، فأنت لا تدفعها.

- عندما تتلقى فاتورة من مقدم الشبكة تعتقد أنها أعلى مما يجب عليك دفعه، أرسلها إلينا. سنتصل بالمقدم مباشرةً ونتولى حل المشكلة.
- إذا دفعت بالفعل فاتورة تلقيتها من أحد مقدمي الشبكة مقابل الخدمات التي يغطيها Medicare، ولكنك تشعر أنك دفعت مبلغًا كبيرًا جدًا، فأرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته. سنرد إليك المبلغ الذي دفعته مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية **أو** الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق لك بموجب خطتنا.

3. إذا تم تسجيلك بأثر رجعي في خطتنا

في بعض الأحيان يمكن أن يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (يعني ذلك أن اليوم الأول من تسجيلك قد مضى. وربما كان في العام الماضي.)

- إذا تم تسجيلك بأثر رجعي ودفعت فاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا رد المبلغ إليك.
- أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته.

4. عند استخدام صيدلية خارج الشبكة لصرف وصفة

إذا تعاملت مع صيدلية خارج الشبكة، فستدفع تكلفة الوصفة بالكامل.

- في حالات معدودة فقط، سنغطي الوصفات المصروفة من صيدليات خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا سداد حصتنا من التكلفة.
- راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة مزيد من المعلومات عن الصيدليات خارج الشبكة.
- 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 تكلفة وصفة ضمن Medicare Part D بالكامل لأن بطاقة تعريف (ID) العضوية الخاصة بك ليست معك

إذا لم تكن بطاقة ID العضوية الخاصة بك معك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات التسجيل في الخطة الخاصة بك.

- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد تضطر إلى دفع تكلفة الوصفة بالكامل بنفسك أو العودة إلى الصيدلية وبحوزتك بطاقة ID العضوية الخاصة بك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا سداد حصتنا من التكلفة.
- 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 تكلفة وصفة ضمن Medicare Part D بالكامل لدواء غير خاضع للتغطية

قد تدفع تكلفة الوصفة بالكامل لأن الدواء غير خاضع للتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا ضمن *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* (*قائمة الأدوية*) على موقعنا الإلكتروني، أو قد يكون له متطلبات أو قيود لا تعلمها أو لا تعتقد أنها تنطبق عليك. وإذا قررت الحصول على الدواء، فقد يلزمك دفع التكلفة بالكامل.

- إذا لم تدفع مقابل الحصول على الدواء ولكن تظن أنه يجب علينا تغطيته، فيمكنك أن تطلب اتخاذ قرار تغطية (راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*).
- إذا اعتقدت أنت أو طبيبك أو آمر بالوصفة آخر أنك بحاجة إلى الدواء على الفور (خلال 24 ساعة)، فيمكنك أن تطلب اتخاذ قرار تغطية سريع (راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*).

- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد المبلغ إليك. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو آمر بالوصفة آخر لرد حصتنا من تكلفة الدواء إليك. قد لا ندفع إليك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تم التفاوض عليه للوصفة.

عندما ترسل إلينا طلب دفع، سنراجع طلبك ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء. وهذا ما يُسمى باتخاذ "قرار بشأن التغطية". وإذا قررنا أنه ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء، فسنتحمل حصتنا من التكلفة.

إذا رفضنا طلب الدفع الذي قدمته، فيمكنك استئناف قرارنا. لمعرفة كيفية تقديم استئناف، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

B. إرسال طلب دفع إلينا

أرسل إلينا الفاتورة وإثباتًا بأي مبلغ دفعته نظير خدمات Medicare. يمكن أن يكون إثبات الدفع نسخة من الشيك الذي كتبته أو إيصالاً من المقدم. **يُفضَّل أن تحتفظ بنسخة من فاتورتك وإيصالاتك في سجلاتك.** يمكنك طلب المساعدة من منسق الرعاية الخاص بك.
يجب عليك إرسال معلوماتك إلينا في غضون 365 يومًا (للمطالبات الطبية ومطالبات الأدوية غير المشمولة بالجزء D) أو ثلاث سنوات (لمطالبات الأدوية المشمولة بالجزء D) من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء.

للتأكد من تقديمك جميع المعلومات التي نحتاج إليها لاتخاذ قرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لطلب الدفع.

- لست ملزمًا باستخدام النموذج، ولكنه سيساعدنا على معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك الحصول على النموذج من خلال موقعنا الإلكتروني (go.wellcare.com/HealthNetCA)، أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب النموذج.

أرسل طلب الدفع عبر البريد مع أي فواتير أو إيصالات على هذا العنوان:

عنوان المطالبات الطبية:
Member Reimbursement Dept
PO Box 10420
Van Nuys, CA 91410-0420

عنوان مطالبات الصيدلية:
Wellcare Medicare Part D Claims
Attn: Member Reimbursement Department
P.O. Box 31577
Tampa, FL 33631-3577

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

C. القرارات بشأن التغطية

عندما نحصل على طلب الدفع الخاص بك، سنتخذ قرار تغطية. وهذا يعني أننا سنقرر ما إذا كانت خطتنا ستغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء. كما سنقرر المبلغ المالي الذي يجب عليك دفعه، إن وُجد.

- سنبلغك إذا أردنا مزيدًا من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا ستغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء، وكنت قد اتبعت كل القواعد الخاصة بالحصول عليه، فسندفع حصتنا من التكلفة. وإذا دفعت بالفعل مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء، فسنرسل شيكًا إليك عبر البريد بحصتنا من التكلفة. إذا دفعت التكلفة الكاملة لدواء، فقد لا يتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على دواء من صيدلية خارج الشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الخاص بنا الذي تم التفاوض عليه). وإذا لم تكن قد دفعت بعد، فسندفع إلى المقدم مباشرةً.

يشرح **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. يشرح **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* قواعد الحصول على الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب Medicare Part D.

- إذا قررنا عدم الدفع حصتنا من التكلفة مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب. يوضح هذا الخطاب أيضًا حقوقك في تقديم استئناف.
- لمزيد من المعلومات عن القرارات بشأن التغطية، راجع **الفصل 9**.

D. الاستئنافات

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً برفضنا طلب الدفع الخاص بك، فيمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا. وهذا ما يُطلق عليه "تقديم استئناف". ويمكنك أيضًا تقديم استئناف في حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.

عملية الاستئنافات الرسمية لها إجراءات ومواعيد نهائية مفصلة. لمعرفة المزيد عن الاستئنافات، راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*.

- لتقديم استئناف بشأن استرداد ما دفعته مقابل الحصول على خدمة رعاية صحية، راجع **القسم F.**
- لتقديم استئناف بشأن استرداد ما دفعته مقابل الحصول على دواء، راجع **القسم G**.

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

المقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في خطتنا. يجب أن نحترم حقوقك. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تناسب احتياجاتك 171
B. مسؤوليتنا عن حصولك على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب 182
C. مسؤوليتنا عن حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) 182
C1. الطريقة التي نحمي بها PHI الخاصة بك 183
C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية 183
D. مسؤوليتنا عن تقديم معلومات إليك 184
E. عدم قدرة مقدمي الشبكة على إرسال الفواتير إليك مباشرة 185
F. حقك في مغادرة خطتنا 185
G. حقك في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية 186
G1. حقك في معرفة خيارات علاجك واتخاذ القرارات 186
G2. حقك في قول ما تريده أن يحدث إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك 186
G3. ماذا تفعل إذا لم يتم اتباع التعليمات الخاصة بك 187
H. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا 187
H1. ما يجب فعله حيال المعاملة المجحفة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك 188
I. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة 188
J. لديك الحق في تقديم توصيات بخصوص سياسة حقوق الأعضاء ومسؤولياتهم 190
K. تقييم التقنيات الجديدة 190

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تناسب احتياجاتك

We must ensure **all** services, both clinical and non-clinical, are provided to you in a culturally competent and accessible manner including for those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. We must also tell you about our plan's benefits and your rights in a way that you can understand. We must tell you about your rights each year that you're in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian (Khmer), Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - We can send materials to you in a language other than English or in an alternate format if you ask for it this way. This is called a "standing request." We will document your choice.
  - To make a standing request, change a standing request or make a one-time request, please call Member Services at the phone number on the bottom of this page.

If you have trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call:

- Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY users should call 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights at 916-440-7370. TTY users should call 711.
- U.S Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights at 1-800-368-1019. TTY users should call 1-800-537-7697.

حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك

يجب أن نحرص على تقديم كل الخدمات، السريرية وغير السريرية، إليك بطريقة ذات كفاءة ثقافية ويسهل الوصول إليها من قبل الجميع، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية أو ذوي مهارات القراءة المحدودة أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ويجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نطلعك على حقوقك كل عام تكون فيه ضمن خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية. للحصول على المواد بأحد التنسيقات البديلة هذه، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال خطاب إلى:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
  - لتقديم طلب دائم أو تغيير طلب دائم أو تقديم طلب لمرة واحدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة مشاكل في اللغة أو الإعاقة وكنت ترغب في تقديم شكوى، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- Office for Civil Rights التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

Ձեր իրավունքը ստանալ ծառայություններ և տեղեկություններ այն եղանակով, որը համապատասխանում է ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ **բոլոր** ծառայությունները՝ ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, ձեզ տրամադրվեն մշակութային առումով համապատասխան և մատչելի ձևով, այդ թվում՝ անգլերենի սահմանափակ իմացությամբ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ ունեցող, լսողության հետ կապված խնդիրներ ունեցող, տարբեր մշակութային և էթնիկ ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր պլանի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին՝ ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր պլանի անդամ եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման կենտրոն: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր պլանը կարող է նյութերը տրամադրել նաև անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ մեծ տառատեսակով, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո ձևաչափով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգել Անդամների սպասարկման կենտրոն կամ գրել հետևյալ հասցեին՝

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Մենք կարող ենք նյութերն ուղարկել անգլերենից բացի այլ լեզուներով կամ այլընտրանքային ձևաչափով, եթե հայցեք այն: Սա կոչվում է «մշտական հարցում»: Մենք կփաստաթղթավորենք ձեր ընտրությունը:
  - Մշտական հարցում կատարելու, մշտական հարցումը փոխելու կամ մեկանգամյա հարցում կատարելու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպատարկման կենտրոն՝ էջի ներքեւում նշված հեռախոսահամարով: Զանգն անվճար է:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով դժվարանում եք մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալ և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք՝

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:
- Medi-Cal Office of Civil Rights՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 711:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- U.S Առողջության և մարդու ծառայությունների բաժնի Office for Civil Rights՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

您有权以符合自身需求的方式获取服务和信息

我们必须确保**所有**服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景且无障碍的方式提供，并且涵盖英语能力有限、阅读能力欠佳、存在听力障碍或者拥有多元文化及种族背景的人士。我们还必须以您能够理解的方式告知您我们计划的福利及您的各项权益。我们必须每年向您说明参与我方计划期间享有的所有权利。

- 如需以您能够理解的方式获取信息，请致电会员服务。本计划提供多语种免费口译服务，随时解答您的疑问。
- 我方计划还为您提供非英语版本的材料，包括大字体、盲文或音频等格式。如需获取上述任一替代格式的材料，请致电会员服务或致函：

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 如果您借此提出要求，我们可以采用非英语版本或替代格式向您提供相关材料。这称为“固定请求”。我们将记录您的选择。
  - 如需提出固定请求、更改固定请求或提出一次性请求，请拨打本页底部的电话号码致电会员服务

如果您因语言问题或残障问题而难以从我方计划中获取信息，并且希望提出投诉，请致电：

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。TTY 用户请拨打 1-877-486-2048。
- Medi-Cal Office of Civil Rights：916-440-7370。TTY 用户请拨打 711。
- 美国卫生与公众服务部 Office for Civil Rights：1-800-368-1019。TTY 用户请拨打 1-800-537-7697。

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

ما باید اطمینان حاصل کنیم که تمام خدمات، چه بالینی و چه غیر بالینی، به شیوه‌ای از نظر فرهنگی و قابل‌دسترس ازجمله برای کسانی که دارای مهارت محدود در زبان انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی، یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومی متنوع هستند، ارائه می‌شود. باید اطلاعات مربوط به مزایای طرح ما و حقوق شما را به گونه‌ای در اختیار شما قرار دهیم که برای شما قابل درک باشد. ما باید هرسال حقوق قانونی را که در طرح ما دارید به شما بگوییم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم رایگان برای پاسخ به سوالات به زبان‌های مختلف است.
- همچنین طرح ما می‌تواند مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی و در قالب‌هایی در مانند چاپ با قلم درشت، بریل یا صوتی ارائه کند. برای دریافت مطالب در یکی از این قالب‌های جایگزین، لطفاً با «خدمات اعضا» تماس بگیرید یا با آدرس زیر مکاتبه کنید:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - در صورت درخواست شما، می‌توانیم مطالب را به زبان‌هایی غیر از انگلیسی یا قالب‌های دیگر برایتان ارسال کنیم. به این حالت درخواست دوره‌ای "مستمر" گفته می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم.
  - برای ثبت یک درخواست دورهای، تغییر یک درخواست دورهای یا ثبت یک درخواست موردی (یکبار مصرف)، لطفاً با بخش خدمات اعضا از طریق شماره تلفنی که در پایین این صفحه درج شده است تماس بگیرید.

اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، تماس بگیرید:

- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
- Medi-Cal Office of Civil Rights به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با 711 تماس بگیرند.
- اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده آمریکاOffice for Civil Rights , به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

고객의 필요에 부합되는 방식으로 서비스와 정보를 받을 권리

당사는 **모든** 임상 및 비임상 서비스가 귀하에게 문화적으로 적합하게 제공되고, 영어 사용과 읽기 능력이 제한된 사람들, 청각 장애인 또는 다양한 문화 및 민족적 배경을 가진 모든 가입자들이 접근할 수 있는 방식을 보장해야 합니다. 또한 당사는 플랜 혜택, 고객의 권리를 반드시 고객이 이해할 수 있는 방식으로 고객에게 알려 드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- 귀하가 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 가입자 서비스부에 전화하십시오. 당사 플랜은 가입자들의 질문에 다양한 언어로 답변하기 위해 무료 통역 서비스를 제공합니다.
- 당사 플랜은 영어 이외의 다른 언어와 대형 인쇄체, 점자 또는 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. 이러한 대체 형식 중 하나로 자료를 받으려면 가입자 서비스부로 전화를 하거나 아래 주소로 서신을 보내 주십시오.

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - 귀하의 요청이 있을 경우, 영어 이외의 언어로 작성되었거나 대체 형식으로 제작된 자료를 보내드릴 수 있습니다. 이를 "정기 요청"이라고 합니다. 귀하가 선택하신 방식으로 문서를 준비하여 발송해 드립니다.
  - 정기 요청을 하거나, 정기 요청을 변경하거나, 일회성 요청을 하려면 이 페이지 하단에 있는 전화번호로 가입자 서비스부에 문의해 주십시오.

당사 플랜에 대한 정보를 얻는 데 언어나 장애 문제로 어려움이 있고 이에 대해 불만사항을 제기하길 원하시면

- 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 Medicare에 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하셔야 합니다.
- Medi-Cal 인권 사무국은 916-440-7370번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 711을 이용해 주십시오.
- 미국 사회복지부(Department of Health and Human Services) 인권 사무국 (Office for Civil Rights) 1-800-368-1019번으로 문의해 주십시오. TTY 사용자는 1-800-537-7697번을 이용해 주십시오.

Ваше право на получение услуг и информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны обеспечить, чтобы **все** услуги, как клинического, так и неклинического характера, предоставлялись вам с учетом культурных особенностей и были доступны всем участникам плана, включая лиц, ограниченно владеющих английским языком, лиц с ограниченными навыками чтения, неспособностью слышать, а также лиц различного культурного и этнического происхождения. Мы также должны сообщать вам об объеме покрываемых услуг в рамках нашего плана и ваших правах в понятной для вас форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для получения информации в понятной для вас форме позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план страхования предоставляет бесплатные услуги переводчика, который поможет ответить на ваши вопросы на других языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на языках, отличных от английского, и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля или аудиозапись. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания участников плана или напишите по адресу:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - По вашему запросу мы можем присылать вам материалы на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Такой запрос называется «постоянно действующим». Мы внесем ваш выбор в свою документацию.
  - Для подачи или изменения постоянно действующего запроса либо подачи однократного запроса позвоните в отдел обслуживания участников плана по номеру телефона, указанному в нижней части страницы.

Если у вас возникли затруднения с получением информации от нашего плана из-за языкового барьера или ограниченных возможностей и вы хотите подать жалобу, позвоните в:

- Medicare по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). При использовании TTY набирайте 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights по номеру 916-440-7370. При использовании TTY набирайте 711.
- Office for Civil Rights Департамента здравоохранения и социального обеспечения США по номеру 1-800-368-1019. При использовании TTY набирайте 1-800-537-7697.

Su derecho a obtener información y servicios de manera tal que satisfaga sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, le sean brindados de manera culturalmente competente y accesible, incluso para aquellas personas con dominio limitado del idioma inglés, habilidades de lectura reducidas, discapacidad auditiva o que pertenezcan a diversos contextos culturales y étnicos. Además, debemos explicarle los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Debemos explicarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para recibir información de una manera que sea comprensible para usted, llame a Servicios para Miembros. Nuestro plan ofrece servicios de interpretación gratuitos para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede proporcionarle materiales en idiomas distintos del inglés, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para Miembros o escriba a la siguiente dirección:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Podemos enviarle los materiales en otro idioma o en formatos alternativos si así los solicita. Esto se denomina “solicitud permanente”. Registraremos su elección.
  - Para hacer una solicitud permanente, cambiar una solicitud permanente o hacer una solicitud única, llame a Servicios para Miembros al número de teléfono que aparece en la parte inferior de esta página.

Si tiene dificultades para obtener información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o una discapacidad y quiere hacer un reclamo, comuníquese con:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Office for Civil Rights de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Llame a la Office for Civil Rights del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. al 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraang nakakatugon sa inyong mga pangangailangan

Kailangan naming tiyakin na ang **lahat** ng serbisyo, klinikal man o hindi klinikal, ay maibibigay sa isang paraang may kultural na pag-iingat at accessible, kabilang na para sa mga may limitadong kaalaman sa Ingles, limitadong kaalaman sa pagbabasa, problema sa pandinig, o mga taong may iba't ibang kultural at etnikong pinagmulan. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Para makakuha ng impormasyon sa paraang inyong mauunawaan, tawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Ang aming plano ay maaari ding magbigay sa inyo ng mga materyal sa mga wika maliban sa Ingles at sa mga format tulad ng malaking print, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyal sa isa sa mga alternatibong format na ito, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro o sumulat sa:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Puwede kaming magpadala sa inyo ng mga materyal sa ibang wika bukod sa Ingles o sa alternatibong format, kung hihilingin ninyo ito. Tinatawag itong "standing request". Itatala namin ang inyong pinili.
  - Para gumawa ng standing request, magbago ng standing request, o para sa isang beses na kahilingan, pakitawagan ang Mga Serbisyo para sa Miyembro sa numero ng teleponong nasa ibaba ng pahinang ito.

Kung nahihirapan kayong makakakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong maghain ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Office of Civil Rights ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga TTY user ay dapat tumawag sa 711.
- Office for Civil Rights ng Mga Serbisyong Pangkalusugan at Pantao ng U.S. sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

Quý vị có quyền nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có xuất thân văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi cũng phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình của chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ phiên dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh, bao gồm bằng các định dạng chẳng hạn như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để lấy tài liệu bằng một trong các định dạng thay thế này, vui lòng gọi Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên hoặc viết thư gửi đến:

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - Chúng tôi có thể gửi cho quý vị các tài liệu bằng ngôn ngữ khác không phải tiếng Anh hoặc ở định dạng thay thế nếu quý vị có yêu cầu. Điều này này được gọi là “yêu cầu thường xuyên”. Chúng tôi sẽ lưu lại lựa chọn của quý vị.
  - Để thực hiện yêu cầu thường xuyên, thay đổi yêu cầu thường xuyên hoặc thực hiện yêu cầu một lần, vui lòng gọi cho Bộ Phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại ở cuối trang này.

Nếu quý vị gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY nên gọi số 1-877-486-2048.
- Medi-Cal Office of Civil Rights theo số 916-440-7370. Người dùng TTY nên gọi 711.
- Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ, Office for Civil Rights theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY nên gọi số 1-800-537-7697.

អ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្ម និងព័ត៌មានតាមរបៀបដែលបំពេញតាមតម្រូវការរបស់អ្នក។

យើងត្រូវធានាថាសេវាកម្ម**ទាំងអស**់ ទាំងគ្លីនិកនិងមិនមែនគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកប្រកបដោយសមត្ថភាពផ្នែករបៀបធម៌និងអាចប្រើបានរួមទាំងអ្នកដែលមានភាពស្ទាត់ជំនាញខាងភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជនជាតិផ្សេងៗគ្នា។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពី អត្ថប្រយោជន៍របស់គម្រោងអ្នក និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នករៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្តាល់មាត់តាមទូរស័ព្ទដែលអាចឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ជូនអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមទាំងទម្រង់ផ្សេងទៀតដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេងបានផងដែរ។ ដើម្បីទទួលបានឯកសារជាទម្រង់ជំនួសណាមួយ សូមទូរសព្ទទៅផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិក ឬសរសេរទៅកាន់៖

  Wellcare By Health Net
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

  - យើងអាចផ្ញើឯកសារទៅអ្នកជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ផ្សេងទៀត ប្រសិនបើអ្នកស្នើសុំឯកសារតាមវិធីបែបនេះ។ នេះហៅថា "ការស្នើសុំអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងឯកសារតាមជម្រើសរបស់អ្នក។
  - ដើម្បីធ្វើសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ផ្លាស់ប្តូរសំណើសុំអចិន្ត្រៃយ៍ ឬធ្វើសំណើសុំសម្រាប់តែម្តង សូមទូរសព្ទមកផ្នែកសេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ ទូរសព្ទនៅបាតទំព័រនេះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព ហើយអ្នកចង់ដាក់ពាក្យបណ្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅ៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- Medi-Cal Office of Civil Rights តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 711។
- សូមទូរសព្ទទៅកាន់ការិយាល័យ Office for Civil Rights របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល និងសេវាមនុស្សជាតិអាមេរិក តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើ TTY គួរហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-537-7697។

B. مسؤوليتنا عن حصولك على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب

تتمتع بحقوق بصفتك عضوًا في خطتنا.

- لديك الحق في اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) في شبكتنا. مقدم الشبكة هو مقدم يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن أنواع مقدمي الرعاية الذين قد يعملون بصفتهم PCP وكيفية اختيار PCP في **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء*.
  - اتصل بقسم خدمات الأعضاء أو انتقل إلى *دليل المقدمين والصيدليات* لمعرفة مزيد من المعلومات حول مقدمي الشبكة والأطباء الذين يقبلون المرضى الجدد.
- لديك الحق في مقابلة اختصاصي صحة المرأة من دون الحصول على إحالة. والإحالة هي موافقة يمنحها PCP الخاص بك للاستعانة بمقدم غيره.
- لديك الحق في الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية من مقدمي الشبكة في غضون فترة زمنية معقولة.
  - هذا يشمل الحق في الحصول على خدمات في الوقت المناسب من الاختصاصيين.
  - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات في غضون فترة زمنية معقولة، فيجب علينا الدفع مقابل الرعاية من خارج الشبكة.
- لديك الحق في الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل من دون تفويض سابق (PA).
- لديك الحق في صرف وصفاتك من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخيرات طويلة.
- لديك الحق في معرفة الوقت الذي يمكنك فيه الاستعانة بمقدم خارج الشبكة. وللتعرف على مقدمي الرعاية خارج الشبكة، راجع **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء*.
- عند الانضمام إلى خطتنا أول مرة، يكون لك الحق في الاحتفاظ بمقدمي الرعاية الحاليين وتفويضات الخدمة لمدة تصل إلى 12 شهرًا إذا تم استيفاء شروط معينة. لمعرفة مزيد من المعلومات عن الاحتفاظ بمقدمي الرعاية وتفويضات الخدمة، راجع **الفصل 1** من كتيب *الأعضاء*.
- يحق لك اتخاذ قرارات رعايتك الصحية الخاصة بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية الخاصين بك.

يطلعك **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* على ما يمكنك فعله إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويتك في غضون فترة زمنية معقولة. ويوضح أيضًا ما يمكنك فعله في حال رفضنا تغطية خدماتك أو أدويتك وفي حال عدم موافقتك على قرارنا.

C. مسؤوليتنا عن حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحن نحمي PHI الخاصة بك كما هو مطلوب بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

تتضمن PHI المعلومات الشخصية التي قدمتها إلينا عند تسجيلك في خطتنا. كما تتضمن سجلاتك الطبية وغيرها من المعلومات الطبية والصحية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

تكون لك جميع الحقوق عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك والتحكم في طريقة استخدام PHI الخاصة بك. ونقدم إليك إشعارًا كتابيًا يرشدك إلى هذه الحقوق ويشرح كيفية حماية خصوصية PHI الخاصة بك. ويسمى ذلك الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".

لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي الخدمات ذات الطبيعة الحساسة الحصول على تصريح من أي عضو آخر لتلقيها أو تقديم مطالبة للحصول عليها. ستوجّه Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) المراسلات المتعلقة بالخدمات ذات الطبيعة الحساسة إلى عنوان بريدي بديل معين للعضو أو عنوان بريده الإلكتروني أو رقم هاتفه، أو في حال عدم تعيين أي مما سبق، يتم توجيه المراسلات باسم العضو على العنوان أو رقم الهاتف الموجود في الملف. ولن تفصح Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات ذات الطبيعة الحساسة لأي عضو آخر من دون تصريح كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. وستستجيب Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) لطلبات المراسلات السرية بالشكل والتنسيق المطلوبَين، إذا كانت قابلة للإصدار بسهولة بالشكل والتنسيق المطلوبَين، أو في مواقع بديلة. وسيكون طلب العضو بشأن المراسلات السرية المتعلقة بالخدمات ذات الطبيعة الحساسة ساريًا إلى أن يلغيه العضو أو يقدِّم طلبًا جديدًا لإجراء مراسلات سرية.

يمكن للعضو إما بدء طلب المراسلات السرية كتابةً إلى الخطة الصحية أو عن طريق الإرسال الإلكتروني. لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم الطلب، تفضل بزيارة www.healthnet.com/content/healthnet/en_us/members/confidential-communication.html أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة. ويتم تنفيذ طلب المراسلات السرية من قِبل شركة التأمين الصحي في غضون سبعة أيام تقويمية من استلام الإرسال الإلكتروني أو الطلب الهاتفي أو خلال 14 يومًا تقويميًا من الاستلام كتابةً عن طريق البريد الممتاز.

C1. الطريقة التي نحمي بها PHI الخاصة بك

نحرص على عدم اطلاع الأشخاص غير المصرح لهم على سجلاتك أو قيامهم بتغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، لا نمنح PHI الخاصة بك أي شخص لا يقدِّم إليك الرعاية أو يدفع مقابل الرعاية التي تحصل عليها. وإذا قمنا بذلك، فيجب علينا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. ويمكن أن يصدر الإذن الكتابي عنك أو عن شخص مصرح له قانونًا باتخاذ قرارات نيابةً عنك.

في بعض الأحيان، لا نحتاج إلى الحصول على إذن كتابي منك أولاً. وهذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يجب علينا الإفصاح عن PHI للوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية التي تقدِّمها خطتنا.
- قد نفصح عن PHI إذا أمرت محكمة بذلك، لكن فقط إذا كان قانون California يسمح بذلك.
- يجب علينا تقديم PHI الخاص بك إلى Medicare بما في ذلك المعلومات المتعلقة بأدوية Medicare Part D. وفي حال إفصاح Medicare عن PHI لغرض البحث أو لاستخدامات أخرى، فستقوم بذلك وفق القوانين الفيدرالية. وإذا شاركنا معلوماتك مع Medi-Cal، فسيتم ذلك أيضًا وفق القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة من سجلاتك. قد نفرض عليك رسومًا مقابل عمل نسخة من سجلاتك الطبية.

- يحق لك أن تطلب منا تحديث سجلاتك الطبية أو تصحيحها. وإذا طلبت منا القيام بذلك، فسنتعاون مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء التغييرات.
- يحق لك معرفة ما إذا كنا نشارك PHI الخاصة بك مع الآخرين لأي غرض غير روتيني، وطريقة قيامنا بذلك.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية PHI الخاصة بك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

يحق لك أن تُعامل باحترام وكرامة، مع مراعاة حقك في الخصوصية. للحصول على المزيد من المعلومات حول كيفية حماية معلوماتك الشفهية والكتابية والإلكترونية وحقوقك، يمكنك الوصول إلى إشعار ممارسة الخصوصية في أي وقت على الموقع الإلكتروني go.wellcare.com/HealthNetCA.

D. مسؤوليتنا عن تقديم معلومات إليك

بصفتك عضوًا في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا عن خطتنا ومقدمي الشبكة لدينا وحقوقك ومسؤولياتك كعضو وخدماتك الخاضعة للتغطية.

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، فإن لدينا خدمات الترجمة الفورية للإجابة عن أي استفسارات لديك متعلقة بخطتنا. للحصول على مترجم فوري، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. وتتوفر هذه الخدمة بشكل مجاني.

- يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل إذا طلبت ذلك. يُسمى ذلك "طلبًا دائمًا". وسنقوم بتوثيق اختيارك.
- لتقديم طلب دائم أو تعديل طلب دائم، أو تقديم طلب لمرة واحدة، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموضح أسفل هذه الصفحة.

ويمكننا أيضًا أن نقدم إليك المعلومات بتنسيق الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو التسجيلات الصوتية.

إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات عن أي مما يأتي، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء:

- كيفية اختيار الخطط أو تغييرها
- خطتنا، بما في ذلك:
  - المعلومات المالية
  - تقييم أعضاء الخطة لنا
  - عدد الاستئنافات التي قدمها الأعضاء
  - كيفية مغادرة خطتنا
- مقدمو الشبكة وصيدليات الشبكة لدينا، بما في ذلك:
  - كيفية اختيار مقدمي الرعاية الأولية أو تغييرهم

- مؤهلات مقدمي الشبكة وصيدليات الشبكة لدينا
- كيف ندفع إلى مقدمي الرعاية في شبكتنا

- الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية، بما في ذلك:
  - الخدمات (راجع **الفصلين 3 و4** من كتيب *الأعضاء*) والأدوية (راجع **الفصلين 5 و6** من كتيب *الأعضاء*) التي تغطيها خطتنا
  - حدود التغطية والأدوية الخاصة بك
  - القواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية
- سبب عدم تغطية شيء ما، وما عليك فعله حيال ذلك (راجع **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء*)، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
  - التوضيح الكتابي لسبب عدم تغطية شيء ما
  - تغيير قرار اتخذناه
  - دفع فاتورة استلمتها

E. عدم قدرة مقدمي الشبكة على إرسال الفواتير إليك مباشرة

لا يمكن للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الآخرين في شبكتنا أن يجعلوك تدفع مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. ولا يمكنهم أيضًا القيام بموازنة الفاتورة أو فرض رسوم إذا دفعنا مبلغًا أقل مما فرضه المقدم. ولمعرفة ما عليك القيام به في حال محاولة أحد مقدمي الشبكة فرض رسوم عليك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية، راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.

F. حقك في مغادرة خطتنا

لا يمكن لأي شخص أن يجبرك على البقاء في خطتنا إذا كنت لا ترغب في ذلك.

- يحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- يمكنك الحصول على مزايا الأدوية بموجب Medicare Part D من خطة للأدوية أو من خطة MA أخرى.
- راجع **الفصل 10** من كتيب *الأعضاء*:
  - للحصول على مزيد من المعلومات عن الوقت الذي يمكنك فيه الانضمام إلى خطة MA جديدة أو خطة مزايا أدوية جديدة.
  - للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على مزايا Medi-Cal في حال مغادرة خطتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

G. حقك في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية

يحق لك الحصول على المعلومات الكاملة من أطبائك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك على اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية.

G1. حقك في معرفة خيارات علاجك واتخاذ القرارات

يجب على مقدمي الرعاية لديك شرح حالتك وخيارات علاجك بطريقة يمكنك فهمها. يحق لك:

- **معرفة خياراتك.** يحق لك معرفة جميع خيارات العلاج.
- **معرفة المخاطر.** يحق لك معرفة أي مخاطر متضمنَة. ويتعين علينا إخبارك مقدمًا بما إذا كانت أي خدمة أو علاج يمثلان جزءًا من تجربة بحثية. ويحق لك رفض العلاجات التجريبية.
- **الحصول على رأي ثانٍ.** يحق لك الاستعانة بطبيب آخر قبل اتخاذ قرار بشأن العلاج.
- **قل لا.** يحق لك رفض أي علاج. ويشمل ذلك الحق في مغادرة مستشفى ما أو أي مرفق طبي آخر، حتى لو نصحك طبيبك بعدم القيام ذلك. ويحق لك أيضًا التوقف عن تناول دواء موصوف. وإذا رفضت علاجًا أو توقفت عن تناول دواء موصوف، فلن نستبعدك من خطتنا. ومع ذلك، فإذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فأنت تتحمل المسؤولية الكاملة عما يحدث لك.
- **مطالبتنا بتوضيح سبب رفض المقدم تقديم الرعاية.** يحق لك الحصول على توضيح منا إذا رفض المقدم تقديم الرعاية التي تعتقد أنك يجب أن تحصل عليها.
- **مطالبتنا بتغطية خدمة أو دواء رفضنا تغطيتهما أو غير خاضعَين للتغطية عادةً.** وهذا ما يُسمى قرار التغطية. ويوضح **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

G2. حقك في قول ما تريده أن يحدث إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لنفسك

في بعض الأحيان لا يستطيع الأشخاص اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم. وقبل أن يحدث لك ذلك، يمكنك:

- ملء نموذج كتابي **يعطي لشخص ما الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك** إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- **منح طبيبك تعليمات مكتوبة** عن الطريقة التي تريد أن يتم التعامل بها مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك، بما في ذلك الرعاية التي **لا** تريدها.

المستند القانوني الذي تستخدمه لإعطاء توجيهاتك يُسمى "التوجيه السابق". هناك أنواع مختلفة من التوجيهات السابقة وأسماء مختلفة لها. ومن الأمثلة على ذلك وصية الحياة والوكالة القانونية للرعاية الصحية.

لست ملزمًا بالحصول على توجيه سابق، ولكن يمكنك ذلك. وإليك ما يجب القيام به إذا أردت استخدام توجيه سابق:

- **الحصول على النموذج.** يمكنك الحصول على النموذج من طبيبك، أو محاميك، أو أحد الأخصائيين الاجتماعيين، أو بعض متاجر المستلزمات المكتبية. غالبًا ما تتوفر النماذج في الصيدليات ومكاتب مقدمي الرعاية. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله.

- **ملء النموذج وتوقيعه.** النموذج هو وثيقة قانونية. فكر في الاستعانة بمحامٍ أو شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد العائلة أو PCP الخاص بك، لمساعدتك على إكماله.
- **تقديم نسخ من النموذج إلى الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفته.** قدم نسخة من النموذج إلى طبيبك. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة للشخص الذي تُعيّنه ليتخذ القرارات نيابةً عنك في حال لم تتمكن من ذلك. وقد ترغب في إعطاء نسخ إلى أصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا تم حجزك في المستشفى وكان لديك توجيه سابق موقَّع، **فأحضر نسخة منه معك إلى المستشفى.**
  - سيسألك طاقم المستشفى عما إذا كان لديك نموذج توجيه سابق موقَّع وما إذا كان بحوزتك أم لا.
  - إذا لم يكن لديك نموذج توجيه سابق موقَّع، فإن المستشفى لديه نماذج وسيسألك عما إذا كنت تريد توقيع أحدها.

يحق لك:

- وضع التوجيه السابق الخاص بك في سجلاتك الطبية.
- تغيير التوجيه السابق الخاص بك أو إلغائه في أي وقت.
- معرفة التغييرات التي تطرأ على قوانين التوجيه السابق. وستطلعك Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على التغييرات التي تطرأ على قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا بعد التغيير.

بموجب القانون، لا يمكن لأحد أن يحرمك من الرعاية أو يمارس التمييز ضدك بناءً على ما إذا كنت وقعت على توجيه سابق أم لا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

G3. ماذا تفعل إذا لم يتم اتباع التعليمات الخاصة بك

في حال توقيعك على توجيه سابق وكنت تعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبعا التعليمات الواردة به، فيمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية المحلي لديك.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

يمكنك الاتصال بمكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019 (TTY: 1-800-537-7697).

H. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا

الفصل 9 من كتيب *الأعضاء* يخبرك بما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف بشأن الخدمات أو الرعاية الخاضعة للتغطية الخاصة بك. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو تقديم استئناف لتغيير قرار التغطية أو تقديم شكوى.

يحق لك الحصول على معلومات عن الاستئنافات والشكاوى التي قدَّمها أعضاء الخطة الآخرون ضد خطتنا. اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

H1. ما يجب فعله حيال المعاملة المجحفة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بإجحاف – **ولا** يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب المدرجة في **الفصل 11** من كتيب *الأعضاء* – أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك، فيمكنك الاتصال بـ:

- قسم خدمات الأعضاء.
- برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 (TTY: 1-800-735-2929). ولمزيد من التفاصيل عن HICAP، راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء*.
- أمين مظالم Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609. ولمزيد من التفاصيل عن هذا البرنامج، راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء*.
- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة مقال "Medicare Rights & Protections" (الحقوق وطرق الحماية في Medicare) الموجود على موقع Medicare الإلكتروني على www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf أو تنزيله.)

I. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة

تتحمل مسؤولية القيام بالأمور المدرجة أدناه بصفتك عضوًا في الخطة. وإذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

- **اقرأ *كتيب الأعضاء*** لمعرفة ما تغطيه خطتنا والقواعد التي يجب أن تتبعها للحصول على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية. وللحصول على تفاصيل عن:
  - الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك، راجع **الفصلين 3 و4** من كتيب *الأعضاء*. وتطلعك هذه الفصول على ما يخضع للتغطية، وما لا يخضع لها، والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها، وما تدفعه.
  - الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بك، راجع **الفصلين 5 و6** من كتيب *الأعضاء*.
- **أخبرنا بأي تغطية صحية أخرى أو أي تغطية أخرى للأدوية** لديك. يجب علينا التأكد من استخدامك جميع خيارات التغطية الخاصة بك عند تلقي الرعاية الصحية. وإذا كانت لديك تغطية أخرى، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.
- **أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين** بأنك عضو في خطتنا. وأظهِر بطاقة ID العضوية الخاصة بك عند الحصول على الخدمات أو الأدوية.
- **ساعد أطباءك** ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين على تقديم أفضل رعاية إليك.
  - امنحهم المعلومات التي يحتاجون إليها عنك وعن حالتك الصحية. تعرف على أكبر قدر ممكن من المعلومات بشأن مشكلاتك الصحية. اتبع الخطط العلاجية والتعليمات التي تتفق عليها مع مقدمي الرعاية لديك.
  - تأكد من أن أطباءك ومقدمي الرعاية الآخرين على دراية بجميع الأدوية التي تتناولها. وهذا يشمل الأدوية والأدوية من دون وصفات والفيتامينات والمكملات الغذائية.

- اطرح أي أسئلة تراودك. تقع على عاتقك مسؤولية فهم مشكلاتك الصحية والمساعدة على تحديد الأهداف العلاجية التي تتفق عليها مع الطبيب المعالج لك. ويجب على الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين شرح الأمور بطريقة يمكنك فهمها. وإذا طرحت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.

- **تعاون مع منسق الرعاية الخاص بك،** ويشمل ذلك إكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.

- **كن متفهمًا.** نتوقع أن يحترم جميع أعضاء الخطة حقوق الآخرين. كما نتوقع أن تتصرف باحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومقرات مقدمي الرعاية الآخرين.

- **ادفع ما تدين به.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:

  - أقساط Medicare Part A وMedicare Part B. وبالنسبة إلى معظم أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)، تدفع Medi-Cal قسط Medicare Part A وقسط Medicare Part B نيابةً عنك.

  - **إذا كنت تحصل على أي خدمات أو أدوية غير خاضعة للتغطية في خطتنا، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة. (ملحوظة:** إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء، فيمكنك تقديم استئناف. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** لمعرفة كيفية تقديم الاستئناف.)

- **أخبرنا إذا قمت بتغيير محل إقامتك.** إذا كنت تخطط للانتقال، فأخبرنا بذلك على الفور. الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

  - **إذا انتقلت إلى خارج حدود منطقة خدمتنا، فلا يمكنك البقاء في خطتنا.** إذ يمكن للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا فقط أن يكونوا أعضاءً في هذه الخطة. يرشدك **الفصل 1** من كتيب *الأعضاء* إلى منطقة خدمتنا.

  - يمكننا مساعدتك على معرفة ما إذا كنت تنتقل إلى خارج منطقة خدمتنا. وخلال فترة التسجيل الخاصة، يمكنك التبديل إلى Original Medicare أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو خطة الأدوية في موقعك الجديد. ويمكننا إخبارك بما إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.

  - أخبِر Medicare وMedi-Cal بعنوانك الجديد عند الانتقال إليه. وراجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة أرقام الهواتف الخاصة بكل من Medicare وMedi-Cal.

  - **يجب إعلامنا أيضًا في حال انتقالك وإقامتك داخل منطقة خدمتنا.** فسنحتاج إلى تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.

  - **إذا انتقلت، فقم بإخطار الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).**

- **أخبِرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد** أو طريقة أفضل للتواصل معك.

- **اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.**

L. لديك الحق في تقديم توصيات بخصوص سياسة حقوق الأعضاء ومسؤولياتهم

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

K. 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، تُقيّم خطتنا التقنيات الجديدة أو التطبيقات الجديدة للتقنيات الحالية لتحديد ما إذا كان لا بد من إضافة علاج أو رعاية جديدة إلى مزايا الخطة. لضمان تلقي الأعضاء رعاية آمنة وفعالة، تراجع خطتنا ما يأتي:

- الأدبيات الطبية المنشورة الحالية من المنشورات 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.
- المبادئ التوجيهية القائمة على الأدلة التي وضعتها المؤسسات الوطنية والسلطات المعترف بها.
- التوصيات 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.
- تقارير الوكالات الحكومية ومنشوراتها (على سبيل المثال، Food and Drug Administration (FDA) ومراكز مكافحة الأمراض (CDC) والمعاهد الوطنية للصحة (NIH).

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

المقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات عن حقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة ما يتعين عليك فعله إذا:

- كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن خطتنا.
- كنت تحتاج إلى خدمة أو عنصر أو دواء لن تدفع خطتنا مقابله.
- كنت معترضًا على قرار اتخذته خطتنا بشأن رعايتك.
- كنت تعتقد أن خدماتك الخاضعة للتغطية ستنتهي في وقت مبكر جدًا.
- كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن الدعم والخدمات طويلة الأمد التي تشمل خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وخدمات مرفق التمريض (NF).

تم تقسيم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك على العثور بسهولة على ما تبحث عنه. **إذا كانت لديك أي مشكلة أو مخاوف، فاقرأ الأجزاء في هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.**

ينبغي أن تحصل على الرعاية الصحية والأدوية والدعم والخدمات طويلة الأمد التي يقرر طبيبك ومقدمو الرعاية الآخرون أنها ضرورية لرعايتك في إطار خطة رعايتك. **وإذا كانت لديك مشكلة بشأن رعايتك، فيمكنك الاتصال ببرنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal على الرقم 1-855-501-3077 للحصول على المساعدة.** يشرح هذا الفصل الخيارات المختلفة لديك عند مواجهة مشكلات وشكاوى مختلفة، ولكن يمكنك الاتصال دائمًا ببرنامج أمين المظالم للحصول على توجيه لمشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق للتعامل معها، راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

جدول المحتويات

A. ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف 194
A1. نبذة عن المصطلحات القانونية 194
B. أين يمكنك الحصول على المساعدة 194
B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة 194
C. فهم الشكاوى والاستئنافات بخصوص Medicare وMedi-Cal في خطتنا 196
D. المشكلات المتعلقة بالمزايا 196
E. قرارات التغطية والاستئنافات 196
E1. قرارات التغطية 196
E2. الاستئنافات 197
E3. طلب المساعدة بخصوص قرارات التغطية والاستئنافات 197
E4. أي قسم من هذا الفصل يمكنه مساعدتك 198
F. الرعاية الطبية 198
F1. استخدام هذا القسم 198
F2. طلب اتخاذ قرار التغطية 199
F3. تقديم استئناف من المستوى 1 201
F4. تقديم استئناف من المستوى 2 204
F5. مشكلات الدفع 209
G. أدوية Medicare Part D 210
G1. قرارات التغطية والاستئنافات الخاصة بـ Medicare Part D 210
G2. استثناءات Medicare Part D 211
G3. الأمور المهمة التي يجب معرفتها بشأن طلب استثناء 213
G4. طلب اتخاذ قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء 213

G5. تقديم استئناف من المستوى 1 215
G6. تقديم استئناف من المستوى 2 217
H. مطالبتنا بتغطية الإقامة في المستشفى لمدة أطول 219
H1. التعرف على حقوقك في Medicare 219
H2. تقديم استئناف من المستوى 1 220
H3. تقديم استئناف من المستوى 2 221
I. مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة 222
I1. الإشعار السابق قبل انتهاء تغطيتك 223
I2. تقديم استئناف من المستوى 1 223
I3. تقديم استئناف من المستوى 2 224
J. الانتقال باستئنافك إلى ما بعد المستوى 2 225
J1. الخطوات التالية للخدمات والبنود من Medicare 225
J2. استئنافات Medi-Cal الإضافية 226
J3. مستويات الاستئناف 3 و4 و5 لطلبات أدوية Medicare Part D 226
K. كيفية تقديم شكوى 228
K1. أنواع المشكلات التي يجب أن تتحول إلى شكاوى 228
K2. الشكاوى الداخلية 229
K3. الشكاوى الخارجية 230

A. ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

يشرح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشكلات والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدم عملية **لقرارات التغطية والاستئنافات** وأخرى **لتقديم الشكاوى** (تُسمى أيضًا التظلمات).

لضمان الإنصاف والسرعة، لكل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها من جانبنا ومن جانبك.

A1. نبذة عن المصطلحات القانونية

ثمة مصطلحات قانونية في هذا الفصل خاصة ببعض القواعد والمواعيد النهائية. وقد يكون من الصعب فهم كثير من هذه المصطلحات، لذلك نستخدم كلمات أبسط بدلاً من مصطلحات قانونية معينة متى أمكن. ونستخدم الاختصارات بأقل قدر ممكن.

على سبيل المثال، نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "تحديد المؤسسة" أو "تحديد المزايا" أو "تحديد المخاطر" أو "تحديد التغطية"
- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "حكم عاجل"
- "مؤسسة المراجعة المستقلة" (IRO) بدلاً من "كيان المراجعة المستقل" (IRE)

قد تساعدك معرفة المصطلحات القانونية المناسبة على التواصل بشكل أكثر وضوحًا، لذلك نقدمها أيضًا.

B. أين يمكنك الحصول على المساعدة

B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة

أحيانًا يكون من المحير بدء عملية التعامل مع مشكلة ما أو متابعتها. وينطبق ذلك خصوصًا إذا كنت لا تشعر بأنك بصحة جيدة أو لديك طاقة محدودة. وفي حالات أخرى، قد لا تكون لديك المعلومات التي تحتاج إليها لاتخاذ الخطوة التالية.

المساعدة من خطتنا

يمكنك الاتصال بخطتنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) للحصول على المساعدة على التعامل مع المشكلات أو الإجابة عن الأسئلة.

الحصول على المساعدة من برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي

يمكنك الاتصال ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222. يمكنك أيضًا مراجعة الموقع الإلكتروني الخاص بها على الرابط https://www.aging.ca.gov/hicap/. يمكن لمستشاري HICAP الإجابة عن أسئلتك ومساعدتك على فهم ما يجب عليك فعله بشأن مشكلتك. HICAP غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ويوجد لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، والخدمات مجانية. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الحصول على المساعدة من برنامج أمين المظالم التابع لـ Medicare Medi-Cal

يمكنك الاتصال ببرنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal والتحدث إلى أحد المدافعين بشأن أسئلة التغطية الصحية. وقد يتمكن من تقديم مساعدة قانونية مجانية. إن برنامج أمين المظالم غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ورقم هاتفه هو 1-855-501-3077 وموقعه الإلكتروني هو www.healthconsumer.org.

الحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare

للحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال بـ Medicare. وفي ما يأتي طريقتان للحصول على المساعدة من Medicare:

- اتصلت على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov).

الحصول على المساعدة من إدارة خدمات الرعاية الصحية في California

يمكن أن يساعدك محقق شكاوى Medi-Cal Managed Care التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في California (DHCS). ويمكنه مساعدتك إذا واجهت مشكلات في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو مغادرتها. ويمكنه أيضًا المساعدة إذا انتقلت وتواجه صعوبة في نقل Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بمحقق الشكاوى من الاثنين إلى الجمعة، بين الساعة 8 صباحًا والساعة 5 مساءً على الرقم 1-888-452-8609 (TTY: 711).

الحصول على المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في California

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC مسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص على تقديم الاستئنافات بشأن خدمات Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. رقم الهاتف هو **1-888-466-2219**. يمكن للأفراد الصم أو المصابين بصعوبات في السمع أو النطق استخدام رقم TDD المجاني، **1-877-688-9891**. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني **www.dmhc.ca.gov**.

إدارة الرعاية الصحية المدارة في California هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك أي تظلم بخصوص خطتك الصحية، فيجب عليك الاتصال أولاً بالمسؤول عن خطتك الصحية على الرقم **1-800-431-9007 (TTY: 711)** واستخدام إجراءات التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. ولا يمنع استخدام إجراء التظلم هذا أي حقوق قانونية محتملة أو علاجات قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم يتم حله بشكل مُرضٍ من خلال خطتك الصحية أو تظلم لم يتم حله لأكثر من 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضًا لإجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً لإجراء IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي تتخذها الخطة الصحية في ما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات التغطية الخاصة بالعلاجات التجريبية أو الخاضعة للبحث بطبيعتها، والنزاعات المتعلقة بالدفع للخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. توفر الإدارة أيضًا رقمًا هاتفيًا مجانيًا (**1-888-466-2219**) وخط TDD (**1-877-688-9891**) لتقديم المساعدة إلى الصم والبكم. يوفر موقع الإدارة الإلكتروني **www.dmhc.ca.gov** نماذج الشكاوى ونماذج طلبات IMR والتعليمات على الإنترنت.

C. فهم الشكاوى والاستئنافات بخصوص Medicare وMedi-Cal في خطتنا

تتمتع بتغطية كل من Medicare وMedi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على **جميع** مزايا Medicare وMedi-Cal Managed Care. وتُطلق على ذلك أحيانًا "عملية متكاملة" لأنها تجمع بين عمليتي Medicare وMedi-Cal أو تدمج بينهما.

وفي بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليتي Medicare وMedi-Cal. وفي هذه الحالات، يمكنك استخدام عملية لميزة Medicare وأخرى لميزة Medi-Cal. **القسم F4** يوضح هذه الحالات.

D. المشكلات المتعلقة بالمزايا

إذا كانت لديك أي مشكلة أو مخاوف، فاقرأ الأجزاء في هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. سيساعدك الجدول الآتي على العثور على القسم المناسب من هذا الفصل للمشكلات والشكاوى.

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟ يشمل ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية المخصصة (العناصر الطبية و/أو الخدمات و/أو الأدوية بموجب الجزء B) خاضعة للتغطية أم لا، والطريقة التي تخضع بها للتغطية، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.	
نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم E**، "قرارات التغطية والاستئنافات".	**لا.** مشكلتي غير متعلقة بالمزايا أو التغطية. راجع **القسم K**، "كيفية تقديم شكوى".

E. قرارات التغطية والاستئنافات

تتعلق عملية طلب اتخاذ قرار التغطية وتقديم طلب استئناف بالمشكلات ذات الصلة بمزاياك وتغطية رعايتك الطبية (الخدمات والعناصر وأدوية الجزء B، بما في ذلك الدفع). نشير بشكل عام إلى الخدمات والعناصر الطبية والأدوية بموجب الجزء 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.

E1. قرارات التغطية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل خدماتك الطبية أو أدويتك. يمكنك أنت أو طبيبك الاتصال بنا أيضًا وطلب اتخاذ قرار تغطية. قد تكون غير متأكد أنت أو طبيبك مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. **إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل الحصول عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار تغطية لك.**

نحن نتخذ قرار التغطية عندما نراجع طلب الخدمة أو المطالبة. في بعض الحالات، قد نقرر أن خدمة أو دواء ما غير خاضع للتغطية أو لم يعد خاضعًا للتغطية لك من قبل Medicare أو Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم طلب استئناف.

E2. الاستئنافات

إذا اتخذنا قرار التغطية ولم تكن راضيًا عنه، فبوسعك "استئناف" القرار. والاستئناف طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره.

عند استئناف قرار لأول مرة، فهذا يُسمى استئنافًا من المستوى 1. وفي هذا الاستئناف، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. ويتولى استئنافك مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير المناسب.

في معظم الحالات، يجب أن تبدأ استئنافك في المستوى 1. وإذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك، أو إذا كنت تشعر بألم شديد وتحتاج إلى قرار أسرع، فيمكنك طلب المراجعة الطبية IMR من إدارة الرعاية الصحية المدارة على www.dmhc.ca.gov. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

عند إكمال المراجعة، سنبلغك بقرارنا. في ظل ظروف معينة، سيتم شرحها لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك طلب قرار عاجل أو "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع" لقرار التغطية.

إذا كانت إجابتنا **لا** على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة طبية من Medicare، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا أرسلنا قضيتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة (IRO) للاستئناف من المستوى 2. وإذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية Medicare Part D أو خدمة أو عنصر من Medicaid، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات عن الاستئنافات من المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الاستئناف من المستوى 2، فقد تتمكن من الوصول إلى مستويات إضافية من الاستئناف.

E3. طلب المساعدة بخصوص قرارات التغطية والاستئنافات

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يأتي:

- **قسم خدمات الأعضاء** على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة.
- **برنامج أمين المظالم التابع لـ Medicare Medi-Cal على الرقم 1-855-501-3077.**
- **اتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)** على الرقم 1-800-434-0222.
- **مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC)** للحصول على المساعدة مجانًا. تساعد DMHC الأشخاص على تقديم طلبات الاستئناف بشأن خدمات Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو المصابين بصعوبات في السمع أو النطق استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني www.dmhc.ca.gov. بينما يمكن لـ DMHC مساعدة الأشخاص في خطط Medi-Cal المُدارة، فلا يمكنها مساعدة الأشخاص في خطط Medicare فقط وفي الأنظمة الصحية المنظمة الآتية في المقاطعة (COHS): Partnership Health Plan، وGold Coast Health Plan، وCenCal Health، وCentral California Alliance for Health، وCalOptima. وتنظم الحكومة الفيدرالية خطط Medicare وتنظم إدارة خدمات الرعاية الصحية خطط COHS.
- **طبيبك أو مقدم آخر**. يمكن لطبيبك أو مقدم آخر أن يطلب اتخاذ قرار التغطية أو الاستئناف نيابةً عنك.
- **صديق أو أحد أفراد العائلة**. يمكنك تحديد شخص آخر بصفته "ممثلك" لينوب عنك في طلب اتخاذ قرار التغطية أو تقديم استئناف.

- **محامٍ**. يحق لك توكيل محامٍ، ولكنك **لست ملزمًا بذلك** لطلب قرار تغطية أو تقديم استئناف.
  - اتصل بمحاميك الخاص أو احصل على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو خدمة إحالة أخرى. ستقدم إليك بعض مكاتب المحاماة خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً.
  - اطلب محاميًا للمساعدة القانونية من برنامج أمين المظالم الخاص بـ Medicare Medi-Cal على الرقم 1-855-501-3077.

املأ نموذج تعيين الممثل إذا أردت أن ينوب عنك محامٍ أو شخص آخر بصفته ممثلك. سيعطي هذا النموذج الإذن لشخص آخر لينوب عنك

اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضًا الحصول على النموذج عن طريق زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو من خلال موقعنا الإلكتروني https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html. **يجب أن تعطينا نسخة من النموذج الذي تم التوقيع عليه.**

E4. أي قسم من هذا الفصل يمكنه مساعدتك

ثمة أربع حالات تتضمن قرارات التغطية والاستئنافات. ولكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. ونقدم تفاصيل عن كل حالة في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم المناسب:

- **القسم F**، "الرعاية الطبية"
- **القسم G**، "الأدوية بموجب Medicare Part D"
- **القسم H**، "مطالبتنا بتغطية الإقامة في المستشفى لمدة أطول"
- **القسم I**، "مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة" (يتعلق هذا القسم بالخدمات الآتية فقط: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرفق التمريض المتخصص، وخدمات المرفق الشامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF).)

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي عليك مراجعته، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة.

F. الرعاية الطبية

يشرح هذا القسم ما يجب عليك القيام به إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن نرد إليك حصتنا من تكاليف رعايتك. للحصول على معلومات حول طلب إقامة أطول في المستشفى، يرجى الرجوع إلى **القسم H**.

يتناول هذا القسم مزايا الرعاية الطبية الموضحة في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء* في جدول المزايا. وفي بعض الحالات، قد تنطبق قواعد مختلفة على الأدوية بموجب Medicare Part B. وعند انطباقها، نشرح كيف تختلف قواعد الأدوية بموجب Medicare Part B عن قواعد الخدمات والعناصر الطبية.

F1. استخدام هذا القسم

يشرح هذا القسم ما يمكنك فعله في أي من المواقف الآتية:

1. تعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاج إليها ولكنك لا تتلقاها.

   ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية. راجع **القسم F2**.

2. لم نوافق على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر تقديمها إليك، وتعتقد أنه ينبغي لنا تقديمها.

   ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم استئناف على قرارنا. راجع **القسم F3**.

3. تلقيت رعاية طبية تعتقد أننا نغطيها ولكننا لن ندفع مقابلها.

   ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم استئناف على قرارنا بعدم الدفع. راجع **القسم F5**.

4. تلقيت رعاية طبية اعتقدت أننا نغطيها ودفعت مقابلها وتريدنا أن نرد المبلغ إليك.

   ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ إليك. راجع **القسم F5**.

5. قمنا بخفض التغطية التي تحصل عليها لرعاية طبية معينة أو إيقافها، وتعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.

   ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم استئناف على قرارنا بخفض الرعاية الطبية أو إيقافها. راجع **القسم F4**.

   - إذا كانت التغطية خاصة برعاية المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص أو خدمات CORF، ففي هذه الحالة تنطبق قواعد خاصة. راجع **القسم H** أو **القسم I** لمعرفة المزيد.
   - بالنسبة إلى جميع الحالات الأخرى التي تشمل خفض التغطية لرعاية طبية معينة أو إيقافها، استخدم هذا القسم (**القسم F**) كدليل.

6. تواجه تأخيرات في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.

   ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K2**.

F2. طلب اتخاذ قرار التغطية

> عندما يتضمن قرار التغطية الرعاية الطبية التي تتلقاها، فإنه يُطلق عليه **تحديد المؤسسة المتكامل**.

يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية من خلال:

- الاتصال على الرقم: 1-800-431-9007، TTY: 711. 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: 1-844-222-3180.
- المراسلة: Medical Management
  PO Box 10420
  Van Nuys, CA 91410-0420

قرار التغطية العادي

عندما نبلغك بقرارنا، فإننا نستخدم المواعيد النهائية "العادية" ما لم نوافق على استخدام المواعيد النهائية "السريعة". يعني قرار التغطية العادي أننا نعطيك إجابة خلال:

- **خمسة أيام عمل**، وفي موعد لا يتجاوز **سبعة أيام تقويمية** من تاريخ استلامنا طلبك **للحصول على خدمة طبية أو عنصر يخضع لقواعد التفويض السابق لدينا.**
- **خمسة أيام عمل**، وفي موعد لا يتجاوز **14 يومًا تقويميًا** بعد استلامنا طلبك **للحصول على جميع الخدمات أو العناصر الطبية الأخرى**.
- **72 ساعة** من تاريخ استلامنا طلبك **للحصول على دواء Medicare Part B**.

بالنسبة إلى الخدمات أو العناصر الطبية، يجوز لنا تمديد المدة لمدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا طلبنا مزيدًا من الوقت أو إذا كنا بحاجة إلى معلومات إضافية قد تفيدك (مثل السجلات الطبية من مقدمي الرعاية خارج الشبكة). إذا استغرق اتخاذ القرار أيامًا إضافية، فسنبلغك كتابيًا. **لا يمكننا أن نستغرق أيامًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على دواء Medicare Part B.**

إذا كنت تعتقد أنه **لا ينبغي** لنا أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا استغراق أيام إضافية. عند تقديم شكوى سريعة، سنرد على الشكوى التي قدمتها في غضون 24 ساعة. تختلف عملية تقديم الشكوى عن عملية قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات. لمزيد من المعلومات بشأن تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، راجع **القسم K.**

قرار التغطية السريع

> المصطلح القانوني لقرار التغطية السريع هو **الحكم العاجل**.

عندما تطلب منا اتخاذ قرار تغطية بشأن رعايتك الطبية التي تتطلب استجابة عاجلة، اطلب منا اتخاذ "قرار تغطية سريع". يعني قرار التغطية السريع أننا نعطيك إجابة خلال:

- **72 ساعة** من تاريخ استلامنا طلبك **للحصول على خدمة أو عنصر طبي**.
- **24 ساعة** من تاريخ استلامنا طلبك **للحصول على دواء Medicare Part B**.

بالنسبة إلى الخدمات أو العناصر الطبية، يجوز لنا تمديد المدة لمدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا تبين لنا وجود معلومات مفقودة قد تفيدك (مثل السجلات الطبية من مقدمي الرعاية خارج الشبكة) أو إذا كنت بحاجة إلى وقت لتزويدنا بالمعلومات اللازمة للمراجعة. إذا استغرق اتخاذ القرار أيامًا إضافية، فسنبلغك كتابيًا. **لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على دواء Medicare Part B.**

إذا كنت تعتقد أنه **لا ينبغي** لنا أن نستغرق أيامًا إضافية لاتخاذ قرار التغطية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا استغراق أيام إضافية. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، راجع **القسم K.** وسنتصل بك بمجرد اتخاذ القرار.

للحصول على قرار تغطية سريع، يجب عليك تحقيق متطلبين:

- تطلب تغطية للعناصر و/أو الخدمات الطبية **التي لم تحصل عليها.** لا يمكنك أن تطلب اتخاذ قرار تغطية سريع بشأن دفع تكاليف عناصر أو خدمات حصلت عليها بالفعل.

- قد يؤدي استخدام المواعيد النهائية العادية **إلى إلحاق ضرر بالغ بصحتك** أو التأثير سلبًا في قدرتك الوظيفية.

سنعطيك تلقائيًا قرار تغطية سريعًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا طلبت قرار تغطية سريعًا من دون دعم من طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل عليه.

- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع، فإننا سنرسل إليك خطابًا يفيد بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:
  - إننا سنعطيك تلقائيًا قرار تغطية سريعًا إذا طلب طبيبك ذلك.
  - كيفية تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك قرار تغطية عاديًا بدلاً من قرار تغطية سريع. لمزيد من المعلومات بشأن تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، راجع **القسم K**.

إذا كانت إجابتنا لا على جزء من طلبك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب.

- إذا كانت إجابتنا على طلبك **لا،** فلديك الحق في تقديم استئناف. إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأً، فإن تقديم استئناف يُعَد طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررت تقديم استئناف، فستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الاستئنافات (راجع **القسم F3**).

في ظروف محدودة، قد نرفض طلبك باتخاذ قرار تغطية، ما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة على الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب ما يأتي:

- إذا كان الطلب غير مكتمل، أو
- إذا قدَّم شخص ما الطلب نيابةً عنك ولكنه غير مصرح له قانونًا بالقيام بذلك، **أو**
- إذا طلبت سحب طلبك.

إذا رفضنا طلبًا باتخاذ قرار تغطية، فسنرسل إليك إشعارًا يشرح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض. وتُسمى هذه المراجعة استئنافًا. تتم مناقشة الاستئنافات في القسم التالي.

F3. تقديم استئناف من المستوى 1

لبدء استئناف يتعلق بخدمة أو عنصر تم رفضه، أو للاستمرار في خدمة أو عنصر تتلقاه بالفعل، يجب عليك أو على طبيبك أو ممثلك المعتمد التواصل معنا. اتصل بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711).

اطلب استئنافًا قياسيًا أو استئنافًا سريعًا كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY:711).

- إذا طلب طبيبك أو مقدم آخر متابعة إحدى الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل خلال الاستئناف، فقد تحتاج إلى جعله ممثلاً لك ليتصرف نيابةً عنك.
- إذا قدَّم شخص آخر غير طبيبك استئنافًا نيابةً عنك، فقم بتضمين نموذج تعيين ممثل يسمح لهذا الشخص بتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج عن طريق زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو من خلال موقعنا الإلكتروني https://wellcare.healthnetcalifornia.com/member-resources/member-rights/appointing-a-representative.html.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- يمكننا قبول طلب الاستئناف من دون النموذج، ولكن لا يمكننا بدء مراجعتنا أو إكمالها قبل أن نحصل عليه. إذا لم نحصل على النموذج قبل موعدنا النهائي لاتخاذ قرار بشأن الاستئناف الذي قدمته:
  - فسنرفض طلبك
  - وسنرسل إليك إشعارًا كتابيًا يشرح حقك في مطالبة IRO بمراجعة قرارنا برفض استئنافك.
- يجب أن تطلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويميًا من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإخبارك بقرارنا.
- إذا فاتك الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لذلك، فقد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم استئنافك. ومن الأمثلة على الأسباب الوجيهة إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك عن الموعد النهائي. وضِّح سبب تأخر الاستئناف عند تقديمه.
- من حقك أن تطلب منا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة باستئنافك. ويمكنك أيضًا أن تمنحنا أنت وطبيبك مزيدًا من المعلومات لدعم استئنافك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب استئنافًا سريعًا.

> المصطلح القانوني "للاستئناف السريع" هو "**إعادة نظر عاجلة**".

- إذا قمت باستئناف القرار الذي اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، فيمكنك أنت و/أو طبيبك طلب استئناف سريع.

سنمنحك استئنافًا سريعًا تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا طلبت استئنافًا سريعًا من دون دعم من طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل عليه.

- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بمتطلبات الاستئناف السريع، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:
  - سنمنحك استئنافًا سريعًا تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
  - كيفية تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك استئنافًا قياسيًا بدلاً من الاستئناف السريع. لمزيد من المعلومات بشأن تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، راجع **القسم K**.

إذا أخبرناك بأننا سنوقف الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل أو سنخفضها، فقد تتمكن من متابعة تلقيها في أثناء الاستئناف.

- إذا قررنا تغيير تغطية خدمة أو عنصر تحصل عليهما أو إيقافها، فسنرسل إليك إشعارًا قبل اتخاذ إجراء.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 1.
- سنستمر في تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت استئنافًا من المستوى 1 في غضون عشرة أيام تقويمية من تاريخ خطابنا أو بحلول تاريخ السريان المحدد للإجراء، أيهما أبعد.
  - إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو العنصر من دون أي تغييرات في أثناء النظر في الاستئناف من المستوى 1.

- ستحصل أيضًا على كل الخدمات أو العناصر الأخرى (التي ليست موضوع الاستئناف) من دون أي تغييرات.
- إذا لم تقم بالاستئناف قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على الخدمة أو العنصر في أثناء انتظار قرار الاستئناف.

ننظر في استئنافك ونمنحك إجابتنا.

- عندما نراجع استئنافك، ندرس بعناية كل المعلومات المتعلقة بطلبك لتغطية الرعاية الطبية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما **رفضنا** طلبك.
- نجمع مزيدًا من المعلومات إذا كنا بحاجة إليها. قد نتصل بك أو بطبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.

ثمة مواعيد نهائية للاستئناف السريع.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم إليك إجابتنا **في غضون 72 ساعة من استلامنا استئنافك، أو في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة أسرع.** إذا رفضنا الاستئناف السريع، فسنقدم إليك أنت أو طبيبك أو الآمر بالوصفة أو ممثلك تأكيدًا شفهيًا بالرفض.
  - إذا لم نقدم لك إجابة في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم ستقوم IRO بمراجعته. ستُخطرك IRO كتابيًا عند تلقيها الاستئناف الذي قدمته. لاحقًا في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المؤسسة وسنشرح عملية الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من Medi-Cal، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع من المستوى 2 في الولاية بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في California، يُطلق على هذه الجلسة اسم جلسة استماع في الولاية. لتقديم طلب جلسة استماع في الولاية، راجع **القسم F4**.
- **إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله،** فيجب علينا اعتماد التغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة من استلامنا استئنافك، أو في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- **إذا كانت إجابتنا لا على جزء من طلبك أو كله،** فسنرسل استئنافك إلى IRO لإجراء استئناف من المستوى 2.

ثمة مواعيد نهائية للاستئناف القياسي.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية العادية، علينا أن نقدم إليك إجابتنا **في غضون 30 يومًا تقويميًا** من استلامنا الاستئناف الخاص بتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء Medicare Part B ولم تحصل عليه، فسنقدم إليك إجابتنا **في غضون سبعة أيام تقويمية** من استلامنا طلب الاستئناف الذي قدمته أو في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
  - إذا لم نقدم إليك إجابة بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ثم ستقوم IRO بمراجعته. لاحقًا في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المؤسسة وسنشرح عملية الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من Medi-Cal، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع من المستوى 2 في الولاية بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في California، يُطلق على هذه الجلسة اسم جلسة استماع في الولاية. لتقديم طلب جلسة استماع في الولاية، راجع **القسم F4**.

إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فيجب علينا اعتماد التغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا طلب الاستئناف الخاص بك، أو في أسرع وقت تتطلبه حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون سبعة أيام تقويمية من التاريخ الذي استلمنا فيه الاستئناف إذا كان طلبك يتعلق بدواء Medicare Part B.

إذا كانت إجابتنا **لا** على جزء من طلبك أو كله، **فلديك حقوق استئناف إضافية:**

- إذا كانت إجابتنا **لا** على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من Medicare، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا أرسلنا قضيتك إلى IRO للاستئناف من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من Medi-Cal، فسيشرح لك الخطاب كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك.

F4. تقديم استئناف من المستوى 2

إذا كانت إجابتنا **لا** على جزء من الاستئناف من المستوى 1 أو كله، فسنرسل خطابًا إليك. سيخبرك هذا الخطاب بما إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal أو كلاهما يغطيان الخدمة أو العنصر عادةً.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر يغطيهما برنامج **Medicare** عادةً، فسنرسل قضيتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف بمجرد اكتمال الاستئناف من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادةً ما يغطيهما برنامج **Medi-Cal**، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. سيطلعك الخطاب على كيفية القيام بذلك. كما أننا نقدم مزيدًا من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر قد يغطيهما **كل من Medicare وMedi-Cal**، فستحصل تلقائيًا على استئناف من المستوى 2 لدى IRO. بالإضافة إلى الاستئناف التلقائي من المستوى 2، يمكنك أيضا طلب عقد جلسة استماع في الولاية ومراجعة طبية مستقلة مع الولاية. ولكن لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع في الولاية.

إذا كنت مؤهلاً لمواصلة الحصول على المزايا عند تقديم استئنافك من المستوى 1، فقد تستمر أيضًا مزايا الخدمة أو العنصر أو الدواء قيد الاستئناف خلال المستوى 2. راجع **القسم F3** للحصول على معلومات بشأن مواصلة الحصول على مزاياك خلال الاستئناف من المستوى 1.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة عادةً ما يغطيها Medicare فقط، فلن تواصل الحصول على مزايا هذه الخدمة خلال عملية الاستئناف من المستوى 2 لدى IRO.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة عادةً ما يغطيها Medi-Cal فقط، فستواصل الحصول على مزايا هذه الخدمة إذا قدَّمت استئنافًا من المستوى 2 في غضون عشرة أيام تقويمية من استلام خطاب القرار الخاص بنا.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر عادةً ما يغطيهما Medicare

تراجع IRO استئنافك. وهي مؤسسة مستقلة يتعاقد معها Medicare.

> الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة (IRO) هو **كيان المراجعة المستقل**، ويُطلق عليه أحيانًا **IRE**.

- هذه المؤسسة ليست مرتبطة بنا كما أنها ليست وكالة حكومية. وقد اختار Medicare الشركة لتكون IRO، ويتولى الإشراف على عملها.
- نرسل معلومات عن الاستئناف ("ملف القضية" الخاص بك) إلى هذه المؤسسة. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف القضية الخاص بك.
- لديك الحق في تقديم معلومات إضافية إلى IRO لدعم استئنافك.
- يدرس المراجعون في IRO بعناية جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك.

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

- إذا قدَّمت إلينا استئنافًا سريعًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على استئناف سريع من المستوى 2. يتعين على IRO تقديم إجابة إليك بخصوص الاستئناف من المستوى 2 **في غضون 72 ساعة** من تسلمها استئنافك.

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

- إذا قدَّمت إلينا استئنافًا قياسيًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على استئناف قياسي من المستوى 2.
- إذا كان طلبك يتعلق بعنصر أو خدمة طبية، فيجب على IRO تقديم إجابة إليك بخصوص الاستئناف من المستوى 2 **في غضون 30 يومًا تقويميًا** من تسلمها استئنافك.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء Medicare Part B، فيجب على IRO تقديم إجابة إليك بخصوص الاستئناف من المستوى 2 **في غضون سبعة أيام تقويمية** من تسلمها استئنافك.

تمنحك IRO إجابتها كتابيًا وتشرح الأسباب.

- **إذا وافقت IRO على جزء من طلب الحصول على عنصر أو خدمة طبية أو وافقت عليه كله،** فيجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
  - اعتماد تغطية الرعاية الطبية **في غضون 72 ساعة، أو**
  - تقديم الخدمة في غضون **خمسة أيام عمل** من حصولنا على قرار IRO بالنسبة إلى **الطلبات العادية، أو**
  - تقديم الخدمة **في غضون 72 ساعة** من تاريخ حصولنا على قرار IRO بالنسبة إلى **الطلبات العاجلة**.
- **إذا وافقت IRO على جزء من طلب الحصول على دواء بموجب Medicare Part B أو وافقت عليه كله، فيجب علينا اعتماد الدواء بموجب Medicare Part B محل النزاع أو تقديمه:**
  - **في غضون 72 ساعة** من حصولنا على قرار IRO بالنسبة إلى **الطلبات العادية، أو**
  - **في غضون 24 ساعة** من تاريخ حصولنا على قرار IRO بالنسبة إلى **الطلبات العاجلة.**
- **إذا رفضت IRO جزءًا من استئنافك أو كله،** فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يُطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض الاستئناف".

- إذا كانت قضيتك تستوفي المتطلبات، فعليك اختيار ما إذا كنت تريد متابعة عملية الاستئناف.
- ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2، أي ما مجموعه خمسة مستويات.
- إذا تم رفض استئنافك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات متابعة عملية الاستئناف، فيجب أن تقرر ما إذا كنت ترغب في الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم استئناف ثالث. ترد التفاصيل بشأن كيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الاستئناف من المستوى 2.
- يتولى قاضٍ في القانون الإداري (ALJ) أو محامي التحكيم الاستئناف من المستوى 3. راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات عن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر عادةً ما يغطيهما Medi-Cal

توجد طريقتان لتقديم استئناف من المستوى 2 للخدمات والعناصر في Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو المراجعة الطبية المستقلة أو (2) جلسة استماع في الولاية.

(1) إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC)

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة التابع لـ DMHC. ومن خلال تقديم شكوى، ستراجع DMHC قرارنا. ستتولى DMHC التحقيق في شكواك أو تقرر ما إذا كانت الحالة مؤهلة للحصول على IMR. قد تتوفر IMR لأي خدمة أو عنصر طبي بطبيعته خاضع لتغطية Medi-Cal. وIMR هي مراجعة لحالتك من قِبل خبراء ليسوا جزءًا من خطتنا أو جزءًا من DMHC. إذا كان قرار IMR في صالحك، فيجب أن نقدم إليك الخدمة أو العنصر الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف مقابل IMR.

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب للحصول على IMR إذا كانت خطتنا:

- ترفض خدمة أو علاجًا في Medi-Cal أو تغيره أو تؤخره لأن خطتنا ترى أنه ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاجًا تجريبيًا أو خاضعًا للبحث في Medi-Cal لحالة طبية خطيرة.
- تجادل بشأن ما إذا كانت إحدى الخدمات أو الإجراءات الجراحية تجميلية أم ترميمية بطبيعتها.
- لن تدفع مقابل خدمات Medi-Cal الطارئة أو العاجلة التي تلقيتها بالفعل.
- لم تبت في استئنافك من المستوى 1 الخاص بخدمة Medi-Cal في غضون 30 يومًا تقويميًا بالنسبة إلى الاستئناف القياسي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، بالنسبة إلى الاستئناف السريع.

في معظم الحالات، يجب تقديم استئناف معنا قبل تقديم طلب للحصول على IMR. راجع **القسم F3** للحصول على معلومات حول عملية الاستئناف من المستوى 1. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم نموذج طلب/شكوى IMR إلى DMHC.

ملاحظة: إذا قدم المقدم الخاص بك استئنافًا نيابةً عنك، ولكننا لم نحصل على نموذج تعيين الممثل الخاص بك، فستحتاج إلى إعادة تقديم الاستئناف إلينا قبل أن تتمكن من تقديم طلب للحصول على IMR من المستوى 2 لدى DMHC، إلا إذا كان استئنافك ينطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال فقدان الحياة أو الأطراف أو وظائف الجسم الرئيسية.

يجوز لك طلب IMR وجلسة استماع في الولاية، ولكن لا يُسمح لك بالانتقال إلى IMR إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع في الولاية أو حضرت جلسة استماع في الولاية بشأن القضية نفسها.

إذا تم رفض علاجك لأنه كان تجريبيًا أو خاضعًا للبحث، فلا تتعين عليك المشاركة في عملية الاستئناف الخاصة بنا قبل التقدم بطلب للحصول على IMR.

إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك أو إذا كنت تشعر بألم شديد، فيمكنك إبلاغ DMHC بها على الفور دون المرور أولاً بعملية الاستئناف الخاصة بنا.

يجب عليك **التقدم بطلب للحصول على IMR في غضون ستة أشهر** من إرسالنا قرارًا كتابيًا إليك بشأن استئنافك. قد تقبل DMHC طلبك بعد ستة أشهر لسبب وجيه، مثل إصابتك بحالة طبية منعتك من طلب IMR في غضون ستة أشهر، أو عدم حصولك على إشعار مناسب منا بعملية IMR.

لتقديم شكوى أو طلب IMR:

- املأ نموذج الشكوى/IMR المتاح على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصل بمركز المساعدة في DMHC على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- قم بإرفاق نسخ من الخطابات أو المستندات الأخرى المتعلقة بالخدمة أو العنصر الذي رفضناه إذا كانت بحوزتك. يمكن لذلك أن يسرع عملية IMR. أرسل نسخًا من المستندات وليس الأصل. لا يمكن لمركز المساعدة إرجاع أي مستندات.
- املأ نموذج المساعد المعتمد إذا كان هناك شخص يساعدك على IMR الخاصة بك. يمكنك الحصول على النموذج على www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو الاتصال بمركز المساعدة التابع للإدارة على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- تقديم نموذج شكوى/IMR وأي مرفقات إلى DMHC عبر الإنترنت: www.dmhc.ca.gov/fileaComplaint.

التقديم عبر البريد أو الفاكس:

مركز المساعدة
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

في غضون سبعة أيام، ستراجع DMHC طلبك وسترسل إليك خطاب إقرار بالاستلام. إذا حددت DMHC أن الحالة مؤهلة للحصول على IMR، فسيتم اتخاذ قرار بشأن IMR في غضون 45 يومًا من استلام كل الوثائق المطلوبة.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للحصول على IMR، فسيتم عادةً اتخاذ قرار بشأن IMR في غضون سبعة أيام من استلام كل الوثائق المطلوبة.

إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة IMR، فلا يزال بإمكانك طلب جلسة استماع في الولاية.

يمكن أن تستغرق IMR وقتًا أطول إذا لم تتلقَ DMHC جميع السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تتعامل مع طبيب غير موجود في شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية وترسلها إلينا من ذلك الطبيب. وعلى خطتك الصحية الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء الموجودين في الشبكة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

إذا قررت DMHC أن حالتك غير مؤهلة للحصول على IMR، فستراجع DMHC حالتك من خلال عملية شكاوى المستهلكين العادية. ينبغي حل شكواك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكواك عاجلة، فسيتم حلها في وقت أقرب.

(2) جلسة الاستماع في الولاية

يمكنك طلب جلسة استماع في الولاية للخدمات والعناصر الخاضعة لتغطية Medi-Cal. إذا طالب طبيبك أو مقدم آخر بالحصول على خدمة أو عنصر لن نوافق عليه، أو أننا لن نواصل دفع تكلفة خدمة أو عنصر لديك بالفعل ورفضنا طلب الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته، فلديك الحق في طلب جلسة استماع في الولاية.

في معظم الحالات، **يكون لديك 120 يومًا لطلب جلسة استماع في الولاية** بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الاستئناف" إليك بالبريد.

ملاحظة: إذا طلبت عقد جلسة استماع في الولاية لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تحصل عليها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، **فسيتبقى لديك عدد أيام أقل لإرسال طلبك** إذا أردت الاستمرار في تلقي تلك الخدمة في أثناء انتظار جلسة الاستماع في الولاية. اقرأ "هل ستستمر المزايا الخاصة بي خلال الاستئناف من المستوى 2" في الصفحة الصفحة الصفحة 204 لمزيد من المعلومات.

يمكنك طلب جلسة استماع في الولاية من خلال الطرق التالية:

- عبر الإنترنت على www.cdss.ca.gov.
- عبر الهاتف: اتصل على الرقم 1-800-743-8525. قد يكون هذا الرقم مشغولاً جدًا. وقد تتلقى رسالة لإعادة الاتصال لاحقًا. إذا لم يكن بإمكانك التكلم أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال بـ TDD/TTY 1-800-952-8349.
- كتابيًا: املأ نموذج جلسة استماع في الولاية أو اكتب خطابًا. أرسله عبر البريد أو الفاكس إلى:
- البريد: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- الفاكس: (916) 309-3487 أو الرقم المجاني 1-833-281-0903
- يمكنك إكمال "طلب جلسة استماع في الولاية" على ظهر إشعار الإجراء. تأكد من تضمين اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي و/أو رقم CIN وسبب رغبتك في عقد جلسة استماع في الولاية. إذا كان هناك شخص يساعدك على طلب جلسة استماع في الولاية، فأضف اسمه وعنوانه ورقم هاتفه إلى النموذج أو الخطاب. إذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري، فأخبر قسم جلسات الاستماع في الولاية باللغة التي تتحدث بها. لن تضطر إلى الدفع مقابل خدمات المترجم الفوري. حيث سيوفر لك قسم جلسات الاستماع في الولاية مترجمًا. إذا كنت تعاني من إعاقة، فيمكن لقسم جلسات الاستماع في الولاية أن يوفر لك ترتيبات تيسيرية خاصة مجانًا لمساعدتك على المشاركة في جلسة الاستماع. يرجى تقديم معلومات عن إعاقتك والترتيبات التيسيرية التي تحتاج إليها.

يمنحك قسم جلسات الاستماع في الولاية قراره كتابيًا ويشرح أسباب اتخاذ هذا القرار.

- إذا **وافق** قسم جلسات الاستماع في الولاية على جزء من طلب الحصول على عنصر أو خدمة طبية أو كله، فيجب علينا اعتماد الخدمة أو العنصر أو تقديمهما **في غضون 72 ساعة** من الحصول على قراره.
- إذا **رفض** قسم جلسات الاستماع في الولاية جزءًا من طلب الاستئناف الذي قدمته أو كله، فهذا يعني أنه يوافق على أنه ينبغي لنا عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يُطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض الاستئناف".

إذا قررت IRO أو جلسة الاستماع في الولاية **رفض** طلبك بالكامل أو جزء منه، فلديك حقوق استئناف إضافية.

في حال إحالة استئنافك من المستوى 2 إلى **IRO**، لا يمكنك تقديم استئناف مرة أخرى إلا في حال استيفاء القيمة بالدولار للخدمة أو العنصر اللذين تريدهما الحد الأدنى لمبلغ معين. ويتولى ALJ أو محامي تحكيم الاستئناف من المستوى 3. **وسيشرح الخطاب الذي تحصل عليه من IRO حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تملكها.**

وسيشرح الخطاب الذي تحصل عليه من قسم جلسات الاستماع في الولاية خيار الاستئناف التالي.

راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوق الاستئناف بعد المستوى 2.

F5. مشكلات الدفع

لا نسمح لمقدمي الشبكة لدينا بمحاسبتك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية. وينطبق هذا حتى إذا دفعنا إلى المقدم أقل من رسوم المقدم مقابل خدمة أو عنصر خاضع للتغطية. ولن يطلب منك أبدًا دفع المبلغ المتبقي من أي فاتورة.

إذا حصلت على فاتورة مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية، فأرسل الفاتورة إلينا. لا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بالمقدم مباشرةً ونتولى حل المشكلة. وفي حال دفعت الفاتورة، يمكنك استرداد المبلغ من خطتنا إذا اتبعت القواعد الخاصة بالحصول على الخدمات أو العناصر.

للحصول على مزيد من المعلومات، راجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*. فهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد المبلغ إليك أو دفع فاتورة حصلت عليها من المقدم. كما يخبرنا بكيفية إرسال الأوراق التي تطالبنا بالدفع.

إذا طلبت استرداد أموالك، فأنت تطلب اتخاذ قرار تغطية. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابله خاضعًا للتغطية وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابله خاضعًا للتغطية واتبعت القواعد كلها، فسنرسل إلى المقدم الخاص بك تكلفة الخدمة أو العنصر عادةً في غضون 30 يومًا تقويميًا ولكن في موعد لا يتجاوز 60 يومًا تقويميًا من استلامنا طلبك. وبعد ذلك سيرسل المقدم المبلغ إليك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو العنصر بعد، فسنرسل المبلغ إلى المقدم مباشرةً. وعندما نرسل المبلغ، يكون الأمر مشابهًا **للموافقة** على طلبك للحصول على قرار تغطية.
- إذا كانت الخدمة أو العنصر غير خاضعين للتغطية، أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو العنصر ونشرح سبب ذلك.

إذا كنت لا تتفق مع قرارنا بعدم الدفع، **فبإمكانك تقديم استئناف**. اتبع عملية الاستئناف الموضحة في **القسم F3**. عند اتباعك لهذه التعليمات، يرجى ملاحظة ما يأتي:

- إذا قدَّمت استئنافًا لنرد المبلغ إليك، فيتعين علينا الرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا من استلامنا استئنافك.

إذا **رفضنا** استئنافك وكان **Medicare** عادةً ما يغطي الخدمة أو العنصر، فسنرسل قضيتك إلى IRO. وسنرسل إليك خطابًا إذا حدث ذلك.

- إذا نقضت IRO قرارنا وقالت إننا يجب أن ندفع إليك المبلغ، فحينئذ سيتعين علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى المقدم في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا تمت **الموافقة** على استئنافك في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف بعد المستوى 2، فيجب علينا أن نرسل المبلغ إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا تقويميًا.
- إذا رفضت IRO الاستئناف الذي قدمته، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا عدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يُطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض الاستئناف". ستتلقى خطابًا يشرح حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تتمتع بها. راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات عن مستويات الاستئناف الإضافية.

إذا **رفضنا** استئنافك وكان Medi-Cal عادةً ما يغطي الخدمة أو العنصر، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

G. أدوية Medicare Part D

تشمل المزايا التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خطتنا تغطية أدوية كثيرة. ومعظمها أدوية Medicare Part D. ثمة عدد قليل من الأدوية التي لا تكون خاضعة لتغطية Medicare Part D ولكن يمكن أن تكون خاضعة لتغطية برنامج Medi-Cal. **ينطبق هذا القسم على استئنافات أدوية Medicare Part D فقط.** سنقول "دواء" في بقية هذا القسم بدلاً من ذكر "دواء Medicare Part D" في كل مرة. بالنسبة إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medi-Cal فقط، اتبع العملية الواردة في **القسم E**.

يجب استخدام الدواء لمؤشر مقبول طبيًا كي تتم تغطيته. ويعني ذلك أن يكون الدواء معتمدًا من جانب Food and Drug Administration (FDA) أو مدعومًا بمرجعية طبية معينة. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات بشأن المؤشر المقبول طبيًا.

G1. قرارات التغطية والاستئنافات الخاصة بـ Medicare Part D

ترد أدناه أمثلة على قرارات التغطية التي يمكنك مطالبتنا بإصدارها في ما يتعلق بأدوية Medicare Part D:

- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يأتي:
  - تغطية دواء Medicare Part D غير مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بخطتنا أو
  - التنازل عن القيود المفروضة على تغطيتنا لدواء ما (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
- يمكنك سؤالنا عما إذا كان دواء ما خاضعًا للتغطية (مثلاً، عندما يكون دواؤك مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بخطتنا ولكن يجب علينا الموافقة عليه قبل أن نقوم بتغطيته).

ملاحظة: إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكن صرف وصفتك كما هو مكتوب، فستعطيك إشعارًا كتابيًا يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار تغطية.

> يُطلق على قرار التغطية الأولي المتعلق بأدوية Medicare Part D "**تحديد التغطية**".

- يمكنك مطالبتنا بالدفع مقابل دواء اشتريته بالفعل. ويُعَد ذلك مطالبة بقرار تغطية بشأن الدفع.

إذا كنت لا توافق على قرار تغطية اتخذناه، فيمكنك تقديم استئناف على قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية تقديم استئناف. استخدم الجدول أدناه لمساعدتك.

أي من هذه الحالات يمثل حالتك؟			
تحتاج إلى دواء ليس مدرجًا في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو تريد منا التنازل عن قاعدة أو قيد مفروض على دواء خاضع لتغطيتنا.	تريد منا تغطية دواء مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا وتعتقد أنك تستوفي قواعد الخطة أو قيودها (مثل الحصول على موافقة سابقة) الخاصة بالدواء الذي تحتاج إليه.	تريد أن تطلب منا رد تكلفة دواء حصلت عليه ودفعت مقابله بالفعل.	أخبرناك بأننا لن نغطي دواءً أو ندفع تكلفته بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا نوع من أنواع قرارات التغطية.)	**يمكنك أن تطالبنا باتخاذ قرار تغطية.**	**يمكنك مطالبتنا برد المبلغ إليك.** (هذا نوع من أنواع قرارات التغطية.)	**يمكنك تقديم استئناف.** (يعني ذلك أنك تطلب منا إعادة النظر في الأمر.)
ابدأ **بالقسم G2**، ثم راجع **القسمين G3 وG4**.	راجع **القسم G4**.	راجع **القسم G4**.	راجع **القسم G5**.

G2. استثناءات Medicare Part D

إذا لم نغطِّ دواء بالطريقة التي تريدها، فيمكنك أن تطلب منا إجراء "استثناء". وإذا رفضنا طلبك بإجراء استثناء، فيمكنك استئناف قرارنا.

عندما تطلب الحصول على استثناء، فعلى طبيبك أو آمر بالوصفة آخر شرح الأسباب الطبية لحاجتك إلى الاستثناء.

يُطلق أحيانًا على طلب تغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أو إزالة قيد مفروض على دواء أحيانًا طلب **"استثناء كتيب الوصفات"**

يُطلق على طلب دفع سعر أقل لأحد الأدوية غير المفضلة الخاضعة للتغطية أحيانًا طلب **استثناءات تحديد المستوى**.

في ما يأتي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أو يمكن لطبيبك أو آمر بالوصفة آخر أن يطلب منا إجراءها:

1. تغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا

- إذا اتفقنا على إجراء استثناء وتغطية دواء غير مدرج في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا، فستدفع مبلغ التسديد المشترك الذي ينطبق على الأدوية في المستوى 3 (الأدوية غير المفضلة).
- لا يمكنك الحصول على استثناء لمبلغ التسديد المشترك المطلوب مقابل الدواء.

2. إزالة قيد مفروض على دواء خاضع للتغطية

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض الأدوية المدرجة في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا (راجع **الفصل 5، القسم C** من كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية الخاصة ببعض الأدوية ما يأتي:
  - المطالبة باستخدام الدواء المكافئ لدواء ما بدلاً من الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.
  - الحصول على موافقتنا السابقة قبل موافقتنا على تغطية الدواء من أجلك. وهذا ما يُسمى في بعض الأحيان "التفويض السابق (PA)".
  - المطالبة بمحاولة استخدام دواء مختلف أولاً قبل موافقتنا على تغطية الدواء الذي تطلبه. وهذا ما يُسمى في بعض الأحيان "العلاج التدريجي".
  - حدود الكمية. بالنسبة إلى بعض الأدوية، ثمة قيود على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
- إذا وافقنا على استثناء لك ووضعنا قيدًا، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ التسديد المشترك المطلوب منك دفعه.

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 انخفض رقم مستوى مشاركة التكلفة، انخفض مبلغ التسديد المشترك المطلوب منك.

- غالبًا ما تشمل *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. وتُسمى هذه الأدوية أدوية "بديلة".
- إذا كان الدواء البديل لحالتك الطبية ضمن مستوى مشاركة تكلفة أقل من الدواء الذي تتناوله، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ مشاركة التكلفة للدواء البديل. سيؤدي هذا إلى خفض مبلغ التسديد المشترك للدواء.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله منتجًا بيولوجيًا، فيمكنك طلب تغطيته بمبلغ مشاركة التكلفة المخصص لأدنى مستوى من بدائل الأدوية من المنتجات البيولوجية، لحالتك.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً يحمل اسم علامة تجارية، فيمكنك طلب تغطيته بمبلغ مشاركة التكلفة المخصص لأدنى مستوى من بدائل الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية، لحالتك.
  - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواء مكافئًا، يمكنك طلب تغطيته بمبلغ مشاركة التكلفة المخصص لأدنى مستوى من بدائل الأدوية، سواء أكانت تحمل اسمًا تجاريًا أم كانت أدوية مكافئة، لحالتك.
- 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.

G3. الأمور المهمة التي يجب معرفتها بشأن طلب استثناء

يجب أن يخبرنا طبيبك أو آمر بالوصفة آخر بالأسباب الطبية.

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

غالبًا ما تشمل *قائمة الأدوية* الخاصة بنا أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. وتُسمى هذه الأدوية أدوية "بديلة". إذا كان الدواء البديل له فعالية الدواء الذي تطالب به نفسها، ولن يسبب مزيدًا من الآثار الجانبية أو مشكلات صحية أخرى، **فلن** نوافق بصفة عامة على طلبك للحصول على استثناء. إذا طلبت منا استثناءات تحديد المستوى، فإننا عادةً **لا نوافق** على طلبك إلا إذا كانت جميع الأدوية البديلة في مستوى مشاركة التكلفة (مستويات مشاركة التكلفة) الأقل لن تكون 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، فسيستمر الاستثناء عادةً حتى نهاية السنة التقويمية. وينطبق ذلك ما دام طبيبك يستمر في وصف الدواء لك وما دام الدواء آمنًا وفعالاً في علاج حالتك.
- إذا **رفضنا** طلبك للحصول على استثناء، فيمكنك تقديم استئناف. راجع **القسم G5** للحصول على معلومات بشأن تقديم الاستئناف إذا **رفضنا** طلبك.

يوضح لك القسم التالي كيفية طلب قرار التغطية، بما في ذلك الاستثناء.

G4. طلب اتخاذ قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء

- اطلب نوع قرار التغطية الذي تريده عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) أو مراسلتنا كتابيًا أو عبر الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو آمر بالوصفة آخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بالمطالبة.
- يمكنك أنت أو طبيبك (أو آمر بالوصفة آخر) أو شخص آخر يتصرف نيابةً عنك طلب قرار التغطية. يمكنك أيضًا تعيين محامٍ للتصرف نيابةً عنك.
- راجع **القسم E3** لمعرفة كيفية تعيين شخص ما ممثلاً لك.
- لا تحتاج إلى إعطاء إذن كتابي لطبيبك أو آمر بالوصفة آخر لطلب قرار التغطية نيابةً عنك.
- إذا أردت مطالبتنا برد تكلفة الدواء إليك، فراجع **الفصل 7** من كتيب *الأعضاء*.
- إذا طلبت استثناءً، فقدم لنا "بيانًا داعمًا". ويشمل البيان الداعم الأسباب الطبية التي ذكرها طبيبك أو الآمر بالوصفة الآخر لطلب الاستثناء.
- بإمكان طبيبك أو آمر بالوصفة آخر أن يرسل إلينا البيان الداعم عن طريق الفاكس أو البريد. ويمكنهما أيضًا إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان عن طريق الفاكس أو البريد.

اطلب منا "قرار تغطية سريعًا" إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

نستخدم "المواعيد النهائية العادية" ما لم نتفق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- **يعني قرار التغطية العادي** أننا سنعطيك إجابة في غضون 72 ساعة من حصولنا على بيان طبيبك.
- يعني **قرار التغطية السريع** أننا سنعطيك إجابة في غضون 24 ساعة من حصولنا على بيان طبيبك.

> يُطلق على "قرار التغطية السريع" اسم "**تحديد التغطية العاجل**".

يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع في الحالات الآتية:

- كان القرار لدواء لم تحصل عليه. إذ لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إذا كنت تطلب منا أن نرد إليك تكلفة دواء اشتريته بالفعل.
- ستتضرر حالتك الصحية أو قدرتك الوظيفية بشكل بالغ إذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية.

إذا أخبرنا الطبيب المعالج لك أو أي آمر بالوصفة آخر أن صحتك تتطلب الحصول على قرار تغطية سريع، فسنراجع طلبك وفقًا للإطار الزمني لقرار التغطية السريع. وسنرسل إليك خطابًا يحتوي على هذه المعلومات.

- إذا طلبت قرار تغطية سريعًا من دون دعم من طبيبك أو آمر بالوصفة آخر، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع، فسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
  - نرسل إليك خطابًا يفيد بأننا سنستخدم الموعد النهائي العادي. وسيطلعك الخطاب أيضًا على كيفية تقديم استئناف بخصوص قرارنا.
  - يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على الرد خلال 24 ساعة. للحصول على مزيد من المعلومات بشأن تقديم شكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع **القسم K**.

المواعيد النهائية لقرار التغطية السريع

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فعلينا أن نعطيك إجابتنا في غضون 24 ساعة من استلامنا طلبك.
  إذا طلبت الحصول على استثناء، فسنعطيك إجابتنا في غضون 24 ساعة من حصولنا على البيان الداعم من طبيبك.
  ونعطيك إجابتنا في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف لكي تراجعه IRO.
  راجع **القسم G6** لمزيد من المعلومات عن الاستئناف من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على جزء من طلبك أو كله، فسنمنحك التغطية في غضون 24 ساعة من استلامنا طلبك أو البيان الداعم من طبيبك.
- إذا **رفضنا** جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا يشرح لك الأسباب. وسيطلعك الخطاب أيضًا على كيف يمكنك تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لقرار التغطية العادي بخصوص دواء لم تحصل عليه

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية العادية، فعلينا أن نعطيك إجابتنا في غضون 72 ساعة من استلامنا طلبك. إذا طلبت الحصول على استثناء، فسنعطيك إجابتنا في غضون 72 ساعة من حصولنا على البيان الداعم من طبيبك. ونعطيك إجابتنا في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف لكي تراجعه IRO.
- إذا **وافقنا** على جزء من طلبك أو كله، فسنمنحك التغطية في غضون 72 ساعة من استلامنا طلبك أو البيان الداعم من طبيبك للحصول على استثناء.
- إذا **رفضنا** جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا يشرح لك الأسباب. وسيطلعك الخطاب أيضًا على كيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لقرار التغطية العادي بخصوص دواء اشتريته بالفعل

- علينا أن نعطيك إجابتنا في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلامنا طلبك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف لكي تراجعه IRO.
- إذا **وافقنا** على جزء من طلبك أو كله، فسنرد إليك المبلغ في غضون 14 يومًا تقويميًا.
- **إذا رفضنا** جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا يشرح لك الأسباب. وسيطلعك الخطاب أيضًا على كيفية تقديم استئناف.

G5. تقديم استئناف من المستوى 1

يُطلق على تقديم استئناف إلى خطتنا بخصوص قرار تغطية لدواء Medicare Part D **"إعادة الحكم"** في الخطة.

- قدِّم **الاستئناف القياسي** أو **السريع** من خلال الاتصال على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) أو مراسلتنا كتابيًا أو عبر الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو آمر بالوصفة آخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة باستئنافك.
- يجب أن تطلب الاستئناف **في غضون 65 يومًا تقويميًا** من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإخبارك بقرارنا.
- إذا فاتك الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لذلك، فقد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم استئنافك. ومن الأمثلة على الأسباب الوجيهة إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك عن الموعد النهائي. وضِّح سبب تأخر الاستئناف عند تقديمه.
- من حقك أن تطلب منا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة باستئنافك. ويمكنك أيضًا أن تمنحنا أنت وطبيبك مزيدًا من المعلومات لدعم استئنافك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب استئنافًا سريعًا.

> يُطلق على الاستئناف السريع أيضًا "**إعادة الحكم العاجلة**".

- إذا كنت تقدّم استئنافًا بخصوص قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه، فيجب عليك أنت أو طبيبك أو آمر بالوصفة آخر اتخاذ قرار بشأن حاجتك إلى استئناف سريع.
- متطلبات الاستئناف السريع هي متطلبات قرار التغطية السريع نفسها. راجع **القسم G4** لمزيد من المعلومات.

ننظر في استئنافك ونمنحك إجابتنا.

- سنراجع استئنافك وندرس مرة أخرى بعناية جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك.
- سنتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا 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 من المستوى 1

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فعلينا أن نعطيك إجابتنا **في غضون 72 ساعة** من استلامنا استئنافك.
  - ونعطيك إجابتنا في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.
  - إذا لم نقدم لك إجابة في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات بشأن مؤسسة المراجعة وعملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على جزء من طلبك أو كله، فيجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة من استلامنا استئنافك.
- إذا **رفضنا** جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويطلعك على كيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي من المستوى 1

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية العادية، فعلينا أن نعطيك إجابتنا **في غضون سبعة أيام تقويمية** من استلامنا الاستئناف الخاص بدواء لم تحصل عليه.
- سنبلغك بقرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على الدواء وكانت حالتك الصحية تستدعي ذلك. اطلب استئنافًا سريعًا إذا كنت تعتقد أن حالتك الصحية تستدعي ذلك.
  - إذا لم نبلغك بقرارنا في غضون سبعة أيام تقويمية، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات بشأن مؤسسة المراجعة وعملية الاستئناف من المستوى 2.

في حال **وافقنا** على جزء من طلبك أو كله:

- يجب علينا **تقديم التغطية** التي وافقنا على تقديمها في أسرع وقت تقتضيه حالتك الصحية، ولكن **في فترة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية** من استلامنا استئنافك.
- يجب علينا **أن نرسل إليك المبلغ المدفوع** مقابل دواء اشتريته **في غضون 30 يومًا تقويميًا** من استلامنا استئنافك.

في حال **رفضنا** جزءًا من طلبك أو كله:

- سنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويطلعك على كيفية تقديم استئناف.
- يجب أن نمنحك إجابتنا بشأن رد المبلغ إليك مقابل دواء اشتريته **في غضون 14 يومًا تقويميًا** من استلامنا استئنافك.
  - إذا لم نبلغك بقرارنا في غضون 14 يومًا تقويميًا، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات بشأن مؤسسة المراجعة وعملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا **وافقنا** على جزء من طلبك أو كله، فيجب أن نرد إليك المبلغ في غضون 30 يومًا تقويميًا من استلامنا طلبك.
- إذا **رفضنا** جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويطلعك على كيفية تقديم استئناف.

G6. تقديم استئناف من المستوى 2

إذا **رفضنا** استئنافك من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم استئناف آخر. إذا قررت تقديم استئناف آخر، فاستخدم عملية الاستئناف من المستوى 2. وستراجع **IRO** قرارنا عندما **رفضنا** استئنافك الأول. وتقرر هذه المؤسسة ما إذا كان علينا أن نغير قرارنا.

الاسم الرسمي لـ "مؤسسة المراجعة المستقلة" (IRO) هو **"كيان المراجعة المستقل"**، ويُطلق عليه أحيانًا **"IRE"**.

لتقديم استئناف من المستوى 2، عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو آمر بالوصفة آخر التواصل مع IRO **كتابيًا** وطلب مراجعة قضيتك.

- إذا **رفضنا** استئنافك من المستوى 1، فسيتضمن الخطاب الذي سنرسله إليك **تعليمات بشأن كيفية تقديم استئناف من المستوى 2** لدى IRO. توضح التعليمات الأشخاص الذين يمكنهم تقديم الاستئناف من المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها، وكيفية التواصل مع المؤسسة.
- عندما تقدِّم استئنافًا إلى IRO، سنرسل المعلومات التي لدينا عن استئنافك إلى المؤسسة. وتُسمى هذه المعلومات "ملف القضية" الخاص بك. **لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف القضية الخاص بك**. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على طلب نسخة مجانية من ملف قضيتك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711).
- لديك الحق في تقديم معلومات إضافية إلى IRO لدعم استئنافك.

تراجع IRO الاستئناف من المستوى 2 لـ Medicare Part D وتعطيك إجابة كتابيًا. راجع **القسم F4** للحصول على مزيد من المعلومات عن IRO.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع من المستوى 2

اطلب استئنافًا سريعًا من IRO إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

- إذا وافقت على منحك استئنافًا سريعًا، فعليها أن تعطيك إجابة **في غضون 72 ساعة** من استلام طلب استئنافك.
- إذا **وافقت** على جزء من طلبك أو كله، فيجب علينا تقديم تغطية الأدوية التي تمت الموافقة عليها **في غضون 24 ساعة** من الحصول على قرار IRO.

المواعيد النهائية للاستئناف القياسي من المستوى 2

إذا كان لديك استئناف قياسي من المستوى 2، فيجب على IRO أن تمنحك إجابة:

- **في غضون سبعة أيام تقويمية** من استلام استئنافك الخاص بدواء لم تحصل عليه.
- **في غضون 14 يومًا تقويميًا** من استلام استئنافك لاسترداد تكلفة دواء اشتريته.

في حال **وافقت** IRO على جزء من طلبك أو كله:

- يجب علينا تقديم تغطية الأدوية التي تمت الموافقة عليها **في غضون 72 ساعة** من الحصول على قرار IRO.
- يجب علينا رد تكلفة الدواء الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميًا من الحصول على قرار IRO.
- إذا **رفضت** مؤسسة IRO استئنافك، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يُطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض الاستئناف".

إذا **رفضت** IRO استئنافك من المستوى 2، فلديك الحق في تقديم استئناف من المستوى 3 إذا كانت القيمة بالدولار لتغطية الأدوية التي تطلب الحصول عليها تستوفي الحد الأدنى من القيمة بالدولار. وإذا كانت القيمة بالدولار لتغطية الأدوية التي تطلب الحصول عليها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلن تتمكن من تقديم استئناف آخر. وفي هذه الحالة، يكون قرار الاستئناف من المستوى 2 نهائيًا. وسترسل إليك IRO خطابًا تخبرك فيه بالحد الأدنى للقيمة بالدولار اللازمة لتقديم استئناف من المستوى 3.

إذا كانت القيمة بالدولار لطلبك تستوفي المتطلبات، فستختار ما إذا كنت تريد متابعة عملية الاستئناف.

- ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2.
- إذا **رفضت** IRO استئنافك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات متابعة عملية الاستئناف، فإنك:
  - ستقرر ما إذا كنت تريد تقديم استئناف من المستوى 3.
  - ستراجع الخطاب الذي أرسلته IRO إليك بعد الاستئناف من المستوى 2 للحصول على تفاصيل بشأن كيفية تقديم استئناف من المستوى 3.

يتولى ALJ أو محامي تحكيم الاستئنافات من المستوى 3. راجع **القسم J** للحصول على معلومات عن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

H. مطالبتنا بتغطية الإقامة في المستشفى لمدة أطول

عند دخولك المستشفى، يكون من حقك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها الضرورية لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما. للحصول على مزيد من المعلومات عن تغطية المستشفى في خطتنا، راجع **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.

في أثناء إقامتك الخاضعة للتغطية في المستشفى، سيتعاون معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. وسيساعدونك أيضًا على ترتيب الرعاية التي قد تحتاج إليها بعد مغادرتك.

- يُسمى اليوم الذي تغادر فيه المستشفى "موعد الخروج".
- سيخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى بموعد خروجك.

إذا اعتقدت أنه يُطلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر جدًا أو إذا كنت قلقًا بشأن رعايتك بعد مغادرة المستشفى، فيمكنك أن تطلب الإقامة في المستشفى لمدة أطول. ويخبرك هذا القسم بكيفية طلب ذلك.

بخلاف الاستئنافات التي تمت مناقشتها في **القسم H** هذا، يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بمراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. ويمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى استئناف من المستوى 3 أو بدلاً منه.

H1. التعرف على حقوقك في Medicare

خلال يومين من دخولك المستشفى، سيعطيك شخص في المستشفى، مثل الممرضة أو اختصاصي الحالة، إشعارًا كتابيًا يُسمى "رسالة مهمة من Medicare بخصوص حقوقك". ويحصل كل شخص مشترك في Medicare على نسخة من هذا الإشعار عند دخوله المستشفى.

إذا لم تحصل على الإشعار، فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- **اقرأ الإشعار** بتمعن واطرح الأسئلة في حال عدم فهمك. يخبرك الإشعار بشأن حقوقك بصفتك مريضًا في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:
  - الحصول على الخدمات التي يغطيها Medicare في أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. ولديك الحق في معرفة ما هذه الخدمات، ومن سيدفع ثمنها، وأين يمكنك الحصول عليها.
  - أن تكون جزءًا من أي قرارات بشأن مدة إقامتك في المستشفى.
  - معرفة مكان الإبلاغ عن أي مخاوف لديك بشأن جودة رعايتك في المستشفى.
  - تقديم استئناف إذا كنت تعتقد أنك ستخرج من المستشفى في وقت مبكر جدًا.
- **وقِّع على الإشعار** لإثبات أنك حصلت عليه وفهمت حقوقك.
  - يمكنك أنت أو شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإشعار.

- يبين التوقيع على الإشعار أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك **فقط**. و**لا** يعني التوقيع أنك توافق على موعد الخروج الذي قد يكون أبلغك به طبيبك أو طاقم المستشفى.

- **احتفظ بنسخة** من الإشعار الموقَّع حتى تكون معك المعلومات المتضمنة فيه إذا احتجت إليها.

إذا وقَّعت على الإشعار قبل مغادرتك المستشفى بأكثر من يومين، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك منه.

يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مقدمًا إذا:

- اتصلت بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة
- اتصل بـ Medicare على الرقم MEDICARE 1-800 (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

H2. تقديم استئناف من المستوى 1

لطلب تغطية خدمات إقامتك بصفتك مريضًا في المستشفى لوقت أطول، فقدِّم استئنافًا. ستراجع مؤسسة تحسين الجودة (QIO) الاستئناف من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان موعد خروجك من المستشفى المخطط له ملائمًا لك طبيًا.

إن QIO هي مجموعة من أطباء ومتخصصين آخرين في الرعاية الصحية تدفع إليهم الحكومة الفيدرالية. يراقب هؤلاء الخبراء الجودة ويساعدون على تحسينها للأشخاص المشتركين في Medicare. وهم ليسوا جزءًا من خطتنا.

في California، يُطلق على QIO اسم مؤسسة بدء الرعاية الصحية. اتصل بها على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 711). معلومات التواصل مدرجة أيضًا في الإشعار "رسالة مهمة من Medicare بخصوص حقوقك" وفي **الفصل 2**.

اتصل بـ QIO قبل مغادرة المستشفى وفي موعد لا يتجاوز موعد خروجك المخطط له.

- **إذا اتصلت قبل المغادرة**، فيمكنك الإقامة في المستشفى بعد موعد خروجك المخطط له من دون دفع التكلفة بينما تنتظر قرار QIO بخصوص استئنافك.
- **إذا لم تتصل لتقديم طلب استئناف**، وقررت الإقامة في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له، فقد تدفع جميع تكاليف الرعاية في المستشفى التي حصلت عليها بعد تاريخ الخروج من المستشفى المخطط له.
- نظرًا إلى أن الإقامة في المستشفى تغطيها كل من Medicare وMedi-Cal، إذا لم يصل طلبك إلى مؤسسة تحسين الجودة لمواصلة إقامتك في المستشفى، أو كنت تعتقد أن وضعك عاجل، أو ينطوي على تهديد مباشر وخطِر لصحتك، أو كنت تشعر بألم شديد، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. ويرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها. وفي حال كانت لديك أي أسئلة أو احتجت إلى المساعدة في أي وقت:

- اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة.
- اتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222.

اطلب مراجعة سريعة. تصرف بسرعة واتصل بـ QIO لطلب مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني الذي يُطلق على "**المراجعة السريعة**" هو "**المراجعة الفورية**" أو "**المراجعة العاجلة**".

ما يحدث في أثناء المراجعة السريعة

- يقوم مراجعو QIO بسؤالك أنت أو ممثلك عن السبب الذي يجعلك تعتقد أن التغطية يجب أن تستمر بعد موعد الخروج من المستشفى المخطط له. ولست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- يلقي المراجعون نظرة على معلوماتك الطبية ويتحدثون إلى طبيبك ويراجعون المعلومات المقدمة إليهم من قِبل المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لليوم الذي يبلغ فيه المراجعون خطتنا باستئنافك، ستحصل على خطاب يتضمن موعد خروجك المخطط له. كما يوضح الخطاب أيضًا أسباب اعتقاد طبيبك والمستشفى واعتقادنا أن ذلك هو موعد الخروج الملائم لك طبيًا.

المصطلح القانوني لهذا التوضيح الكتابي هو "**إشعار مفصل بالخروج من المستشفى**". ويمكنك الحصول على نموذج منه من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة أو على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.) يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج إشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

في غضون يوم كامل من حصول QIO على جميع المعلومات التي تحتاج إليها، فإنها ستمنحك إجابتها على الاستئناف الذي قدمته.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- فسنقدّم إليك خدمات إقامة المريض في المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- فإنها تعتقد أن موعد الخروج المخطط له ملائم طبيًا.
- ستنتهي تغطيتنا لخدمات إقامتك بصفتك مريضًا في المستشفى في ظهر اليوم الذي يلي استلامك إجابة QIO على استئنافك.
- قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظهر اليوم الذي يلي استلامك إجابة QIO على استئنافك.
- يمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 إذا رفضت QIO الاستئناف من المستوى 1 **وأقمت** في المستشفى بعد موعد الخروج المخطط له.

H3. تقديم استئناف من المستوى 2

بالنسبة إلى الاستئناف من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO دراسة القرار الذي اتخذَته بشأن الاستئناف من المستوى 1 مرة أخرى. اتصل بها على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 711).

يجب عليك طلب هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من اليوم الذي أجابت فيه QIO **بلا** عن الاستئناف الخاص بك من المستوى 1. ولا يمكنك طلب هذه المراجعة **إلا** إذا أقمت في المستشفى بعد موعد انتهاء تغطية رعايتك.

سيقوم مراجعو QIO بما يأتي:

- دراسة جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية مرة أخرى.
- إبلاغك بقرارهم بشأن الاستئناف من المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- فيجب أن نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ ظهر اليوم الذي يلي تاريخ رفض QIO الاستئناف من المستوى 1.
- فسنقدِّم إليك خدمات إقامة المريض في المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- فإنها توافق على قرارها بشأن استئنافك من المستوى 1 ولن تغيره.
- فإنها تقدِّم إليك خطابًا يخبرك بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في متابعة عملية الاستئنافات وتقديم استئناف من المستوى 3.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC أو مطالبتها بمراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يتولى ALJ أو محامي تحكيم الاستئنافات من المستوى 3. راجع **القسم J** للحصول على معلومات عن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

I. مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- رعاية التمريض المتخصص في مرفق تمريض متخصص، **و**
- رعاية إعادة التأهيل التي تتلقاها بصفتك من مرضى العيادات الخارجية في CORF معتمد من قِبل Medicare. ويعني ذلك عادةً أنك تحصل على علاج لمرض ما أو حادثة ما أو أنك تتعافى من جراحة كبيرة.

في أي من أنواع الخدمات الثلاثة هذه، يحق لك الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية ما دام أن الأطباء يرون أنك بحاجة إليها.

عندما نقرر إيقاف تغطية أي من هذه الأنواع من الرعاية، يجب علينا إخبارك **قبل** انتهاء خدماتك. وعندما تنتهي تغطية تلك الخدمات، سنتوقف عن الدفع مقابلها.

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

I1. الإشعار السابق قبل انتهاء تغطيتك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا سيصلك قبل يومين على الأقل من توقفنا عن الدفع مقابل رعايتك. ويُسمى ذلك "إشعار عدم تغطية Medicare". يخبرك الإشعار بالموعد الذي سنتوقف فيه عن تغطية الرعاية التي تتلقاها، وكيفية تقديم استئناف على هذا القرار.

عليك أو على ممثلك التوقيع على الإشعار لتوضيح حصولك عليه. ويبين التوقيع على الإشعار أنك حصلت على المعلومات **فقط**. ولا يعني التوقيع أنك توافق على قرارنا.

I2. تقديم استئناف من المستوى 1

إذا اعتقدت أننا ننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك الاستئناف على قرارنا. ويخبرك هذا القسم بعملية الاستئنافات من المستوى 1 وما يجب القيام به.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. افهم المواعيد النهائية التي تنطبق على الأشياء التي يجب عليك القيام بها واتبعها. يجب أن تتبع خطتنا المواعيد النهائية أيضًا. وإذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K** للحصول على مزيد من المعلومات بشأن الشكاوى.
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** وفي حال كانت لديك أي أسئلة أو احتجت إلى المساعدة في أي وقت:
  - اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة.
  - اتصل بـ HICAP على الرقم 1-800-434-0222.
- **اتصال بـ QIO.**
  - راجع **القسم H2** أو راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات بشأن QIO وكيفية التواصل معها.
  - اطلب منها مراجعة استئنافك واتخاذ قرار بشأن تغيير قرار خطتنا.
- **تصرف بسرعة واطلب الحصول على "استئناف عاجل".** واسأل QIO عما إذا كان من الملائم طبيًا لنا إنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة

- يجب عليك الاتصال بـ QIO لبدء الاستئناف بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ السريان المحدد في "إشعار عدم تغطية Medicare" الذي أرسلناه إليك.
- إذا لم يصل طلبك إلى مؤسسة تحسين الجودة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك أو كنت تعتقد أن وضعك عاجل أو ينطوي على تهديد فوري وخطِر لصحتك أو إذا كنت تشعر بألم شديد، فيمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC) ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو "**إشعار عدم تغطية Medicare**". وللحصول على نسخة من النموذج، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام المدرجة في أسفل الصفحة أو اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو احصل على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

ما يحدث في أثناء الاستئناف العاجل

- يقوم مراجعو QIO بسؤالك أنت أو ممثلك عن السبب الذي يجعلك تعتقد أن التغطية يجب أن تستمر. ولست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- يلقي المراجعون نظرة على معلوماتك الطبية ويتحدثون إلى طبيبك ويراجعون المعلومات المقدمة إليهم من قِبل خطتنا.
- ترسل إليك خطتنا أيضًا إشعارًا كتابيًا يشرح أسباب إنهاء تغطية خدماتك. وستتلقى الإشعار بحلول نهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون باستئنافك.

المصطلح القانوني لشرح الإشعار هو "**الشرح المفصل لعدم التغطية**".

- سيقدم المراجعون قرارهم في غضون يوم كامل بعد الحصول على كل المعلومات التي يحتاجون إليها.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- فسنقدّم إليك الخدمات الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- فستنتهي تغطيتك في الموعد الذي أخبرناك به.
- سنتوقف عن دفع تكاليف هذه الرعاية في الموعد المحدد في الإشعار.
- ستدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت مواصلة الحصول على رعاية صحية منزلية أو الرعاية في مرفق التمريض المتخصص أو خدمات CORF بعد موعد انتهاء تغطيتك.
- ستقرر ما إذا كنت تريد مواصلة الحصول على هذه الخدمات وتقديم استئناف من المستوى 2.

I3. تقديم استئناف من المستوى 2

بالنسبة إلى الاستئناف من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO دراسة القرار الذي اتخذَته بشأن الاستئناف من المستوى 1 مرة أخرى. اتصل بالمؤسسة على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 1-866-868-2289).

يجب عليك طلب هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من اليوم الذي أجابت فيه QIO **بلا** عن الاستئناف الخاص بك من المستوى 1. ولا يمكنك طلب هذه المراجعة **إلا** إذا واصلت الحصول على الرعاية بعد موعد انتهاء تغطية رعايتك.

سيقوم مراجعو QIO بما يأتي:

- دراسة جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية مرة أخرى.
- إبلاغك بقرارهم بشأن الاستئناف من المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

إذا **وافقت** QIO على استئنافك:

- سنرد إليك تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الموعد الذي ذكرنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.
- سنوفر تغطية للرعاية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

إذا **رفضت** QIO استئنافك:

- فإنها تتفق مع قرارنا بإنهاء رعايتك ولن تغيره.
- فإنها تقدِّم إليك خطابًا يخبرك بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في متابعة عملية الاستئنافات وتقديم استئناف من المستوى 3.
- يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بمراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. ويمكنك تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بمراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى استئناف من المستوى 3 أو بدلاً منه.

يتولى ALJ أو محامي تحكيم الاستئنافات من المستوى 3. راجع **القسم J** للحصول على معلومات عن الاستئنافات من المستوى 3 و4 و5.

J. الانتقال باستئنافك إلى ما بعد المستوى 2

J1. الخطوات التالية للخدمات والبنود من Medicare

إذا قدَّمت استئنافًا من المستوى 1 والمستوى 2 بخصوص خدمات أو بنود من Medicare وتم رفض كلا الاستئنافين، فقد يكون لك الحق في مستويات إضافية من الاستئناف.

إذا كانت القيمة بالدولار للخدمة أو البند من Medicare الذي استأنفت فيهما لا تستوفي الحد الأدنى للمبلغ بالدولار، فلا يمكنك تقديم مزيد من الاستئنافات. وإذا كانت القيمة بالدولار كبيرة بدرجة كافية، فيمكنك متابعة عملية الاستئنافات. ويشرح الخطاب الذي تحصل عليه من IRO للاستئناف من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب القيام به لطلب استئناف من المستوى 3.

استئناف من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الاستئنافات هو جلسة استماع ALJ. ويكون الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامي تحكيم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافقت** ALJ أو محامي التحكيم على استئنافك، فلدينا الحق في تقديم استئناف على القرار من المستوى 3 يكون في صالحك.

- إذا قررنا تقديم **استئناف** على القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة. وقد ننتظر قرار الاستئناف من المستوى 4 قبل اعتماد الخدمة محل النزاع أو تقديمها.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- إذا قررنا **عدم الاستئناف** على القرار، فيجب علينا اعتماد الخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا تقويميًا من الحصول على قرار ALJ أو محامي التحكيم.
  - إذا **رفضت** ALJ أو محامي التحكيم استئنافك، فقد تستمر عملية الاستئنافات.
- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررتَ **عدم قبول** هذا القرار الذي يقضي برفض استئنافك، 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

يراجع مجلس الاستئنافات في Medicare (المجلس) استئنافك ويمنحك إجابة. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** المجلس على استئنافك من المستوى 4 أو إذا رفض طلبنا بمراجعة قرار الاستئناف من المستوى 3 الذي في صالحك، فلدينا الحق في الاستئناف إلى المستوى 5.

- إذا قررنا **الاستئناف** على القرار، فسنبلغك كتابيًا.
- إذا قررنا **عدم الاستئناف** على القرار، فيجب علينا اعتماد الخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا تقويميًا من الحصول على قرار المجلس.

إذا **رفض** المجلس أو لم يوافق على طلبنا بالمراجعة، فقد تستمر عملية الاستئنافات.

- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررتَ **عدم قبول** هذا القرار الذي يقضي برفض استئنافك، فقد تتمكن من المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيخبرك الإشعار الذي ستتلقاه بما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 5 وما يجب القيام به.

استئناف من المستوى 5

- سيراجع قاضٍ بالمحكمة المحلية الفيدرالية استئنافك وجميع المعلومات ومن ثَمَّ يقرر **الموافقة** أو **الرفض**. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى بعد المحكمة المحلية الفيدرالية.

J2. استئنافات Medi-Cal الإضافية

لديك أيضًا حقوق أخرى لتقديم الاستئنافات إذا كان استئنافك يتعلق بالخدمات أو البنود التي عادةً ما تغطيها Medi-Cal. وسيخبرك الخطاب الذي ستتلقاه من قسم الاستئنافات وجلسات الاستماع في الولاية بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في متابعة عملية الاستئنافات

وسيخبرك الخطاب الذي ستتلقاه من قسم جلسات الاستماع في الولاية بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في متابعة عملية الاستئنافات.

J3. مستويات الاستئناف 3 و4 و5 لطلبات أدوية Medicare Part 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. ويوضح الرد الكتابي الذي ستتلقاه على استئنافك من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب القيام به لطلب استئناف من المستوى 3.

استئناف من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الاستئنافات هو جلسة استماع ALJ. ويكون الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامي تحكيم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافقت** ALJ أو محامي التحكيم على استئنافك:

- فستنتهي عملية الاستئناف.
- يجب علينا اعتماد تغطية الأدوية التي تمت الموافقة عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة بالنسبة إلى الاستئناف العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا من تلقي القرار.

إذا **رفضت** ALJ أو محامي التحكيم استئنافك، فقد تستمر عملية الاستئنافات.

- إذا قررتَ **الموافقة** على هذا القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررتَ **عدم قبول** هذا القرار الذي يقضي برفض استئنافك، 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

يراجع المجلس استئنافك ويمنحك إجابة. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

إذا **وافق** المجلس على استئنافك:

- فستنتهي عملية الاستئناف.
- يجب علينا اعتماد تغطية الأدوية التي تمت الموافقة عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة بالنسبة إلى الاستئناف العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا من تلقي القرار.

إذا **رفض** المجلس استئنافك أو إذا لم يوافق على طلب المراجعة، فقد تستمر عملية الاستئنافات.

- إذا قررت **الموافقة** على القرار الذي يرفض الاستئناف الذي قدمته، فستنتهي عملية الاستئناف.
- إذا قررتَ **عدم قبول** هذا القرار الذي يقضي برفض استئنافك، فقد تتمكن من المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. وسيخبرك الإشعار الذي ستتلقاه بما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 5 وما يجب القيام به.

استئناف من المستوى 5

- سيراجع قاضٍ بالمحكمة المحلية الفيدرالية استئنافك وجميع المعلومات ومن ثَمَّ يقرر **الموافقة** أو **الرفض**. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى بعد المحكمة المحلية الفيدرالية.

K. كيفية تقديم شكوى

K1. أنواع المشكلات التي يجب أن تتحول إلى شكاوى

لا تُستخدم عملية تقديم الشكاوى إلا في أنواع معينة من المشكلات، مثل المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية 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	• أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي حصلت عليها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• تعتقد أن ثمة شخصًا ما لا يحترم حقك في الخصوصية أو شارك معلومات سرية عنك.
عدم الاحترام أو سوء خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	• كان مقدم الرعاية الصحية أو الموظفون وقحين أو غير محترمين معك. • عاملك موظفونا معاملة سيئة. • تعتقد أنه يتم دفعك إلى الخروج من خطتنا.
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	• لا يمكنك الوصول من الناحية البدنية إلى الخدمات والمرافق المتعلقة بالرعاية الصحية في عيادة الطبيب أو مقر المقدم. • لا يوفر طبيبك أو المقدم مترجمًا فوريًا للغة غير الإنجليزية التي تتحدث بها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو اللغة الإسبانية). • لا يمنحك المقدم أي وسائل راحة أخرى معقولة تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	• تواجه مشكلة في الحصول على موعد أو تنتظر فترة طويلة لتحصل عليه. • تُترك في فترة انتظار لمدة طويلة جدًا من قِبل الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الصحة أو قسم خدمات الأعضاء أو موظفي الخطة الآخرين.
النظافة	• تعتقد أن العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب ليست نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها منا	• تعتقد أننا لم نرسل إليك إشعارًا أو رسالة كان يجب أن تتلقاها. • تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك من الصعب جدًا فهمها.

شكوى	مثال
الأوقات المحددة المتعلقة بقرارات التغطية أو الاستئنافات	• تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية التي حددناها لاتخاذ قرار تغطية أو لمنحك إجابة بشأن استئنافك. • تعتقد أننا، بعد الحصول على قرار بشأن التغطية أو الاستئناف لصالحك، لا نلتزم بالمواعيد النهائية للموافقة على الخدمة أو تقديمها إليك أو رد تكلفة خدمات طبية معينة. • تعتقد أننا لا نرسل قضيتك إلى IRO في الوقت المناسب.

ثمة أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. ويتم تقديم الشكوى الداخلية إلى خطتنا وتقوم خطتنا بمراجعتها. بينما يتم تقديم الشكوى الخارجية إلى إحدى المؤسسات غير التابعة لخطتنا وتقوم تلك المؤسسة بمراجعتها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة على تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على رقم الهاتف المدرج في أسفل هذه الصفحة.

المصطلح القانوني الذي يُطلق على "شكوى" هو **"تظلم"**.

المصطلح القانوني الذي يُطلق على "تقديم شكوى" هو **"تقديم تظلم"**.

K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم يكن الأمر يتعلق بأدوية Medicare Part D. وإذا كانت الشكوى متعلقة بأدوية Medicare Part D، فيجب تقديمها **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من مواجهتك المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان ثمة أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به، فسيساعدك قسم خدمات الأعضاء.
- يمكنك أيضًا كتابة شكواك وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابيًا، فسنرد عليها كتابيًا.
- إذا طلبت إجابة كتابية، فسنرد كتابيًا. وإذا قدمت شكوى (تظلم) كتابية، أو إذا كانت الشكوى تتعلق بجودة الرعاية، فسنرد عليك كتابيًا.
- سنرسل إليك خطابًا في غضون خمسة أيام تقويمية من تاريخ استلام الشكوى لإعلامك بأننا تلقّينا الشكوى.

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. في بعض الحالات، لديك الحق في طلب مراجعة سريعة لشكواك. وهذا ما يُسمى إجراء "الشكوى السريعة". يحق لك طلب إجراء مراجعة سريعة لشكواك إذا كنت لا توافق على قرارنا في الحالات الآتية:

- إذا رفضنا طلبك إجراء مراجعة سريعة لطلب الرعاية الطبية أو أدوية Medicare Part D.
- إذا رفضنا طلبك مراجعة سريعة لاستئناف على رفض توفير الخدمات أو أدوية Medicare Part D.

- قررنا أن هناك حاجة إلى وقت إضافي لمراجعة طلبك للحصول على الرعاية الطبية.
- قررنا أن هناك حاجة إلى وقت إضافي لمراجعة الاستئناف الذي قدمته بشأن رفض الرعاية الطبية.
- ينبغي تقديم الشكاوى المتعلقة بـ Medicare Part D في غضون 60 يومًا تقويميًا من مواجهتك المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها. ويجب تقديم جميع أنواع الشكاوى الأخرى إلينا أو إلى المقدم في أي وقت من اليوم الذي وقع فيه الحادث أو الإجراء الذي تسبب في عدم رضاك.
- إذا كنت تقدم شكوى بسبب رفضنا طلبك بالحصول على "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع"، فيمكنك طلب "شكوى سريعة" وسنستجيب لها خلال 24 ساعة.

المصطلح القانوني الذي يُطلق على "الشكوى العاجلة" هو **"التظلم العاجل"**.

إذا أمكن فسنجيبك على الفور. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من منحك ردًا في المكالمة الهاتفية نفسها. وإذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الإجابة بسرعة، فسنفعل ذلك.

- نحن نرد على أغلب الشكاوى في غضون 30 يومًا تقويميًا. وإذا لم نتوصل إلى قرار في غضون 30 يومًا تقويميًا بسبب الحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنبلغك بذلك كتابيًا. ونزودك أيضًا بتحديث للحالة بالإضافة إلى الوقت المقدر للحصول على إجابة.
- إذا قدَّمت شكوى بسبب رفضنا طلبك بالحصول على "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع"، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونستجيب لها خلال 24 ساعة.
- إذا قدَّمت شكوى لأننا استغرقنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار تغطية أو تقديم استئناف، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونستجيب لها خلال 24 ساعة.

إذا لم نوافق على بعض ما جاء في شكواك أو لم نوافق عليها بأكملها، فسنخبرك بذلك ونقدم إليك الأسباب. ونرد سواء كنا موافقين على ما جاء في شكواك أم لا.

K3. الشكاوى الخارجية

Medicare

يمكنك إبلاغ Medicare بشكواك أو إرسالها إليها. ويتوفر نموذج شكوى Medicare على الموقع الإلكتروني: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. ولست بحاجة إلى تقديم شكوى إلى Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) قبل تقديم شكوى إلى Medicare.

تأخذ Medicare شكواك على محمل الجد وتستخدم هذه المعلومات من أجل تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك تعليقات أو مخاوف أخرى، أو إذا كنت تشعر بأن الخطة الصحية لا تعالج مشكلتك، فيمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. المكالمة مجانية.

Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى محقق شكاوى Medi-Cal Managed Care التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في California (DHCS) عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-452-8609. ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. اتصل من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المدارة في California (DMHC). وتتولى DMHC مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. ويمكنك الاتصال بمركز مساعدة DMHC للحصول على المساعدة بشأن الشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. وبالنسبة إلى المسائل غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC إذا كنت لا توافق على القرار الذي تم اتخاذه في الاستئناف من المستوى 1 الذي قدمته أو إذا لم تحل الخطة شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا. ومع ذلك، يمكنك التواصل مع DMHC من دون تقديم استئناف من المستوى 1 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بخصوص شكوى تنطوي على مسألة عاجلة أو تهديد مباشر وخطِر لصحتك، أو إذا كنت تشعر بألم شديد، أو إذا كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكواك، أو إذا لم تحل خطتنا شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا.

في ما يأتي طريقتان للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل على الرقم **1-888-466-2219**. يمكن للأفراد الصم أو المصابين بصعوبات في السمع أو النطق استخدام رقم TTY المجاني، **1-877-688-9891**. المكالمة مجانية.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المدارة (**www.dmhc.ca.gov**).

مكتب الحقوق المدنية (OCR)

يمكنك تقديم شكوى إلى OCR التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) إذا اعتقدت أنك لم تحصل على معاملة عادلة. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى بخصوص إمكانية وصول ذوي الإعاقة أو المساعدة اللغوية. ورقم هاتف OCR هو 1-800-368-1019. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. ويمكنك زيارة الموقع الإلكتروني www.hhs.gov/ocr للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب OCR المحلي على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
الهاتف: 1-800-368-1019
TTY: 1-800-537-7697
الفاكس: 1-202-619-3818

من الممكن أيضًا أن تتمتع بحقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) وبموجب قانون أنرو للحقوق المدنية. ويمكنك التواصل مع Medi-Cal Managed Care ومكتب الصحة العقلية التابع لأمين المظالم للحصول على المساعدة. ويمكنك الاتصال على رقم الهاتف (TTY: 711) 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً PST، باستثناء أيام العطلات.

QIO

عندما تكون شكواك بخصوص جودة الرعاية، يكون لديك خياران:

- يمكنك تقديم شكواك بخصوص جودة الرعاية إلى QIO مباشرةً.
- يمكنك تقديم شكواك إلى QIO وإلى خطتنا. وإذا قدَّمت شكوى إلى QIO، فسنتعاون معها لحل شكواك.

إن QIO هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين تدفع إليهم الحكومة الفيدرالية لفحص الرعاية المقدمة لمرضى Medicare وتحسينها. ولمعرفة مزيد من المعلومات عن QIO، راجع **القسم H2** أو راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء*.

في California، يُطلق على QIO اسم مؤسسة بدء الرعاية الصحية. رقم هاتف مؤسسة بدء الرعاية الصحية هو 1-877-588-1123 (TTY: 711).

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

المقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخياراتك للتغطية الصحية بعد تركك الخطة. إذا تركت خطتنا، فستظل مشتركًا في برامج Medicare وMedi-Cal طالما كنت مؤهلاً. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من *كتيب الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا 234
B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا 235
C. كيفية الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل 236
C1. خدمات Medicare الخاصة بك 236
C2. خدمات Medi-Cal الخاصة بك 240
D. العناصر والخدمات الطبية والأدوية الخاصة بك حتى تنتهي عضويتك في خطتنا 241
E. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطتنا 241
F. قواعد ضد مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة 242
G. حقك في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا 242
H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة 242

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يستطيع معظم الأشخاص المشتركين في Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا إلى اشتراكك في Medi-Cal، لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا بما في ذلك في أي شهر من السنة.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات الآتية من كل عام:

- **فترة التسجيل المفتوح**، التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. وإذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح لخطة Medicare Advantage (MA)**، التي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس، وأيضًا بالنسبة إلى المستفيدين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في إحدى الخطط، تستمر من شهر الاستحقاق للجزء A والجزء B حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث (3) من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد توجد حالات أخرى تكون حينها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال، عندما:

- عندما تنتقل إلى خارج منطقة الخدمة التابعة لنا، أو
- إذا تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو المساعدة الإضافية، **أو**

- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق تمريض أو مستشفى يقدم خدمة رعاية طويلة الأمد، أو تتلقى العلاج في أي منهما في الوقت الحالي، أو خرجت للتو من أي منهما.

تنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك لترك خطتنا. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك يوم 18 يناير، فإن تغطيتك لدى خطتنا تنتهي في 31 يناير. إذا سجلت في خطة أخرى، فإن تغطيتك الجديدة تبدأ في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).

إذا تركت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات عن:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول الوارد في **القسم C1**.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته في **القسم C2**.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إنهاء عضويتك عبر الاتصال بـ:

- قسم خدمات الأعضاء على الرقم المدرج في أسفل الصفحة. ويتوفر رقم مستخدمي TTY أيضًا.
- Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي في California (HICAP)، على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. TTY:711. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP. خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- أمين مظالم Medi-Cal Managed Care على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 5 مساءً أو عبر البريد الإلكتروني MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة الأدوية (DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* للحصول على معلومات عن برامج إدارة الأدوية.

B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك القيام بذلك من خلال التسجيل في خطة Medicare أخرى أو التبديل إلى Original Medicare. ولكن إذا كنت ترغب في التبديل من خطتنا إلى Original Medicare ولم تحدد خطة Medicare منفصلة للأدوية، فيجب أن تطلب إلغاء تسجيلك في خطتنا. ثمة طريقتان يمكنك من خلالهما طلب إلغاء التسجيل:

- يمكنك تقديم طلب كتابي إلينا. الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بذلك.

- اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). وينبغي لمستخدمي TTY (الأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. وعندما تتصل بالرقم 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضًا التسجيل في خطة Medicare الصحية أو خطة أدوية أخرى. ويوضح المخطط الوارد في القسم C1 مزيدًا من المعلومات عن الحصول على خدمات Medicare الخاصة بك عند مغادرتك خطتنا.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- يتضمن **القسم C** أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتسجيل في خطة أخرى، ما سينهي أيضًا عضويتك في خطتنا.

C. كيفية الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل

لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal إذا اخترت ترك خطتنا.

C1. خدمات Medicare الخاصة بك

لديك أربعة خيارات مدرجة أدناه للحصول على خدمات Medicare الخاصة بك في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من السنة بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوح** و**فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في **القسم A**. وباختيار أحد هذه الخيارات، تنتهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

1. يمكنك التغيير إلى: **خطة Medicare Medi-Cal (خطة Medi-Medi) هي أحد أنواع خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص المشتركين في كل من Medicare وMedi-Cal وتجمع بين مزايا Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة. تنسق خطط Medi-Medi كل المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات الخاضعة لتغطية Medicare وMedi-Cal أو خطة برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، إذا كنت مؤهلاً.** **ملاحظة**: مصطلح خطة Medi-Medi هو اسم لخطط ذوي الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة المتكاملة (D-SNP) في California.	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسار عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: ● فاتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** قم بالتسجيل في خطة Medi-Medi جديدة. سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة. ستتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك لتتوافق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.

2. يمكنك التغيير إلى:	إليك ما يجب القيام به:
برنامج Original Medicare مع خطة Medicare منفصلة للأدوية، وخطة Medi-Cal.	اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: ● فاتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** قم بالتسجيل في خطة جديدة للأدوية التابعة لبرنامج Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا تلقائيًا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك. ستظل مسجلاً في خطة Medi-Cal الخاصة بك ما لم تختر خطة مختلفة.

3. يمكنك التغيير إلى: **Original Medicare من دون خطة Medicare منفصلة للأدوية إذا كان لديك سبب صالح لإلغاء التسجيل** **ملاحظة:** إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة منفصلة للأدوية التابعة لبرنامج Medicare، فقد يقوم برنامج Medicare بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر Medicare بأنك لا تريد الانضمام. ينبغي ألا تتخلّى عن تغطية الأدوية إلا إذا كانت لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو النقابة. وإذا كان لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، فيرجى الاتصال ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: ● فاتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. سيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا تلقائيًا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك. ستظل مسجلاً في خطة Medi-Cal الخاصة بك ما لم تختر خطة مختلفة.

4. يمكنك التغيير إلى: **أي خطة من خطط Medicare الصحية** خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك **فترة التسجيل المفتوح** و**فترة التسجيل المفتوح في برنامج Medicare Advantage** أو غيرها من الحالات الموصوفة في **القسم A**.	**إليك ما يجب القيام به:** اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسار عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل على الرقم 1-855-921-PACE (7223). إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: ● فاتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) في California على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. **أو** قم بالتسجيل في خطة Medicare جديدة. سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.

C2. خدمات Medi-Cal الخاصة بك

للاستفسارات عن كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal الخاصة بك بعد مغادرة خطتنا، تواصل مع برنامج خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en.
واسأل عن كيفية تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو الرجوع إلى خطة Original Medicare في طريقة حصولك على تغطية Medi-Cal الخاصة بك.

D. العناصر والخدمات الطبية والأدوية الخاصة بك حتى تنتهي عضويتك في خطتنا

إذا تركت خطتنا، فقد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل انتهاء عضويتك وبدء تغطيتك الجديدة من Medicare وMedi-Cal. وفي أثناء هذا الوقت، ستستمر في الحصول على الأدوية والرعاية الصحية من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استخدام مقدمي الشبكة لدينا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدام صيدليات شبكتنا بما في ذلك خدمات الصيدليات التي تسمح بالطلب عبر البريد لصرف وصفاتك الطبية.
- إذا تم إدخالك إلى المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى تخرج منه. وسيحدث ذلك حتى لو بدأت التغطية الصحية الجديدة الخاصة بك قبل خروجك.

E. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

يتحتم علينا إنهاء عضويتك في خطتنا في الحالات الآتية:

- إذا حدث انقطاع في تغطية Medicare Part A وMedicare Part B الخاصة بك.
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لكل من Medicare وMedi-Cal.
  ملاحظة: إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، فيمكنك الاستمرار مؤقتًا في خطتنا مع مزايا Medicare، يرجى الاطلاع على المعلومات أدناه حول المدة الاعتبارية. إذا لم تعد تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة بخطتنا، فستنتهي عضويتك في هذه الخطة بعد 3 أشهر (وهي فترة استمرار الأهلية التقديرية الخاصة بالخطة). 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 انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا.
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
  - وإذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع ضمن منطقة خدمة خطتنا.
- إذا تم احتجازك أو سجنك بسبب جريمة جنائية.
- إذا كذبت بشأن التأمين الآخر لديك للأدوية أو حجبت معلومات تخصه.
- إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين المؤهلين.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

- يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة أو من غير المواطنين المؤهلين لتصبح عضوًا في خطتنا.
- ستبلغنا مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو على هذا الأساس.
- يجب أن نلغي تسجيلك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.

إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها في غضون 3 أشهر، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP). عندما تنتهي تغطية Medi-Cal الخاصة بك، لن ندفع مقابل مزايا Medi-Cal الخاصة بك. سوف ندفع أي مشاركة تكلفة خاصة بـ Medicare كانت Medi-Cal ستدفعها إذا لم تفقد Medi-Cal. لمعلومات إضافية، اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدرج في أسفل الصفحة.

سنساعدك على استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal. إذا تمت استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal بينما لا تزال مسجلاً لدينا لتغطية Medicare، فسنستأنف الدفع مقابل مزايا Medi-Cal وسيستمر تسجيلك معنا. إذا تعذرت عليك استعادة أهليتك للحصول على Medi-Cal خلال 3 أشهر، فسنلغي تسجيلك في Medi-Cal. وإذا استعدت أهليتك للحصول على Medi-Cal بعد إلغاء تسجيلك، فستحتاج إلى التواصل معنا لإعادة التسجيل في الخطة.

يمكننا أن نخرجك من خطتنا للأسباب الآتية في حال حصلنا على إذن من Medicare وMedi-Cal أولاً فقط:

- إذا زودتنا بمعلومات غير صحيحة عمدًا عند التسجيل في خطتنا وكانت هذه المعلومات تؤثر في أهليتك لخطتنا.
- إذا كنت تتصرف باستمرار بطريقة معطِّلة وتجعل من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية إليك وإلى الأعضاء الآخرين في خطتنا.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة ID العضوية الخاصة بك للحصول على الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا قمنا بإنهاء عضويتك لهذا السبب.)

F. قواعد ضد مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة

لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا لأي سبب متعلق بصحتك. وإذا كنت تعتقد أننا نطلب منك ترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، **فاتصل بـ Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

G. حقك 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. يمكنك أيضًا الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* للحصول على معلومات عن كيفية تقديم شكوى.

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل هذه الصفحة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

الفصل 11: الإشعارات القانونية

المقدمة

يتضمن هذا الفصل إخطارات قانونية تنطبق على عضويتك في خطتنا. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب *الأعضاء*.

جدول المحتويات

A. إشعار حول القوانين 244
B. إشعار فيدرالي حول عدم التمييز 244
C. إشعار بشأن عدم التمييز في ما يتعلق ببرنامج Medi-Cal 244
D. إشعار حول Medicare بوصفها جهة الدفع الثانية وMedi-Cal بوصفها آخر جهة للدفع 245
E. إشعار حول استعادة ممتلكات Medi-Cal 246
F. استرداد المزايا المدفوعة من قِبل خطتنا بموجب خطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 246
G. بطاقة العضوية 248
H. الاحتيال في خطة الرعاية الصحية 248
I. الظروف الخارجة عن سيطرة خطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) 248

A. إشعار حول القوانين

تنطبق كثير من القوانين على كتيب *الأعضاء*. قد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم تضمين هذه القوانين أو شرحها في كتيب *الأعضاء*. القوانين الرئيسية التي تنطبق هي القوانين الفيدرالية والقوانين الخاصة بالولاية بشأن برامج Medicare وMedi-Cal. كما قد تنطبق أيضًا قوانين فيدرالية وقوانين أخرى خاصة بالولاية.

B. إشعار فيدرالي حول عدم التمييز

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 السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس العمر لعام 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والمادة 1557 من قانون الرعاية الصحية الميسرة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المؤسسات التي تحصل على التمويل الفيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات أو كانت لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- فاتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019. ويمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr للحصول على مزيد من المعلومات.

C. إشعار بشأن عدم التمييز في ما يتعلق ببرنامج Medi-Cal

لا تجوز لنا معاملتك بتمييز أو بشكل مختلف بسبب العِرق أو الأصل الإثني أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو العمر أو وجود إعاقة ذهنية أو جسدية أو الحالة الصحية أو تقديم شكاوى سابقة أو التاريخ الطبي أو المعلومات الوراثية أو دليل قابلية التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، لا نمارس التمييز غير المشروع ضد الأشخاص أو نستبعدهم أو نعاملهم بشكل مختلف على أساس النسب أو المجموعة الإثنية أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات أو كانت لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، فتواصل معنا على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). وفي 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. يمكنك أيضًا التواصل معنا خطيًا على العنوان:

MEMBER Appeals & Grievances Medicare Operations
P.O. Box 10198
Van Nuys, CA 91410-0198
go.wellcare.com/HealthNetCA

إذا كان تظلمك بشأن التمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية عبر الهاتف، أو خطيًا أو إلكترونيًا:

- عبر الهاتف: اتصل على الرقم 916-440-7370. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو الاستماع جيدًا، فيرجى الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- خطيًا: املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني
www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- إلكترونيًا: أرسِل رسالة بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة بخصوص الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو مقدم، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. يمكن لقسم خدمات الأعضاء تقديم المساعدة، إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق بالوصول إلى الكراسي المتحركة.

D. إشعار حول Medicare بوصفها جهة الدفع الثانية وMedi-Cal بوصفها آخر جهة للدفع

في بعض الأحيان، يجب على جهة أخرى الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها إليك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة، أو إذا تعرضت لإصابة في العمل، فيجب على التأمين أو الجهة المسؤولة عن تعويض العمال الدفع أولاً.

لدينا الحق والمسؤولية لتحصيل تكاليف خدمات Medicare الخاضعة للتغطية التي لا يكون Medicare فيها جهة الدفع الأولى.

نحن نمتثل للقوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية المتعلقة بالمسؤولية القانونية للأطراف الثالثة بخصوص خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى الأعضاء. نتخذ جميع الإجراءات المعقولة للتأكد من أن Medi-Cal هو آخر جهة يتم اللجوء إليها للدفع.

يجب على أعضاء Medi-Cal الاستفادة من جميع التغطيات الصحية الأخرى (OHC) قبل Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها متاحة ضمن تغطيتك الصحية نظرًا لأن Medi-Cal هو آخر جهة يتم اللجوء إليها للدفع. هذا يعني أنه في معظم الحالات، ستكون Medi-Cal هي جهة الدفع الثانوية لـ Medicare OHC، حيث تغطي التكاليف المسموح بها التي لا تغطيها خطتنا أو أي تغطية صحية أخرى (OHC) في حدود سعر Medi-Cal.

E. إشعار حول استعادة ممتلكات Medi-Cal

يجب أن يسعى برنامج Medi-Cal إلى استرداد التكلفة من الممتلكات المثبتة لبعض الأعضاء المتوفين مقابل مزايا Medi-Cal المستلمة في عيد ميلادهم الـ 55 أو بعده. ويشمل استرداد التكلفة الرسوم مقابل الخدمة وأقساط الرعاية المدارة/ سداد تكاليف الأجر الفردي لخدمات مرفق التمريض، والخدمات المنزلية والمجتمعية، وخدمات المستشفيات ذات الصلة وخدمات الأدوية الموصوفة التي تلقاها العضو عندما كان مقيمًا في مرفق تمريض أو عند تلقي خدمات منزلية ومجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز الاسترداد قيمة الممتلكات المثبتة للعضو.

لمعرفة المزيد، انتقل إلى الموقع الإلكتروني لاستعادة الممتلكات التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على www.dhcs.ca.gov/er أو اتصل على الرقم 916-650-0590.

F. استرداد المزايا المدفوعة من قِبل خطتنا بموجب خطة Wellcare Health Net Dual Align (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، أو
- انزلقت وسقطت في متجر ،أو
- 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، أو
- تغطية سائق سيارة غير مؤمن عليه أو يفتقر إلى تغطية تأمينية كافية، أو
- الحماية من الإصابة الشخصية، أو عدم وجود خطأ أو أي تغطية أخرى للطرف الأول، أو
- تعويض العمال أو التعويض عن العجز أو التسوية، أو
- تغطية المدفوعات الطبية بموجب أي بوليصة تأمين سيارات أو التغطية التأمينية لأصحاب المباني أو المنازل أو التغطية الشاملة، أو

- أي تسوية أو حكم صادر عن دعوى قضائية أو إجراء قانوني آخر، أو
- 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 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.

G. بطاقة العضوية

بطاقة العضوية الصادرة عن خطتنا بموجب كتيب *الأعضاء* هي لأغراض تحديد الهوية فقط. لا يمنح امتلاك بطاقة العضوية أي حق في الخدمات أو المزايا الأخرى بموجب كتيب *الأعضاء*. للحصول على الخدمات أو المزايا بموجب كتيب *الأعضاء*، يجب أن يكون حامل البطاقة مؤهلاً للتغطية وأن يكون مسجلاً كعضو بموجب كتيب *الأعضاء*. أي شخص يتلقى خدمات لا يحق له الحصول عليها بموجب كتيب *الأعضاء* 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 عضويتك، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المدرج في أسفل الصفحة.

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.

H. 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 1-800-977-3565 (TTY: 711). يعمل الخط الساخن لمكافحة الاحتيال على مدار الساعة، سبعة أيام في الأسبوع. جميع المكالمات سرية للغاية.

I. الظروف الخارجة عن سيطرة خطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

يؤدي حدوث كارثة طبيعية، أو حرب، أو شغب، أو تمرد مدني، أو وباء، أو تدمير كلي أو جزئي للمرافق، أو الانفجار الذري أو أي إطلاق آخر للطاقة النووية، أو إعاقة موظفين مهمين من المجموعة الطبية، أو حالة الطوارئ أو غيرها من الأحداث المماثلة التي لا تقع تحت سيطرة خطتنا، إلى عدم توفر مرافق خطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) أو موظفيها لتقديم الخدمات أو المزايا أو تنظيمها بموجب كتيب *الأعضاء*، ويقتصر التزام خطة Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على تقديم مثل هذه الخدمات أو المزايا على شرط أن تبذل Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) جهدًا صادقًا لتوفير هذه الخدمات أو المزايا أو الترتيب لتوفيرها في ظل الإتاحة الحالية لمرافقها أو موظفيها.

الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة

المقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية المستخدمة في كتيب *الأعضاء* مع تعريفاتها. وترد المصطلحات بالترتيب الأبجدي. وإذا لم تتمكن من العثور على مصطلح تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى معلومات أكثر من التي يتضمنها التعريف، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأشياء التي يقوم بها الناس في يوم عادي، مثل تناول الطعام أو استخدام المرحاض أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو تنظيف الأسنان.

قاضٍ في القانون الإداري: القاضٍ في القانون الإداري (ALJ) هو قاضٍ ينظر في القضايا التي تشمل الوكالات الحكومية ويبت فيها. قاضٍ ينظر في الاستئناف من المستوى 3.

برنامج المساعدة على علاج AIDS (ADAP): برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بـ HIV/AIDS على الوصول إلى أدوية HIV لإنقاذ حياتهم.

المركز الجراحي الجوال: مرفق يقدم جراحة العيادات الخارجية إلى المرضى الذين لا يحتاجون إلى رعاية داخل المستشفى والذين لا يُتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية.

الاستئناف: طريقة تمكنك من الطعن في إجراءاتنا إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار تغطية عن طريق تقديم استئناف. يشرح **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* الاستئنافات، بما في ذلك كيفية تقديم استئناف.

الفوترة المتوازنة: الممارسة التي يقوم فيها مقدم الرعاية الصحية بتحميل المريض الفرق بين رسوم الفاتورة الكاملة لمقدم الرعاية الصحية والمبلغ المدفوع من قِبل الخطة الصحية للمريض.

الصحة السلوكية: تشير إلى صحتنا العاطفية والنفسية والاجتماعية. وبعبارة أبسط، تتعلق بكيفية تفكيرنا ومشاعرنا وتفاعلنا مع الآخرين. وهو مصطلح شامل يشير إلى خدمات الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات.

المنتج البيولوجي: دواء مصنوع 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. (انظر أيضًا "المنتج البيولوجي الأصلي" و"البديل الحيوي").

البديل الحيوي: هو دواء حيوي يُشبه المنتج البيولوجي الأصلي للغاية لكن ليس مطابقًا له. إن البدائل الحيوية آمنة وفعالة تمامًا مثل المنتج البيولوجي الأصلي. ويمكن استبدال بعض البدائل الحيوية بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انتقل إلى "البديل الحيوي القابل للتبادل").

دواء يحمل اسم علامة تجارية: دواء تصنعه وتبيعه الشركة التي صنعت الدواء في الأصل. وتحتوي الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية على المكونات نفسها مثل الإصدارات المكافئة من الأدوية. عادة ما يتم تصنيع الأدوية المكافئة وبيعها من قبل شركات أدوية أخرى ولا تكون متاحة عادة إلا بعد انتهاء صلاحية براءة اختراع الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.

منسق الرعاية: الشخص الرئيسي الوحيد الذي يعمل معك ومع الخطة الصحية ومع مقدمي الرعاية الآخرين للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية".

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية المتعدد الاختصاصات".

مرحلة التغطية الكارثية: المرحلة في فترة الاستفادة من أدوية خطة Medicare Part D حيث تدفع خطتنا كل تكاليف أدويتك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تنفق أنت (أو الأطراف المؤهلة الأخرى نيابةً عنك) 2,400$ مقابل الأدوية الخاضعة لتغطية الجزء D خلال العام. أنت لا تدفع شيئًا.

مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare. يشرح **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* كيفية التواصل مع CMS.

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS): برنامج خدمات مرفقية لمرضى العيادات الخارجية يقدم رعاية تمريضية متخصصة، وخدمات اجتماعية، وعلاجات مهنية وعلاجات مشكلات النطق، والرعاية الشخصية، والتدريب والدعم للعائلات/مقدمي الرعاية، وخدمات التغذية، والنقل، والخدمات الأخرى إلى الأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الشكوى: بيان مكتوب أو منطوق يصرح بأن لديك مشكلة أو مخاوف بشأن الرعاية أو الخدمات الخاضعة للتغطية. ويشمل ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو جودة رعايتك أو مقدمي الشبكة أو صيدليات الشبكة لدينا. والاسم الرسمي لـ "تقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".

مرفق شامل لإعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية (CORF): مرفق يوفر بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. ويقدم مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، وعلاج الجهاز التنفسي، والعلاج المهني، وعلاج مشكلات النطق، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

التسديد المشترك: مبلغ ثابت تدفعه كحصتك من التكلفة في كل مرة تحصل فيها على خدمات أو أدوية معينة. على سبيل المثال، قد تدفع 2$ أو 5$ مقابل خدمة أو دواء.

مشاركة التكلفة: المبالغ التي يجب عليك دفعها عند الحصول على خدمات أو أدوية معينة. تشمل مشاركة التكلفة مبالغ التسديد المشترك.

مستوى مشاركة التكلفة: مجموعة من الأدوية بقيمة التسديد المشترك نفسها. يندرج كل دواء في *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* (المعروفة أيضًا بـ*قائمة الأدوية*) ضمن واحدة من ستة مستويات لمشاركة التكلفة. بشكل عام، كلما زاد مستوى مشاركة التكلفة، زادت تكلفة الدواء.

قرار التغطية: قرار يحدد المزايا التي نغطيها. ويتضمن هذا قرارات بشأن الأدوية والخدمات الخاضعة للتغطية أو المبلغ الذي ندفعه مقابل الخدمات الصحية المقدمة إليك. يشرح **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

الأدوية الخاضعة للتغطية: المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الأدوية الموصوفة والأدوية من دون وصفات (OTC) الخاضعة للتغطية بواسطة خطتنا.

الخدمات الخاضعة للتغطية: المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع أشكال الرعاية الصحية، والدعم والخدمات طويلة الأمد، والمستلزمات، والأدوية الموصوفة والأدوية من دون وصفات، والمعدات، والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

تدريب الكفاءة الثقافية: التدريب الذي يوفر الإرشادات الإضافية لمقدمي الرعاية الصحية لدينا لمساعدتهم على فهم خلفيتك الثقافية وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات بشكل يلبي احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

المعدل اليومي لمشاركة التكلفة: قد يتم تطبيق معدل عندما يصف الطبيب المعالج لك أقل من شهر كامل من إمداد بعض الأدوية ويُطلب منك دفع مبلغ التسديد المشترك. المعدل اليومي لمشاركة التكلفة هو التسديد المشترك مقسومًا على عدد الأيام في الإمداد الشهري.

إليك مثالاً: لنفترض أن مبلغ التسديد المشترك الذي تدفعه مقابل إمداد دوائك لشهر كامل (الإمداد لمدة 30 يومًا) 1.65$. هذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه مقابل دوائك أقل من 0.06$ يوميًا. إذا حصلت على دواء يكفي لمدة سبعة أيام، فإن المبلغ الذي تدفعه أقل من 0.06$ يوميًا مضروبًا في سبعة أيام، ليصبح إجمالي المبلغ أقل من 0.39$.

إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS): الإدارة الحكومية في ولاية California التي تدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal).

إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC): الإدارة الحكومية في ولاية California المسؤولة عن تنظيم معظم الخطط الصحية. تقدم DMHC المساعدة إلى الأشخاص الذين لديهم استئنافات وشكاوى بخصوص خدمات Medi-Cal. وتُجري DMHC أيضًا مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إلغاء التسجيل: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. وقد يكون إلغاء التسجيل طوعيًا (اختيارك) أو غير طوعي (ليس اختيارك).

برنامج إدارة الأدوية (DMP): برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بأمان المواد الأفيونية الموصوفة والأدوية الأخرى التي تتم إساءة استخدامها بشكل متكرر.

مستويات الأدوية: هي مجموعات من الأدوية في *قائمة الأدوية* الخاصة بنا. تُعد الأدوية المكافئة أو الأدوية التي تحمل اسم علامة تجارية أو الأدوية من دون وصفات (OTC) أمثلة على مستويات الأدوية. يندرج كل دواء في *قائمة الأدوية* ضمن أحد المستويات الستة.

خطة الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة (D-SNP): الخطة الصحية التي تخدم الأفراد المؤهلين لكل من Medicare وMedicaid. وخطتنا هي D-SNP.

المعدات الطبية القوية (DME): بعض المعدات التي يطلبها الطبيب لتستخدمها في منزلك. ومن الأمثلة على هذه العناصر الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرض السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها المقدم للاستخدام في المنزل ومضخات الحقن الوريدي (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات ومستلزمات الأكسجين والرذاذات والمشايات.

الطوارئ: حالة الطوارئ الطبية هي عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر ذي معرفة متوسطة بالنواحي الصحية والطبية أن لديك أعراضًا طبية تحتاج إلى عناية طبية فورية لمنع الوفاة، أو فقدان جزء من أجزاء الجسم، أو فقدان وظيفة من وظائف الجسم أو حدوث إعاقة خطيرة بها (وفي حال كنتِ حاملاً، تجنُّب فقدان الجنين). قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

الرعاية في حالات الطوارئ: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يقدمها مقدم مدرَّب على تقديم خدمات الطوارئ والخدمات اللازمة لعلاج حالات الطوارئ الطبية أو المتعلقة بالصحة السلوكية.

الاستثناء: الإذن بالحصول على تغطية لدواء غير خاضع للتغطية عادةً أو الإذن باستخدام الدواء من دون قواعد وقيود معينة.

الخدمات المستبعدة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

المساعدة الإضافية: برنامج Medicare لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية ضمن Medicare Part D، مثل الأقساط والمبالغ القابلة للاستقطاع ودفعات التسديد المشترك. وتُسمى المساعدة الإضافية أيضًا "إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS".

الدواء المكافئ: دواء ومعتمد من FDA لاستخدامه بدلاً من دواء يحمل اسم علامة تجارية. ويحتوي الدواء المكافئ على المكونات نفسها مثل دواء يحمل اسم علامة تجارية. ويكون عادةً أقل ثمنًا وله الفعالية نفسها الخاصة بالدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية.

التظلم: شكوى تقدمها بشأننا أو بشأن أحد مقدمي الشبكة أو صيدليات الشبكة لدينا. ويشمل ذلك الشكاوى المتعلقة بجودة رعايتك أو جودة الخدمة التي تقدمها خطتك الصحية.

برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP): برنامج يوفر معلومات واستشارات مجانية وموضوعية بشأن Medicare. يشرح **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* كيفية التواصل مع HICAP.

الخطة الصحية: منظمة تتكون من الأطباء والمستشفيات والصيدليات ومقدمي الخدمات طويلة الأمد وغيرهم من مقدمي الرعاية. كما تشتمل أيضًا على منسقي الرعاية لمساعدتك على إدارة جميع مقدمي الرعاية والخدمات الخاصة بك. حيث يتعاونون معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة تاريخك الطبي وحالتك الحالية. وتُستخدم لمعرفة حالتك الصحية وكيف يمكن أن تتغير مستقبلاً.

مساعد في مجال الصحة المنزلية: شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج مرخص، مثل المساعدة على الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام، أو استخدام المرحاض، أو ارتداء الملابس، أو القيام بالتمارين المحددة). ليست للمساعدين في مجال الصحة المنزلية رخصة تمريض ولا يقدمون علاجًا.

مأوى رعاية المحتضرين: برنامج الرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص المصابين بمرض عضال على العيش بشكل مريح. ويعني المرض العضال أن الشخص قد تم التصديق الطبي على أنه مصاب بمرض عضال، ما يعني أن متوسط عمره المتوقع يبلغ ستة أشهر أو أقل.

- يحق للمسجلين المصابين بمرض عضال اختيار مأوى لرعاية المحتضرين.
- يقوم فريق مدرب خصوصًا من الاختصاصيين ومقدمي الرعاية بتقديم الرعاية الكاملة للشخص، بما في ذلك الاحتياجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- نحن ملزمون بتزويدك بقائمة بمقدمي مأوى رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية.

إصدار الفواتير غير الصحيحة/غير الملائمة: هي الحالة التي يقوم فيها المقدم (مثل الطبيب أو المستشفى) بمحاسبتك بتكلفة أكبر من مبلغ مشاركة التكلفة الخاص بنا مقابل الخدمات. اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

ولأننا ندفع التكلفة بأكملها مقابل خدماتك، **فلست** مطالبًا بأي شكل من أشكال مشاركة التكلفة. ينبغي ألا يقوم مقدمو الرعاية بتحرير فواتير لك بأي مبلغ نظير هذه الخدمات.

خدمات الدعم في المنزل (IHSS): سيساعد برنامج IHSS على دفع مستحقات مقدمي الرعاية المسجلين مقابل الخدمات المقدمة إليك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. برنامج IHSS هو بديل للرعاية خارج المنزل، مثل دور التمريض أو مرافق الرعاية الداخلية. لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، وغسل الملابس، وشراء البقالة، وخدمات الرعاية الشخصية (مثل الرعاية الخاصة بالأمعاء والمثانة، والاستحمام، والعناية الشخصية والخدمات شبه الطبية)، والمرافقة في المواعيد الطبية والإشراف الوقائي للمعاقين عقليًا. تدير وكالات الخدمات الاجتماعية في المقاطعة برنامج IHSS.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): في حال رفضنا طلبك للحصول على خدمات طبية أو علاج، يمكنك تقديم استئناف. وإذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بإحدى خدمات Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات DME والأدوية، فيمكنك أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة في California الحصول على IMR. IMR هي مراجعة لحالتك من قِبل الخبراء الذين ليسوا جزءًا من خطتنا. إذا كان قرار IMR في صالحك، فسيتعين علينا تقديم الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف مقابل IMR.

مؤسسة المراجعة المستقلة (IRO): منظمة مستقلة تم تعيينها من قِبل Medicare لمراجعة الاستئنافات من المستوى 2. 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. والاسم الرسمي لها هو **كيان المراجعة المستقل.**

خطة الرعاية الفردية (ICP) أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستحصل عليها وكيفية حصولك عليها. قد تشمل خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية والدعم والخدمات طويلة الأمد.

المريض المقيم: مصطلح يُستخدم عندما يُسمح لك رسميًا بدخول المستشفى للحصول على الخدمات الطبية المتخصصة. إذا لم يُسمح لك رسميًا بدخول المستشفى، فقد يتم عدُّ ذلك أنك ما زلت مريضًا من مرضى العيادات الخارجية، بدلاً من مريض مقيم، حتى إن بقيت طوال الليل.

خطة D-SNP المتكاملة: هي خطة احتياجات خاصة مؤهلة مزدوجة تغطي خدمات Medicare ومعظم أو جميع خدمات Medicaid بموجب خطة صحية واحدة أو الخطط الصحية التابعة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من Medicare وMedicaid. ويُعرف هؤلاء الأفراد بالأفراد المؤهلين المزدوجين للاستفادة من المزايا الكاملة.

بديل حيوي قابل للتبادل: هو بديل حيوي يمكن استبداله في الصيدلية من دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يستوفي متطلبات إضافية تتعلق باحتمالية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

فريق الرعاية المتعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): قد يضم فريق الرعاية أطباءً 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.

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالأدوية الموصوفة والأدوية من دون وصفات (OTC) الخاضعة لتغطيتنا. نختار الأدوية الموجودة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتوضح *قائمة الأدوية* ما إذا كانت ثمة أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويتك. وأحيانًا ما تسمى *قائمة الأدوية* "كتيب الوصفات".

الدعم والخدمات طويلة الأمد (LTSS): يساعد الدعم والخدمات طويلة الأمد على تحسين الحالة الطبية طويلة الأمد. تساعدك معظم هذه الخدمات على البقاء في منزلك حتى لا تضطر إلى الذهاب إلى مرفق تمريض أو مستشفى. يشمل LTSS الذي تغطيه خطتنا خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، المعروفة أيضًا بالرعاية الصحية النهارية للبالغين، ومرافق التمريض (NF)، وخدمات دعم المجتمع. برنامجا التنازل IHSS و1915(c) هما خدمتا LTSS من Medi-Cal مقدمتان خارج خطتنا.

إعانة الدخل المنخفض (LIS): راجع "المساعدة الإضافية"

برنامج الطلب عبر البريد: قد توفر بعض الخطط برنامج الطلب عبر البريد الذي يسمح لك بالحصول على إمداد لما يصل إلى ثلاثة أشهر من الأدوية الموصوفة الخاضعة للتغطية يتم إرساله مباشرة إلى منزلك. وقد تكون تلك طريقة مناسبة وفعالة من حيث التكلفة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بصفة منتظمة.

برنامج Medicaid (أو Medical Assistance): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على الدفع مقابل الدعم والخدمات طويلة الأمد فضلاً عن التكاليف الطبية. Medi-Cal هو برنامج Medicaid لولاية California.

Medi-Cal: هو اسم برنامج Medicaid في California. تدير الولاية Medi-Cal وتدفع تكاليفه الولاية والحكومة الفيدرالية.

- يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على الدفع مقابل الدعم والخدمات طويلة الأمد فضلاً عن التكاليف الطبية.
- يغطي خدمات إضافية وبعض الأدوية التي لا يغطيها Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن تتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare وMedi-Cal.

خطط Medi-Cal: الخطط التي تغطي مزايا Medi-Cal فقط، مثل الدعم والخدمات طويلة الأمد والمعدات الطبية والنقل. مزايا Medicare منفصلة.

ضروري من الناحية الطبية: مصطلح يصف الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها لمنع حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يشمل الرعاية التي تمنعك من الذهاب إلى المستشفى أو مرفق التمريض. ويعني أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية. يشير مصطلح "ضروري من الناحية الطبية" إلى جميع الخدمات الخاضعة للتغطية، التي تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة أو منع مرض خطير أو إعاقة بالغة أو تخفيف ألم شديد من خلال تشخيص الداء أو المرض أو الإصابة أو علاجهم.

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). ويمكن للأشخاص المشتركين في Medicare الحصول على التغطية الصحية من Medicare من خلال Original Medicare أو خطة الرعاية المدارة (راجع "الخطة الصحية").

Medicare Advantage: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Part C" أو "MA"، الذي يقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

مجلس الاستئنافات في Medicare (المجلس): مجلس يراجع الاستئنافات من المستوى 4. المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

الخدمات التي يغطيها Medicare: الخدمات التي يغطيها Medicare Part A وMedicare Part B. ويجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية، بما في ذلك خطتنا، جميع الخدمات التي يغطيها Medicare Part A وMedicare Part B.

برنامج الوقاية من مرض السكري في Medicare (MDPP): برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر تدريبًا على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، وزيادة النشاط البدني، واتباع إستراتيجيات للتغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على إنقاص الوزن وتحقيق نمط حياة صحي.

المسجل في Medicare-Medi-Cal: الشخص المؤهل لتغطية Medicare وMedicaid. ويطلق أيضًا على المسجل في Medicare- Medicaid اسم "الفرد المؤهل المزدوج".

Medicare Part A: برنامج Medicare الذي يغطي معظم أشكال الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في المستشفيات، ومرافق التمريض المتخصصة، والرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مأوى رعاية المحتضرين.

Medicare Part B: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المعملية، والجراحات، وزيارات الطبيب) والمستلزمات (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) التي تُعَد ضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة ما. ويغطي Medicare Part B أيضًا العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

Medicare Part C: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA" الذي يجعل شركات التأمين الصحي الخاصة تقدم مزايا Medicare من خلال خطة MA.

Medicare Part D: برنامج مزايا الأدوية ضمن Medicare. ونُطلِق على هذا البرنامج اسم "الجزء D" اختصارًا. يغطي Medicare Part D الأدوية لمرضى العيادات الخارجية، واللقاحات، وبعض المستلزمات التي لا يغطيها Medicare Part A أو Medicare Part B أو Medicaid. تشمل خطتنا Medicare Part D.

أدوية Medicare Part D: الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب Medicare Part D. وتستثني الهيئة التشريعية على وجه التحديد فئاتٍ معينة من الأدوية من التغطية بموجب Medicare Part D. وقد تغطي Medicaid بعضَ هذه الأدوية.

برنامج إدارة العلاج بالأدوية (MTM): برنامج Medicare Part D للاحتياجات الصحية المعقدة المقدمة إلى الأشخاص الذين يستوفون متطلبات معينة أو الذين يعملون في برنامج إدارة الأدوية. عادة ما تتضمن خدمات MTM مناقشة مع الصيدلي أو مقدم الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية. راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* لمزيد من المعلومات.

خطة Medi-Medi: خطة Medi-Medi هي أحد أنواع خطة Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص المشتركين في كل من Medicare وMedi-Cal وتجمع بين مزايا Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة. وتنسق خطط Medi-Medi المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع خدمات Medicare وMedi-Cal الخاضعة للتغطية.

العضو (عضو في خطتنا): شخص مشترك في Medicare وMedi-Cal مؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية وقام بالتسجيل في خطتنا، وتم تأكيد تسجيله من قِبل مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) والولاية.

كتيب *الأعضاء* ومعلومات الإفصاح: هذا المستند، إلى جانب نموذج التسجيل الخاص بك وأي مرفقات أخرى، أو ملحقات تشرح تغطيتك وما يجب علينا القيام به وحقوقك، وما يجب عليك القيام به بصفتك عضوًا في خطتنا.

قسم خدمات الأعضاء: قسم ضمن خطتنا مسؤول عن الإجابة عن أسئلتك عن العضوية، والمزايا، والتظلمات، والاستئنافات. راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* للحصول على مزيد من المعلومات عن قسم خدمات الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). 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. المكالمة مجانية. **لمزيد من المعلومات،** يرجى زيارة go.wellcare.com/HealthNetCA.

صيدلية الشبكة: صيدلية (متجر أدوية) وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. ونسميها "صيدليات الشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. في معظم الحالات، لا نغطي وصفاتك الطبية إلا في حال صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا.

مقدم الشبكة هو مقدم الرعاية الذي يعمل مع خطتنا. ويوافق مقدمو الرعاية هؤلاء على قبول مدفوعاتنا كمدفوعات كاملة. أجرينا ترتيبات مع مقدمي الخدمات هؤلاء لتقديم خدمات خاضعة للتغطية إليك. ويرسل مقدمو الشبكة فواتير الرعاية الخاصة بك إلينا مباشرة. عندما تستعين بمقدم شبكة، عادةً لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. "مقدم الرعاية" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى الأطباء والممرضين وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية. ويشمل المصطلح أيضًا المستشفيات ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات وغير ذلك من الأماكن التي توفر لك خدمات الرعاية الصحية والمعدات الطبية والدعم والخدمات طويلة الأمد.

دار التمريض أو مرفق التمريض: المرفق الذي يقدم الرعاية إلى الأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل لكنهم ليسوا بحاجة إلى البقاء في المستشفى.

أمين المظالم: مكتب في ولايتك يعمل كمدافع بالنيابة عنك. يمكنه الإجابة عن الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك على فهم ما يجب فعله. ويقدِّم أمين المظالم الخدمات مجانًا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و9** من كتيب *الأعضاء*.

تحديد المؤسسة: تُصدر خطتنا قرار تحديد المؤسسة عندما نقوم نحن -أو أحد مقدمينا- باتخاذ قرار بشأن ما إذا كانت الخدمات خاضعة للتغطية أو بشأن المبلغ الذي ستدفعه مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وتسمى تحديدات المؤسسة "قرارات التغطية". يشرح **الفصل 9** من كتيب *الأعضاء* قرارات التغطية.

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): تقدم الحكومة Original Medicare. بموجب Original Medicare، تتم تغطية الخدمات من خلال دفع مبالغ يحددها الكونجرس إلى الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين.

- يمكنك الاستعانة بأي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. يتضمن Original Medicare جزأين: Medicare Part A (تأمين المستشفى) وMedicare Part B (التأمين الطبي).
- يتوفر Original Medicare في كل مكان في الولايات المتحدة.
- إذا كنت لا تريد أن تكون عضوًا في خطتنا، فيمكنك اختيار Original Medicare.

صيدلية خارج الشبكة: صيدلية لم توافق على العمل مع خطتنا لتنسيق الأدوية الخاضعة للتغطية أو توفيرها لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تحصل عليها من صيدليات خارج الشبكة ما لم تطبَّق شروط معينة.

مقدم رعاية خارج الشبكة أو مرفق خارج الشبكة: مقدم رعاية أو مرفق لا تستعين به خطتنا أو تملكه أو تديره ولم يتم التعاقد معه على تقديم خدمات خاضعة للتغطية إلى أعضاء خطتنا. يشرح **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* مقدمي الرعاية أو المرافق خارج الشبكة.

الأدوية من دون وصفات (OTC): الأدوية من دون وصفات هي الأدوية أو العقاقير التي يمكن لأي شخص شراؤها من دون وصفة طبية من اختصاصي الرعاية الصحية.

الجزء A: راجع "Medicare Part A".

الجزء B: راجع "Medicare Part B".

الجزء C: راجع "Medicare Part C".

الجزء D: راجع "Medicare Part D".

أدوية الجزء D: راجع "أدوية Medicare Part D".

المعلومات الصحية الشخصية (يطلق عليها أيضًا المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الطبيب وتاريخك الطبي. راجع إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا للحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية حمايتنا PHI الخاصة بك واستخدامنا لها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك في ما يتعلق بـ PHI الخاصة بك.

الخدمات الوقائية: الرعاية الصحية للوقاية من المرض أو الكشف عن المرض في مرحلة مبكرة، عندما يكون العلاج من المرجح أن يعمل على أفضل وجه (على سبيل المثال، الخدمات الوقائية تشمل اختبارات عنق الرحم، ولقاحات الإنفلونزا، وفحص تصوير الثدي بالأشعة السينية).

مقدم الرعاية الأولية (PCP): الطبيب أو أي مقدم رعاية آخر تذهب إليه أولاً في معظم المشكلات الصحية. ويتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للبقاء بصحة جيدة.

- قد يتحدث أيضًا إلى أطباء ومقدمي رعاية صحية آخرين عن رعايتك ويحيلك إليهم.
- في كثير من خطط Medicare الصحية، يجب عليك الاستعانة بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل الاستعانة بأي مقدم رعاية صحية آخر.
- راجع **الفصل 3** من كتيب *الأعضاء* للحصول على معلومات حول الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية.

التفويض السابق (PA): موافقة يلزمك الحصول عليها منا قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو الاستعانة بمقدم خارج الشبكة. في حال عدم الحصول على موافقة أولاً، قد لا تغطي خطتنا الدواء أو الخدمة.

لا تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية التابعة للشبكة إلا إذا حصل طبيبك أو مقدم شبكة آخر على PA منا.

- تم توضيح الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى PA من خطتنا في **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء*.

لا تغطي خطتنا بعض الأدوية إلا إذا حصلت على PA منا.

- تم توضيح الأدوية الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى PA من خطتنا في *قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية* وتم نشر القواعد على موقعنا الإلكتروني.

برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE): برنامج يغطي مزايا Medicare وMedicaid معًا للأشخاص البالغين من العمر 55 عامًا فأكثر الذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش في المنزل.

الأطراف الصناعية وعلم التركيبات التقويمية: الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر وتتضمن، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والرقبة والأطراف الصناعية والعيون الصناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية في الجسم، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والتغذية بالحقن.

مقدمو الرعاية: هم الأطباء والممرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية ويحملون ترخيصًا من الولاية. ويشمل مقدمو الرعاية أيضًا المستشفيات والوكالات الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم إليك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والمعدات الطبية وبعض LTSS.

مؤسسة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. وتدفع الحكومة الفيدرالية إلى QIO لفحص الرعاية المقدمة إلى المرضى وتحسينها. راجع **الفصل 2** من كتيب *الأعضاء* للحصول على معلومات عن QIO.

حدود الكمية: قيد على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. قد نفرض قيودًا على كمية الأدوية التي نغطيها لكل وصفة طبية.

Real Time Benefit Tool (أداة المزايا في الوقت الحقيقي): بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمسجلين البحث فيه عن معلومات كاملة ودقيقة وملائمة ومناسبة سريريًا حول الأدوية الخاضعة للتغطية والمزايا الخاصة بالمسجل. ويشمل ذلك مبالغ مشاركة التكلفة، والأدوية البديلة التي يمكن استخدامها للحالة الصحية نفسها بدلاً من دواء معين، وقيود التغطية (التفويض السابق، والعلاج التدريجي، وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

الإحالة: الإحالة هي موافقة مقدم الرعاية الأولية الخاص بك (PCP) أو موافقتنا على الاستعانة بمقدم آخر بخلاف PCP الخاص بك. في حال عدم الحصول على الموافقة أولاً، قد لا نغطي الخدمات. ولا تحتاج إلى إحالة للاستعانة ببعض الاختصاصيين، مثل اختصاصيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن الإحالات في **الفصلين 3 و4** من كتيب *الأعضاء*.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك على التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. تشمل هذه الخدمات رعاية إعادة التأهيل للمرضى المقيمين والعلاج الطبيعي (مرضى العيادات الخارجية) وعلاج مشكلات النطق والكلام والعلاج المهني. راجع **الفصل 4** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة المزيد عن خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات ذات الطبيعة الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والعدوى المنقولة جنسيًا (STI)، وHIV/AIDS، والاعتداء الجنسي والإجهاض، واضطرابات تعاطي المواد المخدرة، ورعاية تأكيد النوع، والعنف بين الأزواج.

منطقة الخدمة: منطقة جغرافية تقبل فيها الخطة الصحية الأعضاء إذا كانت تضع قيودًا على العضوية بناءً على المكان الذي يعيش فيه الأشخاص. بالنسبة إلى الخطط التي تضع قيودًا على الأطباء والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها، فهي عمومًا المنطقة التي يمكنك الحصول فيها على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). بإمكان الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا فقط التسجيل في خطتنا.

مرفق التمريض المتخصص (SNF): مرفق تمريض مزود بالموظفين والمعدات اللازمة لتقديم رعاية التمريض المتخصص -وفي معظم الحالات- خدمات إعادة التأهيل المتخصصة وغيرها من الخدمات الصحية ذات الصلة.

الرعاية في مرفق تمريض متخصص (SNF): خدمات رعاية التمريض المتخصصة وإعادة التأهيل التي تُقدم على أساس مستمر، يوميًا، في مرفق تمريض متخصص. تشمل الأمثلة على الرعاية في مرفق التمريض المتخصص العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدية (IV) التي يمكن لممرض أو طبيب مسجل تقديمها.

الاختصاصي: طبيب يعالج أنواعًا معينة من مشكلات الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، يُعالج جراح العظام كسور العظام، ويُعالج اختصاصي الحساسية أعراض الحساسية، ويُعالج طبيب القلب أمراض القلب. وفي معظم الحالات، سيحتاج العضو إلى إحالة من PCP إلى اختصاصي.

الصيدلية المتخصصة: راجع **الفصل 5** من كتيب *الأعضاء* لمعرفة المزيد عن الصيدليات المتخصصة.

جلسة الاستماع في الولاية: إذا طلب طبيبك أو أي مقد رعاية آخر خدمة Medi-Cal لن نوافق عليها، أو إذا كنا لن نواصل دفع تكلفة خدمة Medi-Cal تحصل عليها بالفعل، فيمكنك المطالبة بعقد جلسة استماع في الولاية. وإذا كان قرار جلسة الاستماع في الولاية في صالحك، فيجب أن نقدم إليك الخدمة التي طلبتها.

العلاج التدريجي: قاعدة تغطية تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل أن نغطي الدواء الذي تطلبه.

الدخل الأمني الإضافي (SSI): ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة من المعاقين أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فما فوق. مزايا SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل: الرعاية التي تحصل عليها في حالة المرض أو الإصابة أو الحالة المرضية المفاجئة التي لا تكون طارئة لكن تحتاج إلى التعامل معها على الفور. يمكنك الحصول على الرعاية المطلوبة بشكل عاجل من خلال مقدمي رعاية خارج الشبكة عندما يكون، نظرًا إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، من غير الممكن أو من غير المعقول الحصول على خدمات من مقدمي الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية من الناحية الطبية لحالة غير مرئية لكنها ليست حالة طوارئ طبية).

تُرِكت هذه الصفحة فارغة عمدًا.

تُرِكت هذه الصفحة فارغة عمدًا.

تُرِكت هذه الصفحة فارغة عمدًا.

قسم خدمات أعضاء Wellcare Health Net Dual Align (HMO D-SNP)

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). يوفر قسم خدمات الأعضاء كذلك 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 Health Net Dual Align (HMO D-SNP) PO Box 10420 Van Nuys, CA 91410-0420
الموقع الإلكتروني	go.wellcare.com/HealthNetCA

بيان الإفصاح عن معلومات قانون تقليل الأعمال الورقية (PRA):

بموجب قانون تقليل الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لأي طلب جمع معلومات ما لم يكن يحمل رقم تحكم صالحًا من مكتب الإدارة والموازنة (OMB). رقم التحكم الصالح من OMB لعملية جمع المعلومات هذه هو 0938-1444. 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.