

**L.A. Care**  
*Medicare Plus*<sup>TM</sup>  
(HMO D-SNP)

# كتيب الأعضاء 2025

1 يناير 2025 - 31 ديسمبر 2025



## كتيب الأعضاء (HMO D-SNP) L.A. Care Medicare Plus

1 يناير 2025 - 31 ديسمبر 2025

### تغطيتك الصحية وتغطية أدويةك بموجب L.A. Care Medicare Plus

#### كتيب الأعضاء مقدمة

يخبرك كتيب الأعضاء هذا والذي يسمى أيضاً دليل التغطية عن تغطيتك بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2025. ويشرح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات) وتغطية العقاقير المقررة بوصفة طبية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في **الفصل 12** من كتيب الأعضاء.

**هذا مستند قانوني مهم. احتفظ به في مكان آمن.**

عندما يذكر كتيب الأعضاء هذا الضمير "نحن" أو الضمير "نا" أو عبارة "خطتنا"، فإن المقصود هو L.A. Care Medicare Plus.

تتوفر هذه الوثيقة مجاناً باللغات العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية والكورية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة، وطريقة برايل للمكفوفين، و/أو تسجيل صوتي عن طريق الاتصال مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية.

يمكنك أن تطلب أن نرسل لك دائماً المعلومات باللغة أو التنسيق الذي تحتاجه. يُسمى هذا طلب دائم. سنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل لك معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء على 522-3767 (833)، TTY: 711، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات. يمكن أن يقوم أحد المندوبين بمساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.

### ❖ English Tagline

**ATTENTION: If you need help in your language, call 1-833-522-3767 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-833-522-3767 (TTY: 711). These services are free.**



❖ **الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. تتوفر أيضاً المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. هذه الخدمات مجانية.

❖ **Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք **1-833-522-3767 (TTY: 711)**: Կան նաև օժանդակ սիջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք **1-833-522-3767 (TTY: 711)**: Այդ ծառայություններն անվճար են:

❖ **简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 **1-833-522-3767 (TTY: 711)**。这些服务都是免费的。



### ❖ ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ **1-833-522-3767** (TTY: **711**). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### ❖ हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। **1-833-522-3767** (TTY: **711**) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

### ❖ Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.



❖ **日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

❖ **한국어 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. **1-833-522-3767 (TTY: 711)** 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

❖ **ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



❖ **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Liouh lorx jauvlouc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih bun longc. Douc waac daaih lorx **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

❖ **ឃ្លាសូម្បីជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណុះ បេអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរសព្ទទៅលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជួនពុំការ ដូចជាឯកសារសរសេរជា អក្សរធុស្ត សម្រាប់ជួនពុំការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជា អក្សរពុម្ពផ្ត ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរសព្ទមកលេខ **1-833-522-3767** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិន គិតថ្លៃឡើយ។

❖ **مطلب به زبان فارسی (Farsi)**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با **1-833-522-3767** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



### ❖ Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### ❖ Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

### ❖ Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-833-522-3767** (TTY: **711**). Libre ang mga serbisyong ito.



### ❖ **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข **1-833-522-3767** (TTY: **711**) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

### ❖ **Примітка українською (Ukrainian)**

**УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-833-522-3767 (TTY: 711).** Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Ці послуги безкоштовні.

### ❖ **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

**CHÚ Ý:** Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số **1-833-522-3767 (TTY: 711)**. Các dịch vụ này đều miễn phí.



## اللغات الأخرى:

يمكنك الحصول على كتيب الأعضاء هذا ومواد الخطة الأخرى بلغات أخرى دون أي تكلفة عليك. توفر L.A. Care Medicare Plus ترمجمات مكتوبة من خلال مترجمين مؤهلين. اتصل على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711). المكالمات مجانية. راجع نسختك من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن خدمات المساعدة اللغوية في مجال الرعاية الصحية مثل خدمات الترجمة الفورية والترجمة.

## تنسيقات أخرى

يمكنك الحصول على هذه المعلومات بتنسيقات أخرى مثل طريقة برايل للمكفوفين، والطباعة بأحرف كبيرة بحجم 20 نقطة وتسجيل صوتي وتنسيقات إلكترونية المتاحة دون أي تكلفة عليك. اتصل على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711). المكالمات مجانية.

## خدمات مترجم فوري

توفر L.A. Care Medicare Plus خدمات الترجمة الشفوية بما في ذلك لغة الإشارة من خلال مترجم مؤهل، على مدار 24 ساعة، دون أي تكلفة عليك. لا يتوجب عليك الاستعانة بأحد أفراد عائلتك أو أحد أصدقائك كمترجم. نحن لا نشجع على استخدام القصر كمترجمين إلا في حالة الطوارئ. تتوفر خدمات مترجم فوري وخدمات لغوية وثقافية مجاناً. المساعدة متوفرة على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. للحصول على المساعدة بلغتك، أو للحصول على كتيب الأعضاء هذا بلغة أخرى، اتصل على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711). المكالمات مجانية.

## جدول المحتويات

10.....	الفصل 1: البدء كعضو.....
21.....	الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة.....
42.....	الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية.....
64 .....	الفصل 4: مخطط المزايا .....
129.....	الفصل 5: الحصول على العقاقير المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية.....
145.....	الفصل 6: ما تقوم بدفعه مقابل عقاقير برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal المقررة بوصفة طبية.....
152.....	الفصل 7: مطالبتنا بدفع فاتورة وصلتك مقابل خدمات أو أدوية خاضعة للتغطية.....
158.....	الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك.....
179.....	الفصل 9: الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون والشكاوى).....
223 .....	الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا.....
233 .....	الفصل 11: إشعارات قانونية.....
236 .....	الفصل 12: تعريفات الكلمات المهمة.....

## إخلاء المسؤولية

- ❖ تعد L.A. Care Medicare Plus (HMO D-SNP) خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمسجلين. يعتمد التسجيل في L.A. Care Medicare Plus على تجديد التعاقد.
- ❖ التغطية بموجب L.A. Care Medicare Plus هي تغطية صحية تسمى "الحد الأدنى للتغطية الضرورية". تستوفي شرط حماية المريض والمسؤولية الفردية المشتركة وفقًا لقانون الرعاية الصحية الأمريكي ذات الأسعار المعقولة (Patient Protection and Affordable Care Act, ACA) ومتطلبات المسؤولية المشتركة. زُر موقع دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) على [www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families](http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families) للحصول على المزيد من المعلومات عن متطلبات المسؤولية الفردية المشتركة.



## الفصل 1: البدء كعضو

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات عن L.A. Care Medicare Plus، وهي خطة صحية تغطي كافة خدماتك من برنامج Medicare وتنسق كافة خدماتك المقدمة من خلال برنامج Medicare و Medi-Cal وعضويتك فيه. ويخبرك أيضاً ما يمكنك توقعه وما هي المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منّا. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

11	A. أهلاً بك في خطتنا . . . . .
11	B. معلومات عن برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal . . . . .
11	B1. برنامج Medicare . . . . .
11	B2. برنامج Medi-Cal . . . . .
12	C. منافع خطتنا . . . . .
13	D. منطقة خدمات خطتنا . . . . .
13	E. ما الذي يؤهلك لتصبح عضواً في الخطة . . . . .
13	F. ما يمكنك توقعه عند انضمامك إلى خطتنا الصحية لأول مرة. . . . .
14	G. فريق رعايتك وخطة رعايتك . . . . .
14	G1. فريق الرعاية . . . . .
15	G2. خطة الرعاية . . . . .
15	H. التكاليف الشهرية في L.A. Care Medicare Plus . . . . .
15	H1. قسط تأمين الخطة . . . . .
15	H2. قسط التأمين الشهري في القسم A والقسم B من برنامج Medicare . . . . .
16	H3. قسط المزايا التكميلية الاختيارية . . . . .
16	H4. مبلغ دفعة الوصفات الطبية من خلال برنامج Medicare . . . . .
16	I. نسختك من كتيب الأعضاء . . . . .
16	J. معلومات مهمة أخرى تحصل عليها منّا . . . . .
17	J1. بطاقة هوية عضويتك . . . . .
17	J2. دليل موفري الرعاية والصيدليات . . . . .
18	J3. قائمة بالأدوية الخاضعة للتغطية . . . . .
19	J4. شرح الاستحقاقات . . . . .
19	K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثاً . . . . .
20	K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI) . . . . .

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**A. أهلاً بك في خطتنا**

توفر خطتنا خدمات Medicare و Medi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تتضمن خطتنا أطباء ومستشفيات وصيديات وموفري رعاية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل وموفري رعاية الصحة السلوكية وغيرهم من موفري الرعاية. ويوجد لدينا أيضاً مسؤولي إدارة رعاية وفرق رعاية لمساعدتك في إدارة موفري الرعاية والخدمات. وجميعهم يعملون معاً لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

إن L.A. Care Medicare Plus عبارة عن Medicare Medi-Cal Plan (MMP أو خطة Medi-Medi)، وهي خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة التي تقدمها L.A. Care Health Plan.

إن L.A. Care Health Plan هي هيئة عامة اسمها الرسمي المبادرة المحلية لهيئة الصحة في مقاطعة لوس أنجلوس. إن L.A. Care Health Plan هي خطة رعاية صحية عامة مستقلة مرخصة من قبل ولاية كاليفورنيا. وتعمل L.A. Care Health Plan مع أطباء وعيادات ومستشفيات وموفري رعاية آخرين لتوفير خدمات رعاية صحية عالية الجودة لك.

**B. معلومات عن برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal****B1. برنامج Medicare**

إن برنامج Medicare هو برنامج تأمين صحي فدرالي من أجل:

- الأشخاص بعمر 65 عاماً أو أكثر،
- بعض الأشخاص أقل من عمر 65 عاماً ويعانون من إعاقات معينة، و
- الأشخاص الذين يعانون من مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي).

**B2. برنامج Medi-Cal**

برنامج Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. وتتولى الولاية إدارة برنامج Medi-Cal، ويتم دفع التكاليف المرتبطة به بواسطة حكومة الولاية والحكومة الفدرالية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص من ذوي الدخل والمصادر المحدودة علي الدفع في مقابل الحصول على الخدمات وأشكال الدعم مُدارة طويلة الأجل (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS) والتكاليف الطبية. ويغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية ما يلي:

- ما الذي يحتسب كدخل وموارد،
- من هم المؤهلين،
- ما هي الخدمات المشمولة بالتغطية، و
- تكلفة الخدمات.

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

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



اعتمد كل من برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا خطتنا. يمكنك الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- لقد اخترنا تقديم الخطة، و
  - يسمح لنا برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- حتى لو توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، لا يتأثر تأهلك للحصول على خدمات برنامج Medicare و Medi-Cal.

## C. منافع خطتنا

ستحصل الآن على كافة خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal من خطتنا، بما في ذلك العقاقير المقررة بوصفة طبية. ولا تدفع مبالغ إضافية للانضمام لهذه الخطة الصحية.

نحن نساعد في جعل مزاياك من برنامجي Medicare و Medi-Cal تعمل بشكل أفضل معاً من أجلك. تتضمن بعض الفوائد ما يلي:

- يمكنك العمل معنا لتلبية غالبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- لديك فريق رعاية تساعد في تشكيكه. وقد يشملك فريق الرعاية بالإضافة إلى مقدم الرعاية والأطباء والمرضى والمستشارين أو غيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية.
- بإمكانك التواصل مع أحد مسؤولي إدارة الرعاية. وهو الشخص الذي يعمل معك، ومع خطتنا ومع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة في عمل خطة رعاية.
- يمكنك توجيه رعايتك بمساعدة فريق الرعاية ومسؤول إدارة الرعاية الخاصين بك.
- يعمل فريق الرعاية ومدير الرعاية معك لوضع خطة رعاية مصممة لتلبية احتياجاتك الصحية. يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. مثلاً، هذا يعني أن فريق رعايتك يتأكد مما يلي:
  - يعرف أطباؤك كافة الأدوية التي تتناولها حتى يتسنى لهم التأكد من أنك تتناول الأدوية الصحيحة، ويمكن أن يقللوا من أي أعراض جانبية قد تحدث لك من الأدوية.
  - مشاركة نتائج الفحوصات مع جميع أطبائك وموفري الرعاية الآخرين، كما يلزم.

الأعضاء الجدد في **L.A. Care Medicare Plus**: في معظم الحالات سيتم تسجيلك في L.A. Care Medicare Plus للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول 1 من الشهر بعد طلب التسجيل في L.A. Care Medicare Plus. لا يزال بإمكانك تلقي خدماتك من برنامج Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، سنتلقى خدماتك من برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال L.A. Care Medicare Plus. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات إذا كان لديك أي أسئلة.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**D. منطقة خدمات خطتنا**

تشمل منطقة خدماتنا هذه المقاطعات في كاليفورنيا، مقاطعة لوس أنجلوس. يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا الانضمام إلى خطتنا. لا يمكنك البقاء في خطتنا إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا. راجع الفصل 8 من دليل الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول تأثيرات الانتقال من منطقة خدمتنا.

**E. ما الذي يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة**

تكون مؤهلاً للعضوية في خطتنا ما دمت:

- تسكن في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا)، و
  - تبلغ من العمر 21 عام فأكثر في وقت التسجيل، و
  - تتمتع بمزايا كل من القسم A و القسم B من برنامج Medicare، و
  - وكنت من مواطني الولايات المتحدة أو متواجداً في الولايات المتحدة بشكل قانوني، و
  - ومؤهل حالياً لبرنامج Medi-Cal.
- إذا فقدت أهلية برنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها خلال 3 أشهر، فأنت لا تزال مؤهلاً للحصول على خطتنا. اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات.

**F. ما يمكنك توقعه عند انضمامك إلى خطتنا الصحية لأول مرة**

عندما تنضم إلى خطتنا لأول مرة، تحصل على تقييم للمخاطر الصحية (health risk assessment, HRA) خلال 90 يوماً قبل أو بعد تاريخ سريان التسجيل الفعلي. يجب علينا إجراء HRA لك. إن HRA هذا هو الأساس لتطوير خطة رعايتك. يشمل HRA أسئلة لتحديد الاحتياجات الطبية وخدمات واحتياجات الصحة السلوكية والوظيفية الخاصة بك. ونتواصل معك لإجراء HRA. يمكننا إجراء HRA من خلال زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو بريد إلكتروني. وسنرسل إليك مزيد من المعلومات بخصوص HRA هذا.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة لك، فيمكنك الاستمرار في استخدام الأطباء الذين تستخدمهم الآن لفترة معينة من الوقت حتى إذا لم يكونوا في شبكتنا. وهذا ما نسميه استمرارية الرعاية. إذا لم يكونوا في شبكتنا، يمكنك الاحتفاظ بموفري الرعاية الحاليين وتصريحات الخدمات في الوقت الذي تقوم فيه بالتسجيل لما يصل إلى 12 شهراً إذا تمت تلبية جميع الشروط التالية:

- تطلب منا أنت أو ممتلكك أو موفر الرعاية السماح لك بالاستمرار في استخدام موفر الرعاية الحالي.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- نثبت وجود علاقة قائمة مع موفر رعاية أولية أو تخصصية، مع بعض الاستثناءات. عندما نقول "علاقة قائمة" فهذا يعني أنك قد زرت موفر رعاية غير تابع الشبكة لمرة واحدة على الأقل لإجراء زيارة غير طارئة خلال 12 شهراً قبل تاريخ التسجيل الأولي في خطتنا.
- نقرر بشأن وجود علاقة قائمة عن طريق مراجعة معلوماتك الصحية لدينا أو المعلومات التي توفرها لنا.
- ولدينا مهلة 30 يوماً للرد على طلبك. يمكنك أيضاً أن تطلب منا إصدار القرار في وقت أسرع وعلينا أن نرد خلال 15 يوماً. يمكنك إجراء هذا الطلب من خلال الاتصال على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. إذا كنت معرض للإصابة بضرر، فيجب علينا الرد خلال 3 أيام.
- يجب عليك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك تقديم مستندات تثبت وجود علاقة قائمة والموافقة على بعض الشروط عند تقديم الطلب.

**ملحوظة:** يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي المعدات الطبية المعمرة (Durable Medical Equipment, DME) لمدة 90 يوماً على الأقل حتى نصرح بتأجير جديد ويكون لدينا موفر رعاية تابع للشبكة يقوم بتسليم المعدات المستأجرة. وعلى الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو موفري الرعاية الإضافية الآخرين، يمكنك تقديم طلب للحصول على خدمات النقل أو الخدمات الإضافية الأخرى غير المدرجة في خطتنا.

بعد انتهاء فترة استمرارية الرعاية، ستكون بحاجة إلى زيارة الأطباء وموفري الرعاية الآخرين التابعين لشبكة L.A. Care Medicare Plus التابعين إلى المجموعة الطبية الخاصة بموفري الرعاية الأولية الخاصة بك، ما لم نعتد اتفاقاً مع طبيبك الخاص غير التابع للشبكة. ويقصد بموفر الرعاية التابع للشبكة، موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية. عندما تختار موفر رعاية أولية (primary care provider, PCP)، سيتم إلحاقك بالمجموعة الطبية التي يتبع لها موفر الرعاية هذا. إن موفر الرعاية الأولية هو الطبيب أو موفر رعاية آخر تتوجه له أولاً عند التعامل معه أولاً عند حدوث مشكلة صحية. المجموعة الطبية هي عبارة عن جمعية تتألف من عدد من موفري الرعاية الصحية الأولية وأخصائيين يتم تشكيلها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة. راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن الحصول على الرعاية.

## G. فريق رعايتك وخطة رعايتك

### G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. وقد يضم فريق الرعاية طبيبك الخاص أو مسؤول إدارة الرعاية أو شخصاً آخر منوطاً بالرعاية الصحية من اختيارك.

مسؤول إدارة الرعاية هو شخص مُدرّب على مساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاج إليها. تحصل على مسؤول إدارة الرعاية عند الاشتراك في خطتنا. يحيلك هذا الشخص أيضاً إلى موارد المجتمع المحلي الأخرى التي قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة في تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على مزيد من المعلومات حول مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك وفريق الرعاية.



**G2. خطة الرعاية**

يعمل فريق رعايتك مع لوضع خطة الرعاية. تقوم خطة الرعاية باطلاعك أنت وأطباءك على الخدمات التي تحتاج إليها وكيفية حصولك عليها. وتشمل الرعاية الطبية والصحة السلوكية وخدمات الدعم طويل الأجل (Long-Term Supports and Services, LTSS) أو خدمات أخرى.

تشمل خطة رعايتك ما يلي:

- أهداف وتفضيلات الرعاية الصحية الشخصية الخاصة بك، و
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاج إليها.

يلتقي بك فريق الرعاية الخاص بك بعد إجراء HRA الخاص بك. يسألك عن الخدمات التي تحتاجها. ويخبرونك أيضاً بالخدمات التي ربما يجب عليك الحصول عليها. يتم وضع خطة الرعاية الخاصة بك بناءً على ردودك على HRA وأي معلومات أخرى تشاركها مع فريق الرعاية الخاص بك. يعمل معك فريق رعايتك من أجل تحديث خطة الرعاية كل عام على الأقل أو أكثر إذا تغيرت احتياجاتك. إذا قررت عدم المشاركة في خطة الرعاية الخاصة بك أو إذا لم يتمكن مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك من الوصول إليك، فسيتم وضع خطة رعاية لك.

**H. التكاليف الشهرية في L.A. Care Medicare Plus**

تتضمن التكاليف التي تتحملها ما يلي:

- قسط تأمين الخطة (القسم H1)
- قسط التأمين الشهري في الجزء B من برنامج Medicare (القسم H2)
- قسط المزايا التكميلية الاختيارية (القسم H3)
- مبلغ دفعة الوصفات الطبية من خلال برنامج Medicare (القسم H4)

في بعض الحالات، قد يكون قسط تأمين الخطة التي تسجل فيها أقل.

**H1. قسط تأمين الخطة**

ليس لديك قسط تأمين لهذه الخطة بناءً على مستوى المساعدات الإضافية التي تتلقاها. برنامج المساعدات الإضافية – عبارة عن برنامج من برنامج Medicare يساعد ذوي الدخل المحدود والموارد في خفض تكاليف أدوية الجزء D المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، كأقساط التأمين والخصومات والدفعات المشتركة. كما يطلق على برنامج المساعدات الإضافية أيضاً "إعانة الدعم المالي لذوي الدخل المتدني" أو "LIS".

**H2. قسط التأمين الشهري في القسم A والقسم B من برنامج Medicare**

يُطلب من بعض الأعضاء دفع أقساط تأمين أخرى في برنامج Medicare. كما هو موضح في القسم E أعلاه، لكي تصبح مؤهلاً للاشتراك في خطتنا، يجب أن تحافظ على أهليتك لبرنامج Medi-Cal ويجب أن تكون لديك تغطية لأدوية القسم A والقسم B من برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء L.A. Care Medicare Plus، يدفع برنامج Medi-Cal قسط تأمين القسم A (وذلك إذا لم تكن مؤهلاً لذلك بشكل تلقائي) وقسط أدويتك من القسم B من برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



إذا لم يدفع برنامج **Medi-Cal** أقساط تأمين برنامج **Medicare** الخاصة بك نيابةً عنك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط تأمين برنامج **Medicare** الخاصة بك لتظل عضوًا في الخطة. يتضمن ذلك قسط التأمين الخاص بك لبرنامج Medicare القسم B. وقد يشمل أيضًا قسط تأمين خاص ببرنامج Medicare، القسم A والذي يؤثر على الأعضاء غير المؤهلين للحصول على قسط مجاني من القسم A من برنامج Medicare. إضافةً إلى ذلك، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو منسق الرعاية الخاص بك وإبلاغهم بهذا التغيير.

### H3. قسط المزايا التكميلية الاختيارية

إذا قمت بالتسجيل للحصول على مزايا إضافية، والتي تسمى أيضًا "المزايا الإضافية الاختيارية"، فإنك تدفع قسط تأمين إضافي كل شهر مقابل هذه المزايا الإضافية. راجع الفصل 4، القسم E للاطلاع على التفاصيل.

### H4. مبلغ دفعة الوصفات الطبية من خلال برنامج Medicare

إذا كنت مشاركًا في خطة دفع الوصفات الطبية في برنامج Medicare، فستتلقى فاتورة من خطتك مقابل العقاقير المقررة بوصفة طبية الخاصة بك (بدلاً من الدفع للصيدلية). تعتمد فاتورتك الشهرية على المبلغ المستحق عليك مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها إضافةً إلى رصيد الشهر السابق، مقسومًا على عدد الأشهر المتبقية في العام.

**الفصل 2** يخبر المزيد عن خطة دفع الوصفات الطبية في برنامج Medicare. إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي تم فرضه كجزء من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات المذكورة في **الفصل 9** لتقديم شكوى أو طعن.

## أ. نسختك من كتيب الأعضاء

يُعد كتيب الأعضاء هذا جزءًا من عقدنا معك. وهذا يعني أنه علينا اتباع جميع القواعد المنصوص عليها في هذه الوثيقة. إذا كنت تعتقد أننا قمنا بشيء يتعارض مع هذه القواعد، فقد تكون لديك القدرة على طعن قرارنا. للحصول على معلومات حول كيفية تقديم الطعن، راجع **الفصل 9** من نسختك من كتيب الأعضاء أو اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب نسخة من كتيب الأعضاء من خلال الاتصال مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى كتيب الأعضاء الموجود على موقعنا الإلكتروني على العنوان الإلكتروني الموجود أسفل الصفحة.

يسرى التعاقد خلال الأشهر التي يتم تسجيلك خلالها في الخطة في الفترة ما بين 1 يناير 2025 و 31 ديسمبر 2025.

## ل. معلومات مهمة أخرى تحصل عليها منّا

تشمل المعلومات المهمة الأخرى التي نقدمها لك بطاقة معرف العضو الخاصة بك ومعلومات حول كيفية الوصول إلى دليل موفري الرعاية والصيديات، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية، والتي تعرف أيضًا باسم كتيب الوصفات.

**J1. بطاقة هوية عضويتك**

بموجب خطتنا، يكون لديك بطاقة واحدة لخدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal الخاصة بك بما في ذلك LTSS وبعض الخدمات الصحية السلوكية والوصفات الطبية. أبرز هذه البطاقة عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. وفيما يلي عينة من بطاقة معرف العضوية:

	
<b>Member Name:</b> <Cardholder Name> <b>Member ID:</b> <Cardholder ID#>	
<b>Care Manager Phone:</b> 1-833-522-3767 <b>PCP Group/Name:</b> <PCP/Group name line 1> <PCP/Group name line 2> <b>PCP Phone:</b> <PCP Phone> <b>Copays: PCP/Specialist:</b> \$0 ER: \$0 H1224-001	<b>RxBIN:</b> <RxBIN#> <b>RxPCN:</b> <RxPCN#> <b>RxGRP:</b> <RxGRP#> <b>RxID:</b> <RxID#> <b>MedicareRx</b> <small>Prescription Drug Coverage</small>
<b>Member Services:</b> 1-833-522-DSNP (3767) (TTY: 711) <b>Behavioral Health:</b> 1-877-344-2858 (TTY: 1-800-735-2929) <b>Pharmacy Help Desk:</b> 1-844-268-9785 <b>Dental Services:</b> 1-888-700-5243 <b>24-Hour Nurse Advice:</b> 1-800-249-3619 (TTY: 711)	
<b>Website:</b> medicare.lacare.org	
<b>Send Claims to:</b> L.A. Care Health Plan Attn. Claims Dept. P.O. Box 811580 Los Angeles, CA 90081	
<b>Claim Inquiry:</b> 1-866-522-2736	

إذا تعرضت بطاقة هوية الخطة للتلف أو الضياع أو السرقة فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة على الفور. سنرسل إليك بطاقة جديدة.

وطالما أنك مشترك في خطتنا، فلا توجد حاجة لاستخدام بطاقات برنامج Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء أو بطاقة برنامج Medi-Cal الخاصة بك للحصول على غالبية الخدمات. واحتفظ بهذه البطاقات في مكان آمن في حالة احتياجك لها فيما بعد. إذا قمت بإبراز بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة هوية الخطة، فقد يقوم موفر الرعاية بإرسال الفاتورة إلى Medicare بدلاً من إرسالها إلى خطتنا وبالتالي فقد تُرسل الفاتورة إليك. راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء لمعرفة ما يمكنك فعله في حال وصلتك فاتورة من موفر رعاية.

تذكر أنك بحاجة إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة تعريف المزايا (Benefits Identification Card, BIC) للوصول إلى الخدمات التالية:

- الصحة العقلية التخصصية
- الاضطرابات الناجمة عن تعاطي المواد المخدرة
- Medical-Cal Rx
- وكأفضل حل أحضر كلا البطاقتين للوصول إلى خدماتك

**J2. دليل موفري الرعاية والصيدليات**

يدرج دليل موفري الرعاية والصيدليات موفري الرعاية والصيدليات ضمن شبكة خطتنا. أثناء عضويتك في خطتنا، يجب عليك مراجعة الموفرين التابعين للشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية.

يمكنك طلب نسخة من دليل موفري الرعاية والصيدليات (إلكترونيًا أو كنسخة ورقية) عن طريق الاتصال مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. سيتم إرسال طلبات النسخ الورقية من دليل موفري الرعاية والصيدليات عبر البريد خلال ثلاثة أيام عمل.

يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل موفري الرعاية والصيدليات على العنوان الإلكتروني الموجود أسفل الصفحة.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



يُدرج الدليل أخصائيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء والممرضين الممارسين والأطباء النفسيين)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات)، وموفري الدعم (مثل موفري الرعاية الصحية اليومية للبالغين وموفري الرعاية الصحية المنزلية) الذين يمكن أن تراجعهم كعضو في L.A. Care Medicare Plus. كما نورد الصيدليات التي بإمكانك استخدامها للحصول على العقاقير المقررة بوصفة طبية. اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على معلومات بخصوص موفري الرعاية التابعين للشبكة مثل الاسم والعنوان وأرقام الهواتف والمؤهلات المهنية والتخصص وكلية الطب التي تخرج منها وإنهاء الإقامة وحالة شهادة البورد.

### تعريف مزودي الشبكة

- تشمل قائمة موفري الرعاية التابعين للشبكة ما يلي:
  - الأطباء والممرضين وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية الذين يمكنك زيارتهم باعتبارك عضواً في خطتنا؛
  - العيادات والمستشفيات ودور المسنين والأماكن الأخرى التي تقدم الخدمات الصحية ضمن خطتنا؛ و،
  - خدمات MLTSS وخدمات الصحة السلوكية ووكالات الرعاية الصحية المنزلية وموردي المعدات الطبية المعمرة (DME)، وغير ذلك من موفري السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.
- يوافق موفرو الرعاية التابعون للشبكة على قبول دفعات من خطتنا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية كدفعة كاملة.

### تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- إن الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل موفري الرعاية والصيدليات للعثور على الصيدليات التابعة للشبكة التي ترغب بالتعامل معها.
- وباستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك أن تصرف وصفاتك الطبية من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا إذا كنت ترغب بأن تساعدك خطتنا على الدفع مقابلها.
- اتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على المزيد من المعلومات. يقدم لك كل من خدمات الأعضاء وموقعنا الإلكتروني أحدث المعلومات بخصوص التغييرات التي تطرأ على الصيدليات التابعة للشبكة والموفرين.

### J3. قائمة بالأدوية الخاضعة للتغطية

- لدى الخطة قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونحن نطلق عليها اختصاراً "قائمة الأدوية". يخبرك عن العقاقير المقررة بوصفة طبية التي تغطيها خطتنا.
- وتخبرك قائمة الأدوية أيضاً إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي عقاقير، مثلاً كوجود حد للكمية التي يمكنك أن تحصل عليها. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- كل عام، نرسل إليك معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، ولكن قد تطرأ بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول العقاقير الدوائية التي يتم تغطيتها، اتصل بخدمات الأعضاء أو قم بزيارة موقعنا على الإنترنت على العنوان الموجود أسفل الصفحة.



**J4. شرح الاستحقاقات**

عندما تستخدم مزايا أدوية القسم D المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare الخاصة بك، نرسل لك ملخصاً لمساعدتك على فهم ومتابعة عمليات السداد مقابل الحصول على أدوية القسم D المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare الخاصة بك. ويسمى هذا الملخص شرح الاستحقاقات (Explanation of benefits, EOB).

يوضح لك EOB المبلغ الإجمالي الذي أنفقته، أو أنفقه آخرون نيابةً عنك، على أدوية القسم D المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare الخاصة بك، وكذلك المبلغ الإجمالي الذي سددها لكل دواء من أدوية القسم D المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare الخاصة بك خلال الشهر. إن EOB هذا ليس فاتورة. ويتضمن EOB المزيد من المعلومات عن العقاقير الدوائية التي تأخذها. **الفصل 6** من كتيب الأعضاء يقدم المزيد من المعلومات حول EOB وكيف يساعدك على تتبع تغطية العقاقير الدوائية الخاصة بك.

يمكنك أيضاً طلب EOB. للحصول على نسخة، اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

**K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثاً**

يمكنك الحفاظ على سجل عضويتك محدثاً من خلال إبلاغنا عندما تتغير معلوماتك.

نحتاج إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يحتاج موفرو الرعاية التابعين للشبكة والصيدليات لدينا أيضاً إلى معلومات صحيحة عنك. فهم يستخدمون سجل العضوية الخاص بك لمعرفة الخدمات والأدوية التي تحصل عليها وكم تكلفك.

أخبرنا على الفور عن ما يلي:

- التغييرات التي تطرأ على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- التغييرات على أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل التغطية التي يوفرها صاحب العمل أو صاحب العمل لزوجتك/زوجك، أو صاحب عمل الرفيق الشخصي أو تعويضات العمال؛
- أي مطالبات مسؤوليات، مثل الدعاوى الخاصة بحوادث السيارات؛
- الإدخال إلى دار مسنين أو مستشفى؛
- الرعاية من أحد المستشفيات أو غرف الطوارئ؛
- التغييرات على مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي شخص آخر مسؤول عنك)؛ و،
- إذا شاركت في دراسة بحثية سريرية. (ملاحظة: لست مطالباً بإخبارنا عن دراسة بحثية سريرية تشارك فيها أو تصبح جزءاً منها لكننا نشجعك على القيام بذلك).

إذا تغيرت أية معلومات، فاتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.



يمكنك أيضًا إجراء تغييرات على المعلومات باستخدام حساب L.A. Care Connect عبر الإنترنت. إن L.A. Care Connect هو حساب متوفر على شبكة الإنترنت لأعضاء L.A. Care Medicare Plus الذين يسجلون. يمكنك التسجيل والدخول إلى حساب L.A. Care Connect من خلال زيارة [www.medicare.lacare.org](http://www.medicare.lacare.org). بعد التسجيل، يمكنك الدخول للقيام بما يلي:

- الاطلاع على أهليتك ومزاياك
- طلب بطاقة هويتك أو الاطلاع عليها و/أو طباعتها
- تغيير طبيبك أو مجموعتك الطبية
- إدارة أدويةك وعرض تاريخ أدويةك والعثور على صيدلية والوصول إلى جميع مزايا الصيدلية الأخرى
- المشاركة في برامج الصحة المتاحة

#### K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل عضويتك معلومات صحية شخصية (Personal Health Information, PHI). تتطلب قوانين الولاية والقوانين الفدرالية أن نحافظ على PHI الخاصة بك سرية. نحن نحمي PHI الخاصة بك للمزيد من التفاصيل عن كيفية حماية PHI الخاصة بك، راجع **الفصل 8** من كتيب الأعضاء.



## الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة

### مقدمة

يعطيك هذا الفصل معلومات اتصال لموارد مهمة يمكن أن تساعدك على الإجابة على أسئلتك بخصوص خطتنا ومزايا رعايتك الصحية. يمكنك أن تستخدم هذا الفصل للحصول على معلومات بخصوص كيفية الاتصال مع مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك وغيره ممن للدفاع عنك. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

- A. خدمات الأعضاء ..... 22
- B. مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك ..... 25
- C. برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) ..... 27
- D. خط اتصال استشارات التمريض ..... 28
- E. خط اتصال أزمات الصحة السلوكية ..... 29
- F. منظمة تحسين الجودة (QIO) ..... 30
- G. برنامج Medicare ..... 31
- H. برنامج Medi-Cal ..... 32
- I. مكتب أمين المظالم للرعاية المُدارة والصحة العقلية في برنامج ..... 33
- J. الخدمات الاجتماعية في المقاطعة ..... 34
- K. وكالة خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة ..... 35
- L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا ..... 36
- M. برامج لمساعدة الأشخاص على الدفع مقابل العقاقير المقررة بوصفة طبية ..... 37
- M1. برنامج المساعدات الإضافية ..... 37
- N. الضمان الاجتماعي ..... 38
- O. مجلس التقاعد من السكة الحديد (RRB) ..... 39
- P. موارد أخرى ..... 40
- Q. برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental Program ..... 41



## A. خدمات الأعضاء

هاتفياً	1-833-522-3767. هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل صوتياً بواسطة الاتصال بالرقم أعلاه. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجاناً للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم. على مدار 24 ساعة يومياً و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات
فاكس	1-213-438-5712
خطياً	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
الموقع الإلكتروني	medicare.lacare.org/

اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على مساعدة بشأن ما يلي:

- أسئلة عن الخطة
- الاستفسارات بخصوص المطالبات أو إصدار الفواتير
- قرارات بيان المزايا المغطاة الخاصة برعايتك الصحية
  - قرار بيان المزايا المغطاة المتعلقة برعايتك الصحية هو قرار بخصوص:
    - مزاياك والخدمات الخاضعة للتغطية، أو
    - المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
  - اتصل بنا إذا كانت لديك استفسارات حول قرار بيان المزايا المغطاة المتعلقة برعايتك الصحية.
  - لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- الطعون المتعلقة برعايتك الصحية
  - إن الطعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار اتخذناه بشأن تغطيتك ومطالبتنا بتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ أو إذا كنت غير موافق على القرار.
  - لمعرفة المزيد حول تقديم طعن، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء أو اتصل مع خدمات الأعضاء.
- الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية
  - يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بنا أو أي موفر رعاية آخر (بما في ذلك موفر رعاية غير تابع أو تابع للشبكة). موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع خطتنا. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO) حول جودة الرعاية التي حصلت عليها (راجع **القسم F**).
  - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
  - إذا كانت شكواك بخصوص بيان المزايا المغطاة بشأن رعايتك الصحية، فيمكنك تقديم طعن (ارجع إلى القسم أعلاه).
  - يمكنك تقديم أي شكوى تتعلق بخطتنا مباشرة إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام نموذج إلكتروني على [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx) أو يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 لطلب المساعدة.
  - يمكنك إرسال شكوى ضد خطتنا إلى برنامج أمناء المظالم لدى برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare من خلال الاتصال على الرقم 1-855-501-3077.
  - لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.
- قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالعقاقير الدوائية الخاصة
  - قرار بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالعقاقير الدوائية هو قرار بخصوص:
    - مزاياك والأدوية الخاضعة للتغطية أو
    - المبلغ الذي ندفعه في مقابل العقاقير الدوائية الخاصة بك.
  - يمكن تغطية العقاقير الدوائية غير الخاضعة للتغطية من خلال برنامج Medicare، مثل الأدوية غير المقررة بوصفة طبية (over-the-counter, OTC) وبعض الفيتامينات من خلال Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال مع مركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273.
  - لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة بخصوص العقاقير المقررة بوصفة طبية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.
- تقديم الطعون بخصوص أدويتك
  - الطعن هو عبارة عن طريقة لمطالبتنا بتغيير أحد قرارات بيان المزايا المغطاة.

- لمعرفة المزيد حول تقديم طعن بخصوص العقاقير المقررة بوصفة طبية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.
- تقديم الشكاوى بخصوص الأدوية
  - يمكنك تقديم شكوى بخصوصنا أو بخصوص أي صيدلية. وهذا يشمل الشكاوى حول الأدوية المقررة بوصفات طبية الخاصة بك.
  - إذا كانت شكواك تخص قرار تغطية الأدوية المقررة بوصفات طبية، يمكنك تقديم طعن. (راجع القسم أعلاه).
  - يمكنك تقديم أي شكوى تتعلق بخطتنا مباشرة إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج إلكتروني على [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). أو يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
  - لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بخصوص العقاقير المقررة بوصفة طبية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.
  - الدفع مقابل الرعاية الصحية أو العقاقير الدوائية التي قمت بدفعها
    - لمزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا بإعادة ما قمت بدفعه أو لدفع فاتورة تلقيتها، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء.
    - إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من الطلب، فيمكنك الطعن في قرارنا. راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.



**B. مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك**

ما هو مسؤول إدارة الرعاية؟

- إن مسؤول إدارة الرعاية هو ممرض أو شخص مرخص سيقوم بالتعرف عليك ويفهم احتياجاتك الصحية. قد يكون هذا الشخص مع مجموعتك الطبية أو مع L.A. Care Health Plan. يعمل مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك ضمن فريق يتكون منك ومن طبيبك ومقدمي الرعاية وغيرهم ممن لهم علاقة برعايتك الصحية. يقوم مسؤول إدارة الرعاية بتقييم الرعاية التي تحتاج إليها ويقوم بعمل خطة رعاية معك لتحديد كيف ستحصل على الرعاية التي تحتاج إليها وينسق رعايتك ويتابع لمعرفة كيف تسير الأمور.

يمكنك الاتصال مع مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك للمساعدة في الإجابة على الأسئلة والعثور على الدعم الصحيح للتأكد من أن تظل تتمتع بأفضل حالة صحية ممكنة.

كيف يمكنك الاتصال بمسؤول إدارة الرعاية الخاص بك؟

- يمكنك التواصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام المُدرجة أدناه. وسوف يوصلونك مع وحدة تنسيق الرعاية/ إدارة الرعاية.

كيف يمكنك تغيير مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك؟

اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

هاتفياً	1-833-522-3767. هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو التسجيل صوتيًا بواسطة الاتصال بالرقم أعلاه. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم. على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات
فاكس	1-213-438-5712
خطياً	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department 1200 West 7th Street Los Angeles, CA 90017
الموقع الإلكتروني	medicare.lacare.org/

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



اتصل مع مسؤول إدارة الرعاية للحصول على المساعدة بخصوص ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية
  - الأسئلة بخصوص الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات)
  - الأسئلة بخصوص مزايا طب الأسنان
  - الأسئلة بخصوص النقل إلى المواعيد الطبية
  - الأسئلة بخصوص الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (Long-term Services and Supports, LTSS) بما في ذلك خدمات برنامج الخدمات المجتمعية للكبار (Community-Based Adult Services, CBAS) ودور المسنين (Nursing Facilities, NF).
  - الأسئلة بخصوص الدعم المجتمعي لمساعدتك على البقاء آمنًا في المنزل (مثل، خدمات مقدمي الرعاية، وتعديلات المنزل، وبرامج الإسكان والوجبات)
- قد تتمكن من الحصول على هذه الخدمات:
- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)
  - رعاية ترفيهية مؤهلة
  - علاج طبيعى
  - علاج وظيفي
  - علاج النطق
  - خدمات طبية اجتماعية
  - رعاية صحية منزلية
  - الخدمات المجتمعية الانتقالية
  - الرعاية طويلة الأمد (Long Term Care, LTC) في دار مسنين أو منشأة رعاية متوسطة للأشخاص ذوي الإعاقة التنموية
  - خدمات الدعم المنزلية (In-Home Supportive Services, IHSS) من خلال وكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك
  - خدمات الرعاية الشخصية والأعمال المنزلية (Personal Care and Homemaker Services, PCHS)
  - خدمات الراحة لمقدمي الرعاية
  - تعديل المنزل
  - خدمات دار المسنين الانتقالية وخدمات التنوع
  - أحيانًا، يمكنك الحصول على المساعدة فيما يتعلق بالرعاية الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



### C. برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP)

يوفر برنامج الولاية للمساعدة في التأمين الصحي (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) الإرشاد والتوجيه مجاناً للأشخاص الذين لديهم برنامج Medicare. في كاليفورنيا، يُعرف برنامج SHIP باسم برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). يمكن لمستشاري برنامج (HICAP) الإجابة على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما يجب عليك القيام به للتعامل مع مشكلتك. لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، والخدمات مجانية.

إن HICAP غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

هاتفياً	1-800-434-0222 تحديد موعد لمراجعة مستشار في مكتب HICAP المحلي في منطقتك
TTY	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
خطياً	California Health Advocates 5380 Elvas Avenue, Suite 221 Sacramento, CA 95819
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.cahealthadvocates.org/HICAP/">www.cahealthadvocates.org/HICAP/</a>

اتصل مع HICAP للحصول على المساعدة بخصوص ما يلي:

- أسئلة عن برنامج Medicare
- يستطيع مستشارو HICAP الإجابة على أسئلتك بخصوص التغيير إلى خطة جديدة ومساعدتك على:
  - فهم حقوقك،
  - فهم خيارات خطتك،
  - تقديم الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية أو العلاج و
  - تسوية مشكلاتك المتعلقة بالفواتير.



**D. خط اتصال استشارات التمريض**

يمكنك الاتصال على خط استشارات التمريض على مدار 24 ساعة يوميًا، و 7 أيام في الأسبوع إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بالصحة. إن ممرضينا هم محترفون مدربين يمكنهم تقديم معلومات صحية ملائمة والتثقيف والمشورة بما في ذلك مساعدتك على الحصول على الرعاية العاجلة أو الطارئة. إذا كانت لديك أسئلة محددة بخصوص علاج جاري، فيجب عليك الاتصال بمكتب طبيبك. لا يحل خط الاستشارات التمريضية محل مكتب طبيبك المعالج. يمكنك الاتصال مع خط اتصال استشارات التمريض لطرح أسئلة حول صحتك أو رعايتك الصحية.

<p>هاتفياً</p> <p>1-800-249-3619 إن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو تسجيل صوتي بواسطة الاتصال بالرقم أعلاه.</p> <p>يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.</p>	
<p>TTY</p> <p>711 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.</p> <p>على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات.</p>	



## E. خط اتصال أزمات الصحة السلوكية

إذا كنت تشعر بالوحدة أو الإرهاق أو اليأس أو لديك أفكار انتحارية، فإن خدمات الأزمات متاحة لتقديم الدعم العاطفي والموارد لك.

<b>هاتفياً</b>	988 هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل صوتياً بواسطة الاتصال بالرقم أعلاه. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
<b>TTY</b>	988 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به. على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

إذا كانت لديك حاجة صحية سلوكية عاجلة ولكنها غير طارئة، يمكنك الاتصال على خطوط خدمات الصحة السلوكية بخصوص الأسئلة عن الصحة السلوكية السريرية.

<b>هاتفياً</b>	بالنسبة إلى خدمات الصحة العقلية: 1-877-344-2858 هذه المكالمات مجانية. لخدمات تعاطي المخدرات: 1-844-804-7500 هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات. يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجاناً بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل صوتياً بواسطة الاتصال بالرقم أعلاه. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
<b>TTY</b>	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال على هذا الرقم. على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات

اتصل مع خط اتصال أزمات الصحة السلوكية للحصول على المساعدة بخصوص ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات

للأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، راجع القسم K.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**F. منظمة تحسين الجودة (QIO)**

يوجد بولاية أريزونا منظمة يُطلق عليها Livanta Medicare للرعاية التي تركز على المستفيدين والأسر تابعة إلى منظمة تحسين الجودة (Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement Organization, BFCC-QIO) وهي تتألف من مجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشاركين ببرامج Medicare. إن Livanta Medicare للرعاية التي تركز على المستفيدين والأسر تابعة إلى منظمة تحسين الجودة (BFCC-QIO) غير مرتبطة بخططنا.

هاتفياً	1-877-588-1123 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحاً إلى 5 مساءً السبت والأحد والعطلات، 10:00 صباحاً - 4:00 مساءً إضافة إلى ذلك، تتوفر خدمة البريد الصوتي على مدار 24 ساعة.
TTY	711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.
خطياً	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd. Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	www.livantaqio.com

اتصل مع Livanta Medicare للرعاية التي تركز على المستفيدين والأسر تابعة إلى منظمة تحسين الجودة (BFCC-QIO) للحصول على مساعدة بخصوص ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- تقديم شكوى فيما يتعلق بالرعاية التي تلقيتها إذا:
  - واجهتك مشكلة في جودة الرعاية،
  - تعتقد أن إقامتك في المستشفى ستنتهي قبل الموعد المناسب، أو
  - تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو مركز خدمات التمريض المهني أو الخدمات في مركز إعادة التأهيل الصحيّ الشامل لمرضى العيادات الخارجية (Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF) ستنتهي قبل الموعد المناسب.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**G. برنامج Medicare**

إن Medicare هو برنامج التأمين الصحي الاتحادي للأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً أو أكبر، وبعض الأشخاص البالغين أقل من 65 عاماً من أصحاب الإعاقات، والأشخاص الذين يعانون مرضاً كلوياً في مراحله الأخيرة (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب الغسيل الكلوي أو عملية زرع كلى).

الوكالة الاتحادية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid، أو (Centers for Medicare and Medicaid services, CMS).

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات إلى هذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>هاتفياً</p>
<p>1-877-486-2048. هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.</p>	<p>TTY</p>
<p><a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a> هذا هو الموقع الإلكتروني الرسمي لبرنامج Medicare. يقدم لك معلومات محدثة بشأن برنامج Medicare. كما يحتوي على معلومات حول المستشفيات ودور المسنين والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومرافق إعادة تأهيل للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى ورعاية الأمراض العضال. ويتضمن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة. وفيه أيضاً وثائق يمكنك طباعتها مباشرةً من الكمبيوتر. إن لم يكن لديك حاسوب، فقد تتمكن مكتبك المحلية أو دار رعاية المسنين من مساعدتك على زيارة هذا الموقع الإلكتروني باستخدام حاسوبهم. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم الموضح أعلاه وإخبارهم بما تريد. سيجدون المعلومات على الموقع ويراجعون المعلومات معك.</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>



**H. برنامج Medi-Cal**

إن برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid في كاليفورنيا. وهذا برنامج تأمين صحي عام يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد ذوي الدخل المتدني بما في ذلك الأسر التي لديها أطفال وكبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة والرعاية البديلة للشباب والأطفال والنساء الحوامل. يمول برنامج Medi-Cal من خلال أموال الولاية والحكومة الفيدرالية.

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

أنت مسجل في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كانت لديك أسئلة حول مزايا برنامج Medi-Cal، فاتصل مع مسؤول إدارة الرعاية التابع إلى الخطة. إذا كانت لديك أسئلة حول التسجيل في خطة برنامج Medi-Cal، فاتصل مع Health Care Options.

هاتفياً	1-800-430-4263 من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى 6 مساءً.
TTY	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال على هذا الرقم.
خطياً	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/">www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/</a>



**1. مكتب أمين المظالم للرعاية المُدارة والصحة العقلية في برنامج**

يعمل مكتب أمين المظالم كمحامي بالنيابة عنك. ويستطيعون الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويستطيعون مساعدتك على فهم ما يمكنك فعله. ويساعدك مكتب أمين المظالم أيضاً على حل مشاكل الخدمات أو إصدار الفواتير. فهم لا يرتبطون بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. خدماتهم مجانية.

هاتفياً	1-888-452-8609 هذه المكالمات مجانية. من يوم الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً
TTY	711 هذه المكالمات مجانية.
خطياً	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
عبر البريد الإلكتروني	<a href="mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov">MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov</a>
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx">www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx</a>



**ل. الخدمات الاجتماعية في المقاطعة**

إذا كنت بحاجة للمساعدة بشأن مزايا خدمات الدعم المنزلية (IHSS) الخاصة بك، أو دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI) أو الصحة العقلية، أو مزايا التعامل مع تعاطي المخدرات اتصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة المحلية.

اتصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة للتقدم بطلب للحصول على خدمات الدعم المنزلية والتي ستساعد في دفع مقابل الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. قد تشمل أنواع الخدمات المساعدة في إعداد وجبات الطعام أو الاستحمام أو ارتداء الملابس أو شراء الملابس أو النقل.

اتصل مع وكالة الخدمات الاجتماعية في المقاطعة إذا كانت لديك أي أسئلة حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal.

<p><b>هاتفياً</b></p> <p>1-866-613-3777 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>من الإثنين وحتى الجمعة، باستثناء العطلات من الساعة 7:30 صباحاً إلى 6:30 مساءً.</p> <p>إن مركز خدمات العملاء (Customer Service Center, CSC) هو "نقطة اتصال واحدة" تقدم الخدمات حالياً إلى 33 مكتب مقاطعة لبرامج المساعدات واللغات التالية: CalWORKs و CalFresh و Medi-Cal و General Relief و مع خدمات بالأرمنية والكمبودية والإنجليزية والإسبانية والفيتنامية والصينية والفارسية والتاغالوغية والروسية والكورية.</p>	
<p><b>TTY</b></p> <p>711 المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.</p>	
<p><b>خطياً</b></p> <p>Los Angeles County Department of Public Social Services Crossroads Parkway South 12860 City of Industry, CA 91746</p>	
<p><b>الموقع الإلكتروني</b></p> <p><a href="http://dpss.lacounty.gov">http://dpss.lacounty.gov</a></p>	



**K. وكالة خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة**

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

<b>هاتفياً</b>	<p>1-800-854-7771 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات.</p> <p>يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.</p>
<b>TTY</b>	<p>711 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال على هذا الرقم.</p> <p>على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات</p>

اتصل مع وكالة أزمات الصحة السلوكية للحصول على المساعدة بخصوص ما يلي:

- الأسئلة بخصوص خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة
- أسئلة حول خدمات اضطراب تعاطي المواد التي تقدمها المقاطعة
- يوفر قسم الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس خدمات الصحة العقلية المتخصصة بما في ذلك خدمات الصحة العقلية للمرضى الخارجيين، وخدمات إعادة التأهيل النهارية أو العلاج المكثف، والتدخل في الأزمات والاستقرار، وإدارة الحالات المستهدفة، وخدمات دعم الأدوية، وخدمات العلاج السكني للبالغين والأزمات، وخدمات المستشفيات والمرافق الصحية النفسية للمرضى الداخليين، وخدمات دعم الأقران، وخدمات الأزمات المتنقلة.



**L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا**

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (Department of Managed Health Care، DMHC) مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن لمركز مساعدة DMHC مساعدتك في تقديم الطعون والشكاوى بخصوص خدمات برنامج Medi-Cal.

هاتفياً	1-888-466-2219 يتوفر مندوبو إدارة DMHC بين الساعة 8:00 صباحاً و6:00 مساءً، من الإثنين وحتى الجمعة.
TDD	1-877-688-9891 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال على هذا الرقم.
خطياً	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.dmhc.ca.gov">www.dmhc.ca.gov</a>



**M. برامج لمساعدة الأشخاص على الدفع مقابل العقاقير المقررة بوصفة طبية**

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

**M1. برنامج المساعدات الإضافية**

نظراً لأنك مؤهل للاشتراك في برنامج Medi-Cal، فأنت مؤهل إلى برنامج "المساعدات الإضافية" وتحصل عليه من برنامج Medicare لدفع تكاليف العقاقير المقررة بوصفة طبية. لا تحتاج لفعل أي شيء للحصول على خدمات برنامج المساعدات الإضافية هذا.

هاتفياً	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات إلى هذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.medicare.gov">www.medicare.gov</a>



**N. الضمان الاجتماعي**

يقرر الضمان الاجتماعي الأهلية ويتولى التسجيل في برنامج Medicare. المواطنون الأمريكيون والمقيمون الدائمون الشرعيون الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر أو الذين يعانون من إعاقة أو الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (End-Stage Renal Disease, ESRD) ويحققون شروط معينة مؤهلون للحصول على برنامج Medicare. إذا كنت تخضع في الوقت الحالي بالفعل لفحوصات الضمان الاجتماعي، يكون التسجيل تلقائيًا في Medicare. وإذا لم تكن تخضع في الوقت الحالي لفحوصات الضمان الاجتماعي، يتعين عليك التسجيل في Medicare. للتقديم في نظام Medicare، يمكنك الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي.

في حالة الانتقال إلى مكان آخر أو تغيير عنوانك البريدي، من المهم أن تتصل بمسؤولي الضمان الاجتماعي لإخبارهم بذلك.

<p>1-800-772-1213</p> <p>الاتصال بهذا الرقم مجاني.</p> <p>الخدمة متاحة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.</p> <p>يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية لديهم للحصول على معلومات مسجلة وتنفيذ بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.</p>	<p><b>هاتفياً</b></p>
<p>1-800-325-0778</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.</p>	<p><b>TTY</b></p>
<p><a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a></p>	<p><b>الموقع الإلكتروني</b></p>



**0. مجلس التقاعد من السكة الحديد (RRB)**

إن مجلس التقاعد من سكة الحديد (Railroad Retirement Board, RRB) هو عبارة عن هيئة اتحادية مستقلة تدير برامج الفوائد الشاملة لعمال السكك الحديدية في البلاد وأسرهم. إذا حصلت على خدمات برنامج Medicare من خلال RRB، فمن المهم أن تُبلغهم إذا انتقلت إلى مكان آخر أو غيرت عنوانك البريدي. إذا كانت لديك أسئلة تتعلق بالمزايا التي يقدمها RRB، فاتصل مع الوكالة.

<p>1-877-772-5772</p> <p>الاتصال بهذا الرقم مجاني.</p> <p>إذا ضغطت على "0"، يمكنك التحدث مع ممثل RRB من 9 صباحًا إلى 3:30 مساءً، الاثنين، الثلاثاء، الخميس والجمعة، ومن 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا يوم الأربعاء.</p> <p>إذا ضغطت على "1"، يمكنك الوصول إلى خط المساعدة الآلي لدى RRB والمعلومات المسجلة على مدار 24 ساعة في اليوم، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.</p>	هاتفياً
<p>1-312-751-4701</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.</p> <p>الاتصال بهذا الرقم ليس مجانيًا.</p>	TTY
<p><a href="http://www.rrb.gov">www.rrb.gov</a></p>	الموقع الإلكتروني

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**P. موارد أخرى**

يقدم برنامج أمناء المظالم لدى برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يكافحون للحصول على تغطية صحية أو الحفاظ عليها وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية.

إذا كانت لديك مشاكل تتعلق بما يلي:

- برنامج Medi-Cal
  - برنامج Medicare
  - خطتك الصحية
  - الوصول إلى الخدمات الطبية
  - تقديم طعن على الخدمات والعقاقير والمعدات الطبية المعمرة (Durable Medical Equipment, DME) وخدمات الصحة العقلية المرفوضة وإلخ
  - إصدار الفواتير الطبية
  - IHSS (خدمات الدعم المنزلية)
- يساعد برنامج أمناء المظالم لدى برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare على تقديم الشكاوى والطعون وطلب عقد جلسات الاستماع. إن رقم الهاتف الخاص ببرنامج أمناء المظالم هو 1-855-501-3077.



**Q. برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental Program**

تتوفر خدمات معينة للأسنان من خلال برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental Program؛ وتتضمن على سبيل المثال لا الحصر خدمات مثل:

- الفحوصات المبدئية والأشعة السينية والتنظيف والعلاج بالفولورايد.
- الترميمات والتيجان
- علاج جذر العصب
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة وتعديلاتها وإصلاحاتها وإعادة تبطينها

تتوفر مزايا الأسنان من خلال برنامجي الرسوم مقابل الخدمات (Fee-for-Service, FFS) لدى Medi-Cal Dental ورعاية الأسنان المدارة (Dental Managed Care, DMC).

هاتفياً	1-800-322-6384 المكالمة مجانية. يُتاح ممثلو برنامج الأسنان FFS في برنامج Medi-Cal لمساعدتك من الساعة 8.00 صباحاً حتى 5.00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة.
TTY	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص للاتصال على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	<a href="http://www.dental.dhcs.ca.gov">www.dental.dhcs.ca.gov</a> <a href="http://smilecalifornia.org">smilecalifornia.org</a>

بدلاً من الرسوم مقابل الخدمات من Medi-Cal Dental Program، قد تتلقى مزايا طب الأسنان من خلال خطة الرعاية المدارة للأسنان. تُتاح خطط الرعاية المدارة للأسنان في مقاطعتي ساكرامنتو ولوس أنجلوس. إذا كنت تريد مزيد من المعلومات عن خطط رعاية الأسنان أو تريد تغيير خطط رعاية الأسنان، فيرجى الاتصال Health Care Options مع على الرقم 1-800-430-4263 (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077)، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 6:00 مساءً. المكالمات مجانية. تتوفر جهات الاتصال مع DMC أيضاً هنا: [www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx)



## الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية و غيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل شروطاً وقواعد أنت بحاجة إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية مع خطتنا. كما ويخبرك عن مسؤول إدارة رعايتك وعن كيفية الحصول على الرعاية من أنواع الموفرين المختلفة وضمن ظروف خاصة (بما في ذلك الموفرين والصيدليات غير التابعة للشبكة) وماذا تفعل إذا وصلتك فاتورة مباشرة مقابل الخدمات التي نغطيها وقواعد امتلاك الأجهزة الطبية المعمرة (Durable Medical Equipment, DME). تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

44	A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية
44	B. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا
46	C. مدير الرعاية الخاص بك
46	C1. ما هو مسؤول إدارة الرعاية
46	C2. كيف يمكنك الاتصال بمسؤول إدارة الرعاية الخاص بك
46	C3. كيف يمكنك تغيير مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك
46	D. الحصول على الرعاية من موفري الرعاية
46	D1. الحصول على الرعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP)
49	D2. الرعاية من الأخصائيين والموفرين الآخرين التابعون للشبكة
50	D3. عندما يترك أحد موفري الرعاية خطتنا
51	D4. موفري رعاية غير تابعين للشبكة
51	E. الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS)
51	F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)
52	F1. خدمات الصحة السلوكية من خلال Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا
53	G. خدمات النقل
53	G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة
54	G2. النقل غير الطبي
55	H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية عند الحاجة إليها بشكل عاجل أو أثناء الكوارث
55	H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية
56	H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل



- H3. الرعاية أثناء الكوارث ..... 58
- I. ماذا تفعل عندما يتم إرسال الفاتورة لك مباشرةً مقابل خدمات تغطيها خطتنا ..... 58
- I1. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات ..... 58
- J. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون جزءاً من دراسة بحثية سريرية ..... 59
- J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية ..... 59
- J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية ..... 59
- J3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية ..... 60
- K. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية ..... 60
- K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية ..... 60
- K2. الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية ..... 60
- L. المعدات الطبية المُعمّرة (DME) ..... 61
- L1. DME كعضو في خطتنا ..... 61
- L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare ..... 61
- L3. مزايا معدات الأكسجين كعضو في خطتنا ..... 62
- L4. معدات الأكسجين عندما تنتقل إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى ..... 62



**A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية**

الخدمات هي الرعاية الصحية وخدمات وأشكال دعم طويلة الأجل (Long-Term Services and Supports, LTSS)، فضلاً عن الصرفيات والخدمات السلوكية والأدوية المقررة وغير المقررة بوصفات طبية والأجهزة وخدمات أخرى. الخدمات الخاضعة للتغطية هي أية خدمات تدفع خطتنا مقابلها. الرعاية الصحية والصحة السلوكية و LTSS المشمولة بالتغطية مدرجة في الفصل 4 من كتيب الأعضاء. خدماتك الخاضعة للتغطية لأدوية الوصفات الطبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية مدرجة في الفصل 5 من كتيب الأعضاء.

موفرو الرعاية هم الأطباء والممرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية والخدمات. يتضمن موفرو الرعاية أيضاً كدفعات كاملة. يقوم الموفرين التابعين للشبكة بإرسال فواتير إلينا مباشرةً مقابل الرعاية التي يقدمونها لك. عندما تراجع موفر رعاية تابع للشبكة، عادة لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية.

موفري الرعاية التابعين للشبكة هم موفري رعاية يعملون مع خطتنا الصحية. يوافق موفري الرعاية هؤلاء على قبول دفعاتنا كدفعات كاملة. يقوم الموفرين التابعين للشبكة بإرسال فواتير إلينا مباشرةً مقابل الرعاية التي يقدمونها لك. عندما تراجع موفر رعاية تابع للشبكة، عادة لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية.

**B. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا**

تغطي خطتنا كافة الخدمات الخاضعة لتغطية كل من برنامجي Medicare ومعظم خدمات Medi-Cal. وهذا يتضمن رعاية حالات معينة من الصحة السلوكية وخدمات وأشكال دعم طويلة الأجل المُدارة (Managed Long-Term Services and Supports, MLTSS).

ستدفع خطتنا عموماً مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والعديد من LTSS التي تحصل عليها عندما تتبع قواعداً. لكي تكون مشمولاً بالتغطية من قبل خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها كإحدى مزايا الخطة. هذا يعني أننا نقوم بتضمينها في مخطط المزايا الخاص بنا في الفصل 4 من كتيب الأعضاء.
- يجب أن تكون الرعاية ضرورية من الناحية الطبية. نعني بالرعاية الضرورية من الناحية الطبية الخدمات المعقولة والتي تحمي الحياة. هناك حاجة إلى الرعاية الضرورية من الناحية الطبية للمحافظة على الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو إعاقة وتقليل الألم الشديد عن طريق علاج المرض أو المرض أو الإصابة.
- للخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك موفر رعاية أولية (primary care provider, PCP) تابع للشبكة يطلب توفير الرعاية لك أو يطلب منك زيارة طبيب آخر. كعضو في الخطة، عليك أن تختار موفر رعاية تابعاً للشبكة ليصبح PCP الخاص بك.
  - في أغلب الحالات، يجب أن تحصل على موافقة موفر الرعاية الأولية التابع للشبكة أو خطتنا قبل أن تتمكن من مراجعة موفر رعاية ما غير PCP الخاص بك أو أن تستخدم موفرين آخرين في شبكة خطتنا. وتُسمى هذه إحالة. وإذا لم تحصل على موافقة؛ فقد لا نغطي الخدمات.
  - ينتمي PCP التابعين لخطتنا إلى مجموعات طبية. عند اختيارك PCP فإنك تقوم أيضاً باختيار المجموعة الطبية التابع لها. وهذا يعني أن PCP يحيلك إلى الأخصائيين والخدمات التابعة أيضاً للمجموعة الطبية.

المجموعة الطبية هي عبارة عن جمعية تتألف من عدد من PCP وأخصائيين يتم تشكيلها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة.

- لا تحتاج إلى إحالة من PCP للرعاية الطارئة أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل لمراجعة موفر رعاية الصحية النسائية أو أي من الخدمات الأخرى المدرجة في القسم D1 من هذا الفصل.
- **يجب عليك أن تتلقى الرعاية الخاصة بك من موفري الرعاية التابعين للشبكة والمنتسبين إلى مجموعة PCP الطبية، عادةً، لا تغطي الرعاية التي يقدمها موفر لا يعمل مع خطتنا الصحية والمجموعة الطبية التي يعمل PCP معها.** هذا يعني أنه سيتوجب عليك الدفع إلى موفر الرعاية بالكامل مقابل الخدمات المقدمة. وإليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:
  - نحن نغطي الرعاية الطارئة أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفر رعاية خارج الشبكة (لمزيد من المعلومات، راجع القسم H في هذا الفصل).
  - إذا كنت بحاجة إلى رعاية تغطيها خطتنا ولكن لا يستطيع موفرو الرعاية التابعين إلى الشبكة تقديمها لك، يمكنك الحصول على الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. ويجب الحصول على تصاريح من L.A. Care Medicare Plus من أجل الخدمات غير الطارئة قبل طلب تلك الرعاية. في هذه الحالة، نغطي الرعاية دون تحملك لأية تكاليف.
  - نحن نغطي خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا لفترة قصيرة أو عندما يكون موفر الرعاية غير متاح مؤقتًا أو يتعذر الوصول إليه. يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مركز غسيل كلى معتمد لدى Medicare.
  - عندما تنضم إلى خطتنا لأول مرة، يمكنك مطالبتنا بالاستمرار في مراجعة موفري الرعاية الخاصين بك الحاليين. مع بعض الاستثناءات، يجب أن نوافق على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أن لديك علاقة حالية مع موفر الرعاية. راجع **الفصل 1** من كتيب الأعضاء. إذا وافقنا على طلبك، يمكنك الاستمرار في متابعة الزيارات مع موفري الرعاية الذين تقوم بزيارتهم حاليًا لغاية 12 شهرًا للخدمات. وفي خلال هذه الفترة، سوف يتصل بك مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك لمساعدتك في الوصول إلى موفري الرعاية التابعين لشبكتنا ومجموعة PCP الطبية. بعد 12 شهرًا، سوف نتوقف عن تغطية رعايتك إذا واصلت زيارة موفري الرعاية غير التابعين لشبكتنا وللمجموعة الطبية الخاصة بمجموعة PCP الطبية.

**الأعضاء الجدد في L.A. Care Medicare Plus:** في معظم الحالات سيتم تسجيلك في L.A. Care Medicare Plus للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول 1 من الشهر بعد طلب التسجيل في L.A. Care Medicare Plus. يمكن أن يظل بإمكانك تلقي خدماتك من برنامج Medi-Cal من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدماتك من برنامج Medi-Cal من خلال L.A. Care Medicare Plus. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات إذا كانت لديك أية أسئلة.



**C. مدير الرعاية الخاص بك****C1. ما هو مسؤول إدارة الرعاية**

إن مسؤول إدارة الرعاية هو ممرض أو شخص مرخص سيقوم بالتعرف عليك ويفهم احتياجاتك الصحية. قد يكون هذا الشخص مع مجموعتك الطبية أو مع L.A. Care Health Plan. يعمل مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك ضمن فريق يتكون منك ومن طبيبك ومقدمي الرعاية وغيرهم ممن لهم علاقة برعايتك الصحية.

يعمل مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك معك من أجل:

- مراجعة احتياجاتك من الرعاية الصحية
- خطط رعايتك الصحية معك و مع فريق رعايتك
- عمل خطة الرعاية الفردية الخاصة بك والتي تركز على احتياجاتك واختياراتك
- تنسيق الرعاية الخاصة بك
- التحدث معك ومع أطباءك
- المتابعة لمعرفة ما هو وضعك ولإجراء تغييرات في حال الحاجة إليها

**C2. كيف يمكنك الاتصال بمسؤول إدارة الرعاية الخاص بك**

اتصل بخدمات الأعضاء على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

**C3. كيف يمكنك تغيير مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك**

اتصل بخدمات الأعضاء على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

**D. الحصول على الرعاية من موفري الرعاية****D1. الحصول على الرعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP)**

يجب أن تقوم باختيار (PCP) لتقديم الرعاية وإدارتها. ينتمي PCP التابعين لخطتنا إلى مجموعات طبية. عند اختيارك PCP فإنك تقوم أيضاً باختيار المجموعة الطبية التابع لها.

**تعريف PCP، وما يقوم به PCP لك**

عندما تصبح عضواً في الخطة، يجب أن تختار مزود رعاية تابعاً للشبكة ليكون PCP لك. يمكن أن يكون PCP طبيباً باطنياً أو ممارساً عائلياً أو طبيب عام أو طبيب نساء وتوليد يفي بمتطلبات الولاية ومدرباً لتقديم الرعاية الطبية الأساسية لك. سوف تحصل على الرعاية الروتينية أو الأساسية من PCP الخاص بك. يمكنك اختيار المراكز الصحية المؤهلة من الحكومة الاتحادية (Federally Qualified Health Center, FQHC) باعتبارها PCP لك. إن FQHC هي مراكز صحية تقع في مناطق لا يتواجد فيها العديد من مقدمي الرعاية الصحية.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



سوف يقوم PCP الخاص بك بتنسيق بقية الخدمات الخاضعة للتغطية والتي تحصل عليها كعضو في خطتنا. على سبيل المثال، قد تحتاج إلى الحصول على موافقة PCP الخاص بك أولاً من أجل زيارة أخصائي (وهذا ما يطلق عليه الحصول على «إحالة» من أخصائي). تتضمن أمثلة الخدمات التخصصية التي تحتاج إلى تحويل:

- الأشعة السينية
- الاختبارات المعملية
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء من المتخصصين
- الإدخال إلى المستشفى
- الرعاية في مرحلة المتابعة

يتضمن «تنسيق» خدماتك استشارة موفري رعاية آخرين ضمن الخطة فيما يتعلق برعايتك. إذا كنت بحاجة إلى أنواع محددة من الخدمات أو الصريفات الخاضعة للتغطية، يجب أولاً الحصول على موافقة من PCP الخاص بك (مثل تقديم إحالة لك لزيارة أحد الأخصائيين). في بعض الحالات، سوف يحتاج PCP الخاص بك إلى الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة) من جانبنا. نظراً لقيام PCP الخاص بك بتقديم الرعاية الطبية لك وتنسيقها، يجب عليك إرسال جميع سجلاتك الطبية السابقة إلى مكتب PCP الخاص بك.

يعد المركز الصحي المؤهل فيدرالياً (FQHC) عيادة ويمكن أن تكون بمثابة PCP الخاص بك. تتلقى FQHC الأموال من الحكومة الفيدرالية نظراً لأنها تقع في مناطق لا تتوفر فيها الكثير من خدمات الرعاية الصحية. اتصل بخطة L.A. Care Medicare Plus لمعرفة أسماء وعناوين FQHC التي تعمل مع L.A. Care Medicare Plus أو ابحث عنها في دليل موفري الرعاية.

تعمل L.A. Care Medicare Plus مع مجموعة كبيرة من الأطباء والأخصائيين والصيادلة والمستشفيات وغيرهم من موفري الرعاية الصحية. يعمل بعض هؤلاء من موفري الرعاية ضمن شبكة، تسمى أحياناً «مجموعة طبية» أو «جمعية الممارسة المستقلة (Independent Practice Association, IPA)». يمكن أيضاً لهؤلاء موفري الرعاية التعاقد مباشرة مع L.A. Care Medicare Plus.

سيحيلك موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك إلى الأخصائيين والخدمات التي تعد أيضاً جزءاً من مجموعته الطبية أو IPA، أو مع L.A. Care Medicare Plus. إذا كنت تذهب إلى أخصائي بالفعل، تحدث مع PCP الخاص بك أو اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711). ستساعدك خدمات الأعضاء على مراجعة موفر رعاية إذا كنت مؤهلاً لاستمرارية الرعاية.

### اختيارك لموفر PCP

كعضو في L.A. Care Medicare Plus، سيتم تسجيلك في L.A. Care لكل من برنامجي Medicare و Medi-Cal. سيتم تحديد PCP لك من Medicare ليكون طبيبك الرئيسي الذي سينسق كلاً من خدمات Medicare و Medi-Cal، ولن يتم تعيين طبيب رئيسي في Medi-Cal. ويمكنك تغييره في أي وقت.



أولاً، سيتوجب عليك اختيار PCP. بإمكان الطبيب الأخصائي بك أن يكون طبيبك للرعاية الأولية PCP. الأخصائي هو الطبيب الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. يمكنك اختيار أخصائي ليصبح PCP الخاص بك إذا ورد اسم هذا الطبيب على أنه PCP في دليل موفري الرعاية. بإمكانك الحصول على خدمات من أي موفر رعاية في شبكتنا يقبل أعضاء جدد.

#### o اختر PCP تستخدمه الآن أو

- الذي تم التوصية به من جانب شخص ما تثق به، أو
- الذي تكون مكاتبه من السهل الوصول إليها بالنسبة لك.
- إذا كنت تريد الحصول على المساعدة في اختيار PCP، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 في اليوم و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. أو، زُر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).

إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كنا سندفع مقابل أي خدمة طبية أو رعاية طبية تريدها أو تحتاج إليها أم لا، فاتصل مع قسم خدمات الأعضاء للاستفسار قبل أن تتلقى الخدمة أو الرعاية.

إذا كان هناك أخصائي معين أو مستشفى تريد استخدامه، اعرف فيما إذا ما كان تابع للمجموعة الطبية التي يعمل معها PCP الخاص بك. يمكنك الرجوع إلى دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو الطلب من قسم خدمات الأعضاء معرفة ما إذا كان PCP الذي ترغب به يقوم بعمل إحالات إلى هذا الأخصائي أو يستخدم ذلك المستشفى.

#### خيار تغيير PCP

يمكنك تغيير PCP لأي سبب وفي أي وقت. أيضاً، يمكن أن يترك PCP شبكة خطتنا. إذا غادر PCP شبكتنا، يمكننا مساعدتك في العثور على PCP جديد من داخل شبكتنا.

اتصل بقسم خدمات الأعضاء لتغيير PCP الخاص بك. إذا أبلغت قسم خدمات الأعضاء بطلبك لتغيير PCP في اليوم 20 من الشهر، فسيجري التغيير في اليوم الأول من الشهر التالي. سيتحقق قسم خدمات الأعضاء مما إذا كان PCP الذي تختاره يقبل مرضى جدد أم لا. سنقوم خدمة الأعضاء بتغيير سجل عضويتك لتوضيح اسم موفر الرعاية الجديد الخاص بك وتخبرك عند تفعيل تغيير موفر الرعاية الجديد. كما سيرسل لك القسم بطاقة عضوية جديدة تحمل اسم PCP الجديد ورقم هاتفه. ينتمي أطباء الرعاية الأولية في خطتنا إلى مجموعات طبية. فإذا قمت بتغيير PCP، فربما تقوم أيضاً بتغيير المجموعات الطبية. وعندما تطلب إجراء تغيير، أبلغ قسم خدمات الأعضاء إذا كنت تراجع أحد الأخصائيين أو تلقي خدمات أخرى خاضعة للتغطية تتطلب موافقة PCP. يساعدك قسم خدمات الأعضاء في الاستمرار في تلقي الرعاية المتخصصة الخاصة بك والخدمات الأخرى عند تغيير PCP.

#### الخدمات التي يمكنك الحصول عليها بدون موافقة من PCP

في أغلب الحالات، تحتاج إلى موافقة من PCP أو من خطتنا قبل مراجعة موفري رعاية آخرين. يسمى ذلك **إحالة**. يمكنك الحصول على خدمات مثل تلك المدرجة في القائمة أدناه بدون الحصول على موافقة من PCP أو من خطتنا أولاً:

- خدمات الطوارئ من موفري رعاية تابعين للشبكة أو من موفري رعاية غير تابعين للشبكة
- الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية تابعين للشبكة
- الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما يتعذر الوصول إلى موفر رعاية تابع للشبكة، (على سبيل المثال، إذا كنت خارج نطاق منطقة خدمات خطتنا)

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زُر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**ملحوظة:** يجب أن تكون هناك حاجة ماسة للرعاية اللازمة بشكل عاجل من الناحية الطبية.

- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل كلى معتمد لدى Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا. إذا اتصلت بخدمات الأعضاء قبل مغادرة منطقة الخدمة، فيمكننا مساعدتك في تلقي غسيل الكلى أثناء غيابك.
- حُقن الأنفلونزا ومطاعيم COVID-19 إضافةً إلى مطاعيم الالتهاب الكبدي B وتطعيمات الالتهاب الرئوي بشرط أن تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
- الرعاية الصحية الروتينية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. ويتضمن هذا فحوصات الثدي وصور الثدي الشعاعية (الأشعة السينية على الثدي) وفحوصات باب وفحوصات منطقة الحوض طالما يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
- إضافة إلى ذلك، إذا كنت عضوًا أمريكيًا هنيديًا، فيمكنك الحصول على خدمات مغطاة من مقدم رعاية صحية هندي من اختيارك، دون الحاجة إلى إحالة من أحد PCP في الشبكة أو الحصول على تصريح مسبق.

## D2. الرعاية من الأخصائيين والموفرين الآخرين التابعون للشبكة

الأخصائي هو الطبيب الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. ثمة أنواع مختلفة من الأخصائيين مثل:

- طبيب الأورام يهتم بالمرضى المصابين بالسرطان.
  - أطباء القلب الذين يقدمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشكلات بالقلب.
  - أطباء العظام الذين يقدمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشكلات بالعظام أو المفاصل أو العضلات.
- ربما يحيلك موفر الرعاية الخاص بك لمراجعة أخصائي أو مقدمي خدمة آخرين معينين تابعين للشبكة عندما يكون ذلك ضروريًا من الناحية الطبية للحفاظ على سلامتك الصحية. وبالنسبة لبعض أنواع الإحالات، ربما يحتاج موفر الرعاية الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من مجموعتك الطبية أو من خطة L.A. Care Medicare Plus. ويسمى هذا الحصول على «تصريح مسبق».

من الأهمية بمكان أن تحصل على تصريح مسبق قبل زيارة أخصائي أو مقدمي خدمة آخرين معينين تابعين للشبكة. وثمة استثناءات قليلة تشمل الرعاية الصحية الروتينية للنساء والتي تناولناها بالشرح في القسم الوارد أعلاه.

إذا لم تحصل على تصريح مسبق قبل تلقي الخدمات من أخصائي أو مقدمي خدمة آخرين معينين، فقد يتعين عليك سداد قيمة هذه الخدمات بنفسك.

إذا طلب منك الأخصائي أو مقدم خدمة آخر معين معاودة الزيارة لتلقي المزيد من الرعاية، فتتحقق أولاً للتأكد من أن التصريح المسبق الذي حصلت عليه للزيارة الأولى يغطي مزيدًا من الزيارات.

إذا كنت تريد التعامل مع أخصائيين بعينهم، فتأكد من أن مقدم الخدمة الخاص بك يرسل المرضى إلى هؤلاء الأخصائيين أم لا. يُرجى قراءة الفصل 4، للاطلاع على المعلومات المتعلقة بالخدمات التي تتطلب الحصول على تصريح مسبق.



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

- حالة (مستمرة) مزمنة؛
  - مرض جسدي أو عقلي يشكل تهديد للحياة؛
  - مرض تنكسي أو إعاقة؛
  - أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد لدرجة تتطلب العلاج من قبل أخصائي.
- إذا لم تحصل على إحالة مكتوبة عند الحاجة فقد لا يتم دفع الفاتورة. لمزيد من المعلومات، اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

### D3. عندما يترك أحد موفري الرعاية خطتنا

يمكن لموفر الرعاية التابع للشبكة الذي تتعامل معه قد يترك خطتنا. إذا ترك أحد موفري الرعاية الخاصين بك خطتنا، ف لديك حقوق وإجراءات وقائية معينة نوجزها فيما يلي:

- حتى إذا تغيرت شبكة موفري الرعاية الخاصة بنا خلال السنة، إلا أنه يجب أن نوفر لك وصول غير منقطع إلى موفري رعاية مؤهلين.
- سنبلغك بأن موفر الرعاية الخاص بك سيتترك خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار موفر رعاية جديد.
  - إذا ترك موفر الرعاية الأولية أو موفر رعاية الصحة السلوكية خطتنا فسنبلغك إذا كنت قد راجعت هذا الموفر خلال السنوات الثلاث الماضية.
  - إذا ترك أي من موفري الرعاية الآخرين خطتنا فسنبلغك إذا تم إرسالك إلى موفر الرعاية أو تتلقى رعاية منه حاليًا أو راجعته خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك على اختيار موفر رعاية مؤهل جديد تابع للشبكة لمواصلة إدارة احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- إذا كنت تخضع حالياً لعلاج طبي أو علاج طبيعي لدى موفر الرعاية الحالي لك، فيحق لك المطالبة، ونحن نعمل معك لضمان، استمرارية العلاج الضروري من الناحية الطبية أو العلاج الطبيعي الذي تحصل عليه.
- سنزودك بمعلومات حول فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم تتمكن من العثور على أخصائي تابع للشبكة مؤهل يمكنك الوصول إليه فيجب علينا ترتيب أخصائي خارج الشبكة لتقديم رعايتك عندما يكون موفر الرعاية أو المزايا داخل الشبكة غير متوفر أو غير كافي لتلبية احتياجاتك الطبية. مطلوب تصريح مسبق.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل موفرك السابق بموفر الرعاية مؤهل أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد فيحق لك تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية إلى QIO، أو تظلم بخصوص جودة الرعاية، أو كليهما. (راجع الفصل 9 للحصول على مزيد من المعلومات.)

إذا اكتشفت أن أحد موفري الرعاية سيغادر خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك في العثور على موفر رعاية جديد وإدارة رعايتك. اتصل مع خدمات الأعضاء على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية.



#### D4. موفري رعاية غير تابعين للشبكة

عندما تكون هناك خدمة طبية محددة بأنها ضرورية من الناحية الطبية لضمان استمرارية الرعاية، ولم تكن هذه الخدمة المحددة متوفرة من جانب موفر رعاية صحية تابع للشبكة، فستحدد L.A. Care Medicare Plus أو المجموعة الطبية الخاصة بالعضو موفر رعاية مناسب غير تابع للشبكة يمكنه توفير الخدمة الطبية. وستوقع خطة L.A. Care Medicare Plus أو المجموعة الطبية عقدًا خاصًا مع موفر الرعاية غير التابع للشبكة والذي تم اختياره. يجب أن تحصل على موافقة مسبقة (تصريح مسبق) قبل أن تراجع موفر رعاية خارج الشبكة داخل منطقة خدمة L.A. Care Medicare Plus باستثناء الرعاية في حالات الطوارئ والخدمات المطلوبة بشكل عاجل. إذا لم تحصل على تصريح مسبق قبل تلقي الخدمات من أخصائي أو مقدمي خدمة آخرين معينين، فقد يتعين عليك سداد قيمة هذه الخدمات بنفسك.

إذا كنت عضوًا جديدًا في خطة L.A. Care وكنت مسجلًا في خطة خدمات علاجية نافذة أو كنت تتلقى خدمات من موفر رعاية غير تابع لشبكة خطة L.A. Care Medicare Plus، فستوقع خطة L.A. Care Medicare Plus أو المجموعة الطبية عقدًا خاصًا مع موفر الرعاية غير التابع للشبكة والذي تم اختياره. وتنطبق قيود معينة. اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

إذا راجعت مزود رعاية غير تابع للشبكة، يجب أن يكون مزود الرعاية مؤهلاً للمشاركة في Medicare و/أو Medi-Cal.

- لا يمكننا الدفع لموفر خدمة ليس مؤهلاً للمشاركة في Medicare و/أو Medi-Cal.
- وإذا راجعت موفر رعاية غير مؤهل للمشاركة في Medicare، فستقع على عاتقك مسؤولية تسديد التكاليف الكاملة للخدمات التي تتلقاها.
- يجب أن يخبرك موفرو الرعاية بما إذا كانوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare أو لا.

#### E. الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS)

يمكن أن يساعدك LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في مستشفى أو مركز خدمات ترميض مهني. يمكنك الوصول إلى بعض خدمات الدعم طويل الأمد من خلال خطتنا، بما في ذلك رعاية مركز خدمات ترميض مهني، ورعاية مرفق الرعاية المتوسطة والخدمات المجتمعية للبالغين (Community Based Adult Services, CBAS)، والدعم المجتمعي (مثل: الرعاية طويلة الأمد [Long Term Care, LTC] في مرفق ترميض، أو مرفق رعاية متوسطة للمعاقين عقليًا، وخدمات الرعاية الشخصية ورعاية المنزل [Personal Care and Homemaker Services, PCHS]، ورعاية الإغاثة، وتعديلات المنزل، وخدمات الانتقال والتحويل في مرفق الترميض). يتوفر نوع آخر من LTSS، وهو برنامج خدمات الدعم المنزلي من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. إذا كنت تلمي معايير أي من برامج LTSS، فسنقوم بالمساعدة في تنسيق هذه الخدمات لضمان حصولك على الرعاية والدعم اللازمين في المنزل. يمكنك الاتصال بقسم LTSS لمناقشة هذه البرامج أو التحدث إلى موفر الرعاية الصحية الخاص بك حول احتياجات الرعاية الخاصة بك.

#### F. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal. يوفر الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare والرعاية المُدارة في برنامج Medi-Cal. لا تقدم خطتنا خدمات الصحة العقلية التخصصية من Medi-Cal أو خدمات اضطراب تعاطي المخدرات من



المقاطعة، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس أو إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس بشأن تعاطي المخدرات والوقاية منها ومكافحتها.

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

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (Mental Health Plan, MHP) إذا كنت تلبي معايير الوصول إلى خدمات الصحة العقلية التخصصية. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة من Medi-Cal المقدمة من إدارة الصحة العقلية (Department of Mental Health, DMH) بمقاطعة لوس أنجلوس ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج النهاري المكثف
- إعادة التأهيل النهارية
- إجراءات حل الأزمات
- استقرار الأزمات
- خدمات العلاج الداخلي للبالغين
- خدمات العلاج الداخلي للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات الصحة النفسية داخل المستشفى
- إدارة الحالات المستهدفة
- خدمات الدعم الرفقاء
- الخدمات السلوكية العلاجية
- الرعاية البديلة العلاجية
- تنسيق الرعاية المركزة
- خدمات منزلية مكثفة

تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم من أدوية Medi-Cal من خلال إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس لمكافحة تعاطي المخدرات والوقاية منها ومكافحتها

إذا (Department of Public Health for Substance Abuse, Prevention and Control, DPH-SAPC) كنت تلبي معايير الحصول على هذه الخدمات. تتضمن خدمات عقاقير Medi-Cal والتي تقدمها إدارة الصحة العامة لمراقبة ومكافحة تعاطي المخدرات في مقاطعة لوس أنجلوس ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة في فترة ما حول الولادة

- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- برنامج علاج المخدرات
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضاً العلاج بمساعدة الأدوية)
- تشمل خدمات نظام التوصيل المنظم للأدوية من Medi-Cal ما يلي:
- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضاً العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج الداخلي
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج علاج المخدرات
- خدمات التعافي
- إدارة الحالة

إضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى خدمات إزالة السموم الطوعية للمرضى الداخليين إذا كنت تلبّي المعايير.

يمكن لأعضاء خطة الاحتياجات الخاصة مزدوجة الأهلية (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة السلوكية، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات، الوصول إلى الخدمات من خلال بائع الصحة السلوكية في L.A. Care، Carelon Behavioral Health، أو إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (DMH)، أو إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، ومكافحة تعاطي المخدرات والوقاية منها (DPH-SAPC). يعتمد نظام تقديم الرعاية الذي يمكن للأعضاء من خلاله الوصول إلى الرعاية على نوع وشدة الأعراض والضعف. لا يلزم إحالة من PCP للوصول إلى خدمات الصحة السلوكية، وهناك نهج «لا يوجد باب خاطئ» للوصول إلى الخدمة، مع نقاط دخول متعددة. تكون الخدمة «ضرورية من الناحية الطبية» أو «ضرورة طبية» عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة أو لمنع مرض خطير أو إعاقة كبيرة أو لتخفيف الألم الشديد.

سيتم تسهيل تنسيق خدمات الصحة السلوكية لأعضاء D-SNP من قبل L.A. Care عندما يتمكن الأعضاء من الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية من خلال كيانات المقاطعة حسب الحاجة، وعندما يكون ذلك ضرورياً، يتم توقيع الموافقات المناسبة. تتبع هيئات L.A. Care والمقاطعة عملية مراجعة متفق عليها بشكل متبادل لتسهيل حل النزاعات السريرية والإدارية في الوقت المناسب.

## G. خدمات النقل

### G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة

يحق لك الحصول على النقل الطبي غير الطارئ إذا كانت لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام سيارة أو حافلة أو تاكسي إلى مواعيدك. يمكن توفير النقل الطبي غير الطارئ للخدمات الخاضعة للتغطية مثل الطب والأسنان والصحة العقلية وتعاطي المخدرات والمواعيد الصيدلانية. إذا كنت بحاجة إلى نقل طبي غير طارئ فيمكنك التحدث إلى PCP أو موفر رعاية



آخر وطلب النقل. سيقدر PCP أو موفر الرعاية آخر أفضل نوع من وسائل النقل لتلبية احتياجاتك. إذا كنت بحاجة إلى نقل طبي غير طارئ فسيقومون بوصف ذلك من خلال تعبئة نموذج وإرساله إلى L.A. Care Medicare Plus للحصول على الموافقة. اعتماداً على حاجتك الطبية تكون الموافقة صالحة لمدة عام واحد. سيقوم PCP أو موفر رعاية آخر بإعادة تقييم حاجتك إلى النقل الطبي غير الطارئ لإعادة الموافقة كل 12 شهراً.

تتضمن وسائل النقل الطبي غير الطارئ سيارة إسعاف أو فان يتسع لنقالة أو فان يتسع لكرسي متحرك أو نقل جوي. تسمح L.A. Care Medicare Plus بوسيلة النقل الخاضعة للتغطية الأقل تكلفة ووسيلة النقل الطبي غير الطارئ الأنسب لاحتياجاتك الطبية عندما تحتاج إلى توصيلة إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا كنت قادراً بدنياً أو طبيياً على أن تنقلك سيارة تتسع لكرسي متحرك، فلن تدفع L.A. Care Medicare Plus مقابل استخدام سيارة إسعاف. يحق لك فقط الحصول على النقل الجوي إذا كانت كافة وسائل النقل البري مستحيلة بسبب حالتك الطبية.

يجب استخدام النقل الطبي غير الطارئ عندما:

- تكون بحاجة إليها جسدياً أو طبيياً على النحو المحدد من خلال إذن كتابي من PCP أو موفر رعاية آخر لأنك غير قادر على استخدام الحافلة أو التاكسي أو السيارة أو الشاحنة للوصول إلى موعدك.
- تكون بحاجة إلى مساعدة من السائق ذهاباً وإياباً إلى مكان إقامتك أو سيارتك أو مكان العلاج، بسبب إعاقة جسدية أو عقلية.

اطلب وسيلة نقل طبي وصفها طبيبك للمواعيد غير العاجلة غير العاجلة اتصل مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع بمل في ذلك العطلات على الأقل قبل يومي عمل (من الاثنين إلى الجمعة) قبل موعدك. للمواعيد العاجلة، اتصل بالسرعة الممكنة. لكن بطاقة هوية الخطة بالقرب منك عند أتصالك. يمكنك أيضاً الاتصال إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات.

### قيود النقل الطبي

تغطي L.A. Care Medicare Plus النقل الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك الطبية من منزلك إلى أقرب موفر رعاية عندما يتوفر موعد. لن يتم توفير النقل الطبي إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal لا يغطي الخدمة. وإذا كان نوع الموعد يخضع لتغطية Medi-Cal ولكن لا يخضع لتغطية الخطة الصحية، ستساعدك L.A. Care Medicare Plus في جدولة عملية نقلك. توجد قائمة بالخدمات الخاضعة للتغطية في الفصل 4 من هذا الكتيب. لا يتم تغطية النقل خارج شبكة L.A. Care Medicare Plus أو منطقة الخدمة ما لم يتم الحصول على إذن مسبق.

### G2. النقل غير الطبي

تشمل مزايا النقل غير الطبي التنقل من وإلى مواعيدك للحصول على خدمة مصرح بها من قبل موفر رعايتك. يمكنك الحصول على توصيلة بدون تكلفة عليك عندما:

- السفر جيئةً وذهاباً إلى أحد المواعيد المتعلقة بخدمة خاصة بـ Medi-Cal معتمدة من قبل موفر، أو
- استلام الوصفات الطبية والمستلزمات الطبية.

تسمح لك L.A. Care Medicare Plus باستخدام سيارة أو سيارة أجرة أو حافلة أو وسيلة عامة/خاصة للوصول إلى موعدك غير الطبي للحصول على الخدمات التي صرح بها موفر رعايتك. تستخدم L.A. Care Medicare Plus خدمة الاتصال بالسيارة «Call the Car» لترتيب النقل غير الطبي. نحن نغطي أخص أنواع النقل غير الطبي التي تلبي احتياجاتك.



في بعض الأحيان، يمكن أن يتم تعويضك عن توصيلاتك التي تقوم بترتيبها في سيارة خاصة. يجب أن توافق على L.A. Care Medicare Plus على هذا قبل أن تحصل على التوصيلة ويجب أن تخبرنا لماذا لا يمكنك الحصول على توصيلة بطريقة أخرى مثل ركوب الحافلة. يمكنك إخبارنا من خلال الاتصال. لا يمكن تعويضك عند القيادة بنفسك.

يتطلب التعويض مقابل الأميال المقطوعة كل ما يلي:

- رخصة قيادة السائق.
- تسجيل مركبة السائق.
- إثبات تأمين سيارة السائق.

لطلب توصيلة إلى خدمات مصرحه، اتصل مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات على الأقل قبل يومي عمل (من الاثنين إلى الجمعة) من موعدك. وللمواعيد العاجلة، اتصل بالسرعة الممكنة. لتكن بطاقة هوية الخطة بالقرب منك عند اتصالك. يمكنك أيضاً الاتصال إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات.

**ملحوظة:** يمكن للأعضاء الهنود الأمريكيين الاتصال بالعيادة الصحية الهندية المحلية لطلب نقل غير طبي .

#### قيود النقل غير الطبي

تقدم L.A. Care Medicare Plus النقل غير الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك من منزلك إلى أقرب موفر رعاية عندما يتوفر موعد. لا يمكنك القيادة بنفسك أو أن يتم تعويضك مباشرة.

النقل غير الطبي لا ينطبق إذا:

- كانت هناك حاجة إلى سيارة إسعاف أو سيارة تتسع لنقالة أو سيارة تتسع لكرسي متحرك أو شكل آخر من أشكال وسائل النقل الطبي غير الطارئ ضروري للوصول إلى خدمة ما.
- كنت بحاجة إلى مساعدة من السائق جيئةً وذهاباً إلى مكان إقامتك أو مركبتك أو مكان علاجك بسبب حالة جسدية أو طبية.
- كنت على كرسي متحرك ولا يمكنك التحرك داخل السيارة أو الخروج منها دون مساعدة من السائق.
- الخدمة غير خاضعة للتغطية من قبل Medicare أو Medi-Cal.

## H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية عند الحاجة إليها بشكل عاجل أو أثناء الكوارث

### H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات أعراض كآلم حاد أو إصابة خطيرة. الحالة خطيرة للغاية لدرجة أنه إذا لم تحصل على عناية طبية فورية، فيمكنك أنت أو أي شخص لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن تتوقع أن تؤدي إلى ما يلي:

- خطورة بالغة على صحتك أو على صحة جنينك؛ أو
- ضرر بالغ للوظائف الجسدية؛ أو
- خلل خطير في جزء أو عضو بالجسد؛ أو

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- في حال المرأة الحامل التي تمر بحالة ولادة عاجلة، عندما:
  - عدم وجود وقت كافٍ للنقل الآمن لك إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
  - التحويل إلى مستشفى آخر يمكن أن يشكل تهديداً لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الجنين.
- إذا واجهتك حالة طبية طارئة:
- **اطلب المساعدة بأسرع ما يمكن.** اتصل بالرقم 911 أو راجع أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل بسيارة الإسعاف إذا احتجت إلى ذلك. **لست** بحاجة للحصول على موافقة أو إحالة من PCP. لا تحتاج إلى استخدام موفر رعاية تابع إلى الشبكة. يمكنك الحصول على رعاية طبية طارئة عندما تحتاج إليها في أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها من أي موفر رعاية بترخيص ملائم من الولاية.
- **بأسرع ما يمكن، أبلغ خطتنا عن حالتك الطارئة.** نتابع الرعاية الطارئة الخاصة بك. يجب عليك أنت أو مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك أو أي شخص آخر الاتصال لإعلامنا برعايتك الطارئة عادةً في غضون 48 ساعة. ومع ذلك، لن يتوجب عليك دفع قيمة خدمات الطوارئ إذا أخرجت إبلاغاً. اتصل مع خدمات الأعضاء لدى L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

#### الخدمات الخاضعة للتغطية في الحالات الطبية الطارئة

- إذا كنت بحاجة إلى إسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، ستقوم خطتنا بتغطية ذلك. نحن نغطي أيضاً الخدمات الطبية أثناء حالات الطوارئ. لمعرفة المزيد، راجع مخطط المزاي في **الفصل 4** من نسختك من كتيب الأعضاء.
- وسيقدر موفرو الرعاية الذين يقدمون لك الرعاية في حالات الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة وانتهاء الحالة الطبية الطارئة. سيستمرون في علاجك وسيصلون بنا لوضع الخطط إذا كنت بحاجة إلى رعاية متابعة للتحسن.
- تغطي خطتنا رعاية المتابعة الخاصة بك. في حال حصولك على رعاية الطوارئ من موفر رعاية من خارج الشبكة، سنحاول الوصول إلى موفري رعاية تابعين إلى الشبكة لتولي رعايتك في أسرع وقت ممكن.

#### الحصول على الرعاية الطارئة إذا لم تكن حالة طارئة

أحياناً قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كانت لديك حالة طبية أو صحة سلوكية طارئة. ربما تتوجه لتلقي رعاية الحالات الطارئة ولكن الطبيب يقول بأنها ليست حالة طارئة بالفعل. فطالما أنك اعتقدت لأسباب معقولة أن صحتك كانت في خطر شديد، فتخضع رعايتك للتغطية.

بعد أن يقول الطبيب بأن الحالة لم تكن طارئة، نغطي الرعاية الإضافية فقط في الحالات التالية:

- إذا استخدمت موفر رعاية تابع إلى الشبكة أو
- تعتبر الرعاية الإضافية التي تلقيتها «الرعاية اللازمة بشكل عاجل» ويجب عليك اتباع القواعد للحصول عليها. راجع القسم التالي.

#### H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل

الرعاية اللازمة بشكل عاجل عبارة عن رعاية تحصل عليها بسبب موقف ليس حالة طارئة ولكنه يحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، قد تعاني من تفاقم حالة مرضية موجودة بالفعل أو مرض أو إصابة غير متوقعة.



### الرعاية اللازمة بشكل عاجل وأنت في منطقة خدمات خطتنا

في معظم الحالات، نقوم بتغطية الرعاية اللازمة بشكل عاجل فقط إذا:

- حصلت على هذه الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة و
- اتبعت القواعد المذكورة في هذا الفصل.

وإذا كان من غير الممكن أو من غير المعقول أن تحصل على موفر رعاية تابع للشبكة، بالنظر إلى وقتك أو المكان أو الظروف فإننا نغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل التي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة.

### كيفية الحصول على الرعاية العاجلة

- اتصل مع PCP الخاص بك. يمكنك التحدث إلى عامل الهاتف المسؤول عن الرد على المكالمات الواردة إلى مكتب (PCP) الخاص بك عندما يكون مغلقاً.
- اطلب التحدث إلى PCP الخاص بك أو طبيب تحت الطلب. قد يجيب طبيب آخر على اتصالك في حال عدم توفر PCP الخاص بك. يتوفر الطبيب للرد على الهاتف على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام العطل.
- قم بإخبارهم عن حالتك الصحية واتبع تعليماتهم.
- للعثور على مركز رعاية عاجلة بالقرب منك، يرجى الاتصال بالرقم 1-844-346-3874 (1-844-FIND-URG)، على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.

يمكن أن تحصل على خدمات الرعاية العاجلة في اليوم نفسه. ينبغي ألا يستغرق الأمر أكثر من 48 ساعة بعد إجراء الاتصال لتحديد موعد للحصول على خدمات الرعاية العاجلة من PCP الخاص بك. إذا كنت من خارج مقاطعة لوس أنجلوس، فليست بحاجة إلى الاتصال بـ PCP الخاص بك أو الحصول على تصريح مسبق قبل الحصول على خدمات الرعاية العاجلة. تأكد من إبلاغ PCP الخاص بك بشأن هذه الرعاية. ربما تحتاج إلى الحصول على متابعة للرعاية من PCP الخاص بك.

وفيما يلي معايير المواعيد للحصول على أنواع أخرى من المواعيد:

- موعد روتيني لدى طبيب الرعاية الأولية (PCP) خلال 10 أيام عمل
- الفحوصات الطبية الدورية لدى PCP خلال 30 يوم تقويمي.
- يتطلب حجز موعد عاجل لدى طبيب رعاية أخصائي (Specialist Care Physician, SCP) الحصول على تصريح مسبق خلال 96 ساعة.
- حجز موعد SCP روتيني خلال 15 يوم عمل.

### الرعاية اللازمة بشكل عاجل وأنت خارج منطقة خدمات خطتنا

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

تقدم L.A. Care Medicare Plus تغطية حول العالم للحالات الطارئة في أي مكان خارج الولايات المتحدة. سنغطي لغاية \$10,000 من تكاليف الحالات الطارئة/العاجلة مجتمعة. لمعرفة المزيد، انظر جدول المحتويات في الفصل 4. لا تغطي خطتنا الرعاية المطلوبة بشكل عاجل أو أية رعاية أخرى غير طارئة التي تحصل عليها خارج الولايات المتحدة.



**H3. الرعاية أثناء الكوارث**

إذا أعلن حاكم كاليفورنيا أو وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية أو رئيس الولايات المتحدة الأمريكية حالة كوارث أو طوارئ في منطقتك الجغرافية، فستظل مستحقاً للحصول على الرعاية من خطتنا.

زُر موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاجها أثناء كارثة المعلنه: [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).

خلال وجود حالة كارثة معلنه، إذا لم تتمكن من مراجعة موفر رعاية تابع للشبكة، يمكنك الحصول على الرعاية من موفرين غير تابعين للشبكة بنفس مبالغ تحمل المشاركة في التكاليف للشبكة. إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة خلال وجود حالة كارثة معلنه، بمقدورك صرف العقاقير المقررة لك بوصفة طبية من صيدلية غير تابعة للشبكة. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

**1. ماذا تفعل عندما يتم إرسال الفاتورة لك مباشرةً مقابل خدمات تغطيتها خطتنا**

إذا أرسل لك موفر رعاية الفاتورة بدلاً من إرسالها إلى خطتنا، يجب عليك مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة.

يجب ألا تدفع الفاتورة بنفسك. وإن قمت بدفعها، قد لا نتمكن من إعادة المبلغ إليك.

إذا دفعت أكثر من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية أو إذا تلقيت فاتورة بالتكلفة الكاملة للخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، فراجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء لمعرفة ما يجب فعله.

**11. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات**

تغطي خطتنا كافة الخدمات:

- المحددة على أنها ضرورية من الناحية الطبية، و
- المدرجة في مخطط المزايا في خطتنا (راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء)، و
- التي يمكنك الحصول عليها من خلال قواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، فإنك تدفع التكلفة الكاملة بنفسك، ما لم تكن مشمولة ببرنامج Medi-Cal آخر خارج خطتنا.

إذا أردت معرفة ما إذا كنا ندفع لك مقابل الخدمة أو الرعاية الطبية، يحق لك سؤالنا عن ذلك. كما يحق لك المطالبة بذلك كتابةً. إذا قلنا بأننا لن ندفع مقابل الخدمات التي حصلت عليها، يحق لك أن تطعن في قرارنا.

**الفصل 9** من كتيب الأعضاء يشرح ما يجب عليك فعله إذا أردت منا تغطية خدمة أو بند طبي. كما ويخبرك عن كيفية الطعن في قرار بيان المزايا المغطاة الذي نصدره. اتصل مع خدمات الأعضاء لمعرفة المزيد عن حقوق الطعن المتاحة لك.

ندفع لك مقابل بعض الخدمات إلى حد معين. إذا تجاوزت الحد، تدفع التكاليف بالكامل للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمة. راجع **الفصل 4** لمعرفة القيود على مزايا محددة. اتصل مع خدمات الأعضاء لمعرفة حدود المزايا ومقدار المزايا التي استخدمتها.



## J. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون جزءاً من دراسة بحثية سريرية

### J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية

تغطي L.A. Care تكاليف الرعاية الروتينية للمرضى المقبولين في التجارب السريرية، بما في ذلك التجارب السريرية للسرطان، المدرجة للولايات المتحدة على <https://clinicaltrials.gov>. يغطي Medi-Cal Rx، وهو برنامج الرسوم مقابل الخدمات (Fee-for-service, FFS) من برنامج Medi-Cal، معظم عقاقير العيادات الخارجية المقررة بوصفها طبية. الدراسة البحثية السريرية (التي تسمى أيضاً بتجربة سريرية) هي عبارة عن الطريقة التي يقوم من خلالها الأطباء باختبار أنواع جديدة من الأدوية والرعاية الصحية. عادة ما تطلب الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من قبل Medicare متطوعين للمشاركة في الدراسة.

بمجرد اعتماد برنامج Medicare لدراسة تريد أن تكون جزءاً منها وأن تعبر أنت عن رغبتك في المشاركة يتصل بك شخص يعمل بالدراسة. يخبرك ذلك الشخص عن الدراسة ومعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لتكون جزءاً منها أم لا. يمكن أن تكون جزءاً من الدراسة ما دمت تستوفي جميع الشروط المطلوبة. يجب أن تفهم وتقبل ما يتوجب عليك القيام به في الدراسة.

وبينما تكون في الدراسة، يحق لك البقاء مسجلاً في خطتنا. بهذه الطريقة، تستمر خطتنا في تغطيتك مقابل الخدمات والرعاية غير المرتبطة بالدراسة.

إذا أردت المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلست بحاجة للحصول على موافقة منا أو من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. لا يحتاج موفري الرعاية الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة أن يكونوا جزءاً من موفري الرعاية التابعين للشبكة. يرجى ملاحظة أن هذا لا يشمل المزايا التي تكون خطتنا مسؤولة عنها والتي تشمل، كمكون، تجربة سريرية أو سجل لتقييم المزايا. وتشمل هذه المزايا المعينة المحددة بموجب قرارات التغطية الوطنية (national coverage determinations, NCD) التي تتطلب تغطية مع تطوير الأدلة (Coverage with Evidence Development, CED) واستثناء دراسات الأجهزة الاستقصائية (investigational device trials, IDE) وقد تخضع لتصريح مسبق وقواعد أخرى للخطة.

**نشجعك على إخبارنا قبل المشاركة في دراسة بحثية سريرية.**

إذا خططت أن تكون جزءاً من دراسة بحثية سريرية مشمولة بالتغطية للمسجلين من خلال Original Medicare فإننا نشجعك أنت أو مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك على الاتصال مع خدمات الأعضاء لإبلاغنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

### J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت في دراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع شيئاً مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة. يدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. بمجرد التحاقك بدراسة بحثية سريرية معتمدة لدى برنامج Medicare، تكون مشمولاً بالتغطية فيما يتعلق بمعظم البنود والخدمات التي حصلت عليها كجزء من الدراسة. وهذا يتضمن ما يلي:

- غرفة ومأكل للإقامة في المستشفى سيدفعها Medicare حتى لو لم تكن مشتركاً في إحدى الدراسات
- عملية أو أي إجراء طبي آخر يُعد جزءاً من الدراسة البحثية
- معالجة أي آثار جانبية للرعاية الجديدة وكذلك مضاعفاتها

إذا كنت جزءاً من دراسة لم يعتمدها برنامج Medicare، فيجب عليك دفع أي تكاليف تتعلق بالدراسة.

**J3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية**

يمكنك معرفة المزيد عن الالتحاق بدراسة بحثية سريرية من خلال قراءة "Medicare & Clinical Research Studies" على الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج Medicare على [www.medicare.gov/Pubs/pdf/Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf-02226/](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf-02226/). كما يمكنك الاتصال على هاتف رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.

**K. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تتلقى الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية****K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية**

«الاعتراض الأخلاقي»

يكون لدى بعض موفري الرعاية اعتراض أخلاقي على بعض الخدمات الخاضعة للتغطية. وهذا يعني أن لهم الحق في الامتناع عن تقديم بعض الخدمات الخاضعة للتغطية إذا كانوا يرفضونها أخلاقياً. إذا كان لدى موفر الرعاية الخاص بك اعتراض أخلاقي، سيساعدك في العثور على موفر رعاية آخر يقدم لك الخدمات التي تحتاجها. ويمكن أن تساعدك L.A. Care في العثور على موفر رعاية.

لا تقدم بعض المستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين واحدة أو أكثر من هذه الخدمات حتى لو كانت مغطاة بواسطة Medi-Cal:

- تنظيم الأسرة
- خدمات وسائل منع الحمل، بما في ذلك وسائل منع الحمل في حالات الطوارئ
- التعقيم وعمليات ربط عنق الرحم عند المخاض الولادة
- معالجة العقم
- الإجهاض

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية عبارة عن مكان يقدم رعاية يمكنك الحصول عليها بشكل طبيعي في أي مستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني. إذا كان تلقي الرعاية بمستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني ضد معتقداتك الدينية، نغطي لك الرعاية الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.

وهذه المزايا فقط لخدمات مرضى العيادات الداخلية من القسم A في برنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

**K2. الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية**

لتلقي الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية، يجب عليك توقيع وثيقة قانونية تنص على أنك ضد تلقي علاج طبي «غير مستثنى».

- العلاج الطبي «غير المستثنى» عبارة عن أي رعاية تطوعية وغير مطلوبة من خلال أي قانون محلي أو فيدرالي أو خاص بالولاية.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [www.medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).



- العلاج الطبي «المستثنى» عبارة عن أي رعاية غير تطوعية ومطلوبة بموجب قانون محلي أو فيدرالي أو خاص بالولاية.
  - لتشملك تغطية الخطة، يجب أن تفي الخدمة المقدمة من المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية بالشروط التالية:
  - يجب أن يكون المركز الذي سيقدم الرعاية حاصلًا على اعتماد من برنامج Medicare.
  - تقتصر تغطية خدمات خطتنا على أوجه الرعاية غير الدينية.
  - إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة يتم توفيرها لك في مرفق:
  - يجب أن تسمح حالتك الصحية بتلقي الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال الرعاية الصحية داخل المستشفيات أو الرعاية في مركز خدمات تريض مهني.
  - يجب أن تحصل على موافقة منا قبل الدخول إلى المنشأة أولًا ثم تغطية فترة إقامتك.
- بالنسبة للإقامة لتلقي العلاج داخل المستشفى، فإن حدود تغطية Medicare لا تنطبق إذا كان المستشفى ضمن شبكة الخطة الصحية. للمزيد من المعلومات، انظر مخطط المزاي في الفصل 4.

## L. المعدات الطبية المُعمَّرة (DME)

### L1. DME كعضو في خطتنا

تتضمن (Durable Medical Equipment, DME) المعمرة الطبية المعدات بعض العناصر الضرورية طبيًا التي طلبها موفر رعاية مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة الفرشات التي تعمل بالكهرباء ومستلزمات السكري وأسرة المستشفيات التي يطلبها موفر رعاية للاستخدام المنزلي ومضخات الحقن الوريدي وأدوات إصدار الأصوات ومعدات ومستلزمات الأوكسجين وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات.

تمتلك دائمًا عناصر معينة، مثل الأجهزة التعويضية.

في هذا القسم، نناقش DME التي تستأجرها. وكعضو في خطتنا، لن تمتلك عادة معدات DME بغض النظر عن مدى الفترة التي تستأجرها لها.

في مواقف محدودة معينة، ننقل ملكية جهاز DME إليك. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المتطلبات التي يجب عليك استيفاؤها والأوراق التي يجب عليك تقديمها.

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

### L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare

في برنامج Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواع معينة من DME هذه الأجهزة بعد 13 شهرًا من استئجارها. في إحدى خطط Medicare Advantage (MA) يمكن أن تقوم الخطة بتحديد عدد الأشهر التي يجب أن يقوم الأشخاص باستئجار أنواع معينة من DME قبل أن يمتلكونها.

**ملحوظة:** يمكنك العثور على تعريفات Original Medicare و MA Plans في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على المزيد من المعلومات عنها في كاتب أعضاء Medicare وأنت 2025. إن لم تكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من موقع Medicare الإلكتروني ([www.medicare.gov/medicare-and-you](http://www.medicare.gov/medicare-and-you)) أو من خلال



الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.

إذا لم يتكم اختيار برنامج Medi-Cal سوف يتوجب عليك دفع 13 دفعة متتالية ضمن Original Medicare، أو سيتوجب عليك دفع عدد من الدفعات متتالية تحددها خطة MA، لامتلاك أحد أجهزة DME إذا:

- لم تصبح مالكاً لأحد أجهزة DME أثناء وجودك في خطتنا و
  - تركت خطتنا وحصلت على مزايا Medicare خارج أي برنامج صحي في برنامج Original Medicare أو إحدى خطط MA.
- في حال دفعت ثمن معدات DME بموجب Original Medicare أو إحدى خطط MA قبل التحاقك بخطتنا، فإن دفعات Original Medicare أو خطة MA هذه لا تحتسب ضمن الدفعات التي يجب عليك دفعها بعد ترك خطتنا.
- سوف يتوجب عليك دفع 13 دفعة جديدة متتالية ضمن Original Medicare، أو عدد من الدفعات الجديدة متتالية تحددها خطة MA، لامتلاك أحد أجهزة DME.
  - ليس هناك استثناءات عند عودتك إلى Original Medicare أو خطة MA

### L3. مزايا معدات الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين المشمولة بالتغطية من قبل Medicare وأنت عضو في خطتنا نقوم بتغطية:

- استئجار معدات الأكسجين
  - توصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
  - الأنابيب والإكسسوارات ذات الصلة بتوصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
  - صيانة وإصلاح معدات الأكسجين
- يجب إعادة معدات الأكسجين عندما تصبح غير ضرورية طبيياً بالنسبة لك أو إذا تركت خطتنا.

### L4. معدات الأكسجين عندما تنتقل إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية وأنت تترك خطتنا وتبدل إلى Original Medicare، تقوم باستئجارها من مزود لمدة 36 شهر. تغطي دفعاتك للإيجار الشهري معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات المدرجة أعلاه.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية، بعد أن تستأجرها لمدة 36 شهراً فيجب على موفر الرعاية توفير ما يلي:

- معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهراً أخرى
  - معدات ومستلزمات الأكسجين لغاية 5 سنوات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية
- إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية في نهاية فترة 5 سنوات:
- لا يتوجب على مزودك توفيرها بعد الآن ويمكنك أن تختار الحصول على معدات بديلة من أي مزود.
  - تبدأ فترة سنوات 5 جديدة.



- تستأجر من مزود لمدة 36 شهراً.
  - يجب أن يقوم مزودك بتوفير معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهراً أخرى.
  - تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات ما دامت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.
- عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية وأنت تترك خطتنا وتنتقل إلى خطة MA أخرى فسوف تقوم الخطة على الأقل بتغطية ما تقوم Original Medicare بتغطيته. يمكنك أن تسأل خطتك الجديدة التابعة إلى خطة MA عن معدات الأكسجين والمستلزمات مشمولة بالتغطية وما هي التكاليف.



## الفصل 4: مخطط المزايا

### مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا وأية قيود أو محددات على تلك الخدمات. كما ويخبرك أيضاً عن المزايا غير الخاضعة للتغطية بموجب خطتنا. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

الأعضاء الجدد في **L.A. Care Medicare Plus**: في معظم الحالات سيتم تسجيلك في L.A. Care Medicare Plus للحصول على مزايا برنامج Medicare في اليوم الأول 1 من الشهر بعد طلب التسجيل في L.A. Care Medicare Plus. لا يزال بإمكانك تلقي خدماتك من برنامج Medi-Cal من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي. بعد ذلك، ستتلقى خدماتك من برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال L.A. Care Medicare Plus. لن تكون هناك فجوة في تغطيتك من Medi-Cal. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات إذا كان لديك أي أسئلة.

### جدول المحتويات

- A. خدماتك الخاضعة للتغطية ..... 65.
- A1. خلال حالات الطوارئ العامة ..... 65.
- B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يرتبون رسوم عليك مقابل الخدمات ..... 65.
- C. نبذة عن مخطط المزايا في خطتنا ..... 66.
- D. مخطط المزايا في خطتنا ..... 68.
- E. أشكال الدعم المجتمعي ..... 119.
- F. المزايا الخاضعة للتغطية خارج خطتنا ..... 121.
- F1. برنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا (CCT) ..... 121.
- F2. برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental ..... 122.
- F3. رعاية المرضى بالأمراض العضال ..... 122.
- F4. خدمات الدعم المنزلية (IHSS) ..... 123.
- F5. 1915(c) برامج الإعفاء من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) ..... 123.
- F6. خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات) ..... 126.
- G. المزايا غير الخاضعة للتغطية من خلال خطتنا أو برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal ..... 127.



**A. خدماتك الخاضعة للتغطية**

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا. كما يمكنك التعرف على الخدمات غير الخاضعة للتغطية. المعلومات عن مزاي العقاقير الدوائية موجودة في **الفصل 5** من نسختك من كتيب الأعضاء. كما يوضح هذا الفصل القيود المفروضة على بعض الخدمات.

نظراً لحصولك على المساعدة من Medi-Cal، فأنت لا تدفع شيئاً مقابل خدماتك الخاضعة للتغطية طالما أنك تتبع قواعد خطتنا. راجع **الفصل 3** من نسختك من كتيب الأعضاء للحصول على تفاصيل عن قواعد الخطة.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم الخدمات المغطاة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.

**A1. خلال حالات الطوارئ العامة**

كأحد أعضاء L.A. Care Medicare Plus، سيكون بمقدورك الوصول إلى مزايك خلال حالات الطوارئ العامة أو كارثة. عند إعلان إحدى هذه الأحداث، ولحين انتهاء هذه الحادثة، ستقوم L.A. Care Medicare Plus بما يلي:

- تغطية الخدمات والمزاي من خارج الشبكة بتكلفة الخدمات والمزاي التي يقدمها موفري الرعاية التابعين للشبكة.
- الإعفاء من متطلبات الإحالة، حيثما ينطبق ذلك
- إجراء تغييرات تكون مفيدة لك على الفور، بدون الإشعار المطلوب لمدة 30 يوماً

يمكن أن تشرح L.A. Care Medicare Plus شروط وأحكام الدفع الخاصة بك إذا كنت تسكن في منطقة كارثة وحصلت على الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة خلال فترة إعلان الطوارئ أو الكوارث. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات للمزيد من المعلومات.

**B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يرتبون رسوم عليك مقابل الخدمات**

نحن لا نسمح لموفري الرعاية التابعين لنا بإصدار فواتير لك عن الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها من داخل الشبكة. نحن ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحميك من تحمل أي تكاليف. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لموفري الرعاية تكاليف أقل من التكاليف المدفوعة لموفر رعاية مقابل خدمة ما.

يجب ألا تتلقى فواتير نهائياً من أي موفر رعاية مقابل الخدمات المغطاة. إذا حدث ذلك، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.



## C. نبذة عن مخطط المزايا في خطتنا

يخبرك مخطط المزايا بالخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. كما يدرج الخدمات الخاضعة للتغطية مرتبة بترتيب أبجدي ويشرحها.

**نحن ندفع مقابل الخدمات المُدرجة في مخطط المزايا عند تلبية القواعد التالية.** أنت لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا، طالما كنت تستوفي المتطلبات الموصوفة أدناه.

- نحن نقدم الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال برنامجي Medicare و Medi-Cal وفقاً للقواعد المحددة من برنامجي Medicare و Medi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وإدمان المخدرات والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والمعدات والعقاقير «ضرورية من الناحية الطبية». ضرورة من الناحية الطبية: يصف هذا المصطلح الخدمات أو المستلزمات أو العقاقير التي تحتاج إليها للوقاية من حالة صحية أو تشخيصها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تمنع ذهابك لمستشفى أو دار المسنين. وهذا يعني أن الخدمات أو الصريفات أو العقاقير تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية.
- بالنسبة للمسجلين الجدد، يجب أن توفر الخطة فترة انتقالية مدتها 90 يوماً على الأقل، وخلال هذه الفترة لا يجوز لخطة Medicare Advantage (MA) الجديدة أن تتطلب موافقة مسبقة لأي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت مع موفر رعاية غير تابع للشبكة.
- أنت تحصل على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. يقصد بموفر الرعاية التابع للشبكة موفر الرعاية الذي يعمل معنا. في معظم الحالات، لن يتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من موفر رعاية من خارج الشبكة ما لم تكن حالة طارئة أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل أو ما لم تمنحك خطتك أو موفر تابع إلى الشبكة إحالة. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء يتضمن المزيد من المعلومات حول استخدام موفري الرعاية التابعين وغير التابعين للشبكة.
- لديك موفر رعاية أولية (primary care provider, PCP) أو فريق رعاية يقدم رعايتك ويديرها. في أغلب الحالات، يجب أن يعطيك PCP موافقة قبل أن تتمكن من مراجعة موفر رعاية ليس PCP الخاص بك أو أن تستخدم موفرين آخرين في شبكة الخطة. وتسمى هذه إحالة. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء يتضمن المزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة وعندما لا تحتاج إلى واحدة.
- نغطي بعض الخدمات الواردة في مخطط المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو موفر رعاية آخر تابع للشبكة على موافقة منّا أولاً. هذا يسمى تصريح مسبق (Prior Authorization, PA). الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاج إلى PA أولاً تميزها علامة النجمة (\*) في مخطط المزايا.
- إذا كانت خطتك توفر موافقة على طلب PA، فيجب أن تكون الموافقة صالحة طالما كان ذلك معقولاً من الناحية الطبية وضرورياً لتجنب الاضطرابات في الرعاية بناءً على معايير التغطية وتاريخك الطبي وتوصيات موفر العلاج.
- إذا فقدت مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك، خلال فترة الثلاثة أشهر من الأهلية المستمرة، فستستمر مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في هذه الخطة. ومع ذلك، قد لا تكون خدمة برنامج Medi-Cal الخاصة بك مشمولة بالتغطية. اتصل بمكتب أهلية المقاطعة أو Health Care Options الصحية للحصول على معلومات حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal. يمكنك الاحتفاظ بمزايا برنامج Medicare الخاصة بك، ولكن ليس مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



معلومات مهمة للأعضاء المؤهلين للحصول على «برنامج المساعدات الإضافية»:

- إذا كنت تحصل على «برنامج المساعدات الإضافية» ليدفع لك تكاليف العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare مثل الأقساط و مبالغ مستقطعة و قيمة المشاركة في التأمين، فقد تكون مؤهل للاستفادة من التخفيضات المستهدفة على مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف.
- لن يدفع أعضاء الدعم المالي لذوي الدخل المتدني (Low-income Subsidy, LIS) المؤهلون في هذه الخطة شيئاً مقابل الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D طوال فترة تغطية القسم D بالكامل. انظر الفصل 6، القسم C للاطلاع على تفاصيل أكثر.
- سيحصل الأعضاء المؤهلون لبرنامج LIS في هذه الخطة على مخصص شهري مشترك سيتم تحميله مسبقاً على بطاقة مزايا Mastercard® المدفوعة مسبقاً الخاصة بك. يمكنك استخدام مخصصاتك الشهرية المجمعة لتحقيق المزايا التالية:
  - الأطعمة الصحية /البقالة
  - الدعم المقدم نظير الانتفاع
  - بنزين السيارات
  - الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (Over-the-Counter, OTC)

راجع صف «بديل البطاقة المدفوعة مسبقاً للبقالة والمرافق ووقود السيارات والأدوية غير المقررة بوصفات طبية (OTC)» في مخطط المزايا للحصول على مزيد من المعلومات.

اعتمد برنامج Medicare خطة LA Care Medicare Plus لتوفير حصة المشاركة في الدفع/تأمين مشترك أقل كجزء من برنامج تصميم التأمين على أساس القيمة (Value-Based Insurance Design, VBID). يسمح هذا البرنامج لبرنامج Medicare تجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.

كافة الخدمات الوقائية مجانية. ستجد هذه التفاحة 🍏 بجانب الخدمات الوقائية في مخطط المزايا.



## D. مخطط المزاي في خطتنا

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p> <b>فحوصات تمدد الأوعية الدموية الأبهرية</b></p> <p>سوف ندفع مرة واحدة فقط مقابل الفحص بالموجات فوق الصوتية للأشخاص المعرضين للخطر. ولا تغطي الخطة إلا هذا الفحص إذا كنت تعاني من عوامل خطورة معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك المعالج أو طبيب مساعد أو ممرض ممارس أو أخصائي تمرير سريري.</p>
\$0	<p><b>الوخز بالإبر</b></p> <p>ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين من خدمات العلاج بالوخز بالإبر في العيادات الخارجية خلال شهر واحد من أي شهر من أشهر السنة، أو أكثر من ذلك إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>وندفع أيضاً مقابل ما يصل إلى 12 زيارة ووخز بالإبر خلال 90 يوماً إذا كنت تعاني من ألم ظهر مزمن يُعرف كما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• يدوم لمدة 12 أسبوع أو أكثر؛</li> <li>• غير محدد (ليس له سبب منتظم يمكن تحديده مثل ألا يكون مرتبطاً بالحركة أو الالتهابات أو مرض معدي)؛</li> <li>• غير مرتبط بإجراء عملية جراحية؛ و</li> <li>• غير مرتبط بالحمل؛</li> </ul> <p>إضافةً إلى ذلك، ندفع مقابل ثمانية جلسات ووخز بالإبر إضافية لعلاج ألم أسفل الظهر المزمن إذا أظهرت تحسناً. لا يمكن أن تحصل على أكثر من 20 جلسة علاج بالوخز بالإبر لعلاج ألم أسفل الظهر كل سنة.</p> <p>يجب إيقاف جلسات علاج الوخز بالإبر إذا لم تتحسن أو إذا ساءت حالتك.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>العلاج بالوخز بالإبر وتقويم العمود الفقري الروتيني (تكميلي)</b></p> <p>تغطي خطتنا ما يصل إلى 45 زيارة مشتركة كل عام للوخز بالإبر غير الخاضع لتغطية برنامج Medicare وغير الخاضع لتغطية برنامج Medi-Cal والعلاج بتقويم العمود الفقري الروتيني. في معظم الحالات، يجب عليك استخدام موفر رعاية متعاقد لتلقي الخدمات الخاضعة للتغطية. يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء لدينا إذا كانت لديك أسئلة حول كيفية استخدام هذه الميزة.</p> <p>تشمل خدمات الوخز بالإبر الخاضعة للتغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التقييم والفحص</li> <li>• العلاج بالإبر</li> <li>• طرائق وعلاج متلازمات الألم</li> <li>• الحالات العضلية الهيكلية</li> <li>• غثيان</li> </ul> <p>تشمل خدمات تقويم العمود الفقري الخاضعة للتغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التقييم والفحص</li> <li>• الفحص بالأشعة السينية</li> <li>• العلاج اليدوي بتقويم العمود الفقري والطرائق والإجراءات العلاجية</li> <li>• إعادة التأهيل البدني لحالات الجهاز العضلي الهيكلي للعمود الفقري والأطراف مع خيارات في العيادات والخدمات الصحية عبر الهاتف</li> </ul>
\$0	<p><b>الفحص والإرشاد والتوجيه لحالات تعاطي الكحول</b></p> <p>ندفع مقابل الفحص والتدخل السريع والإحالة إلى العلاج (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment,) (SBIRT) وفحص وإرشاد تعاطي الكحول (alcohol-misuse screening and counseling, AMSC) لمرة واحدة للبالغين الذين يتعاطون الكحول وليس مدمني الكحول. ويتضمن هذا النساء الحوامل.</p> <p>إذا تم تشخيصك حالتك بإساءة استخدام الكحول، فيمكنك الحصول على أربع جلسات استشارة وجهاً لوجه كل عام (إذا كنت قادرًا ومنتبهًا أثناء الاستشارات) مع موفر رعاية أولية (PCP) مؤهل أو ممارس في سياق رعاية أولية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات سيارة الإسعاف*</b></p> <p>تشمل خدمات الإسعاف المغطاة سواء كانت لحالات طارئة أو غير طارئة النقل الأرضي والجوي (الطائرات والمروحيات). سنتفك وحدات الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنك الحصول على رعاية به.</p> <p>يجب أن تكون حالتك خطيرة لدرجة أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية يمكن أن تشكل خطراً على صحتك أو حياتك.</p> <p>ويجب أن نوافق على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة). في الحالات التي لا تعد طارئة، يمكننا أن ندفع مقابل الإسعاف. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك إلى الخطر.</p>
\$0	<p><b>الفحص الجسدي السنوي</b></p> <p>ندفع مقابل فحص عام سنوي واحد كل عام بالإضافة إلى زيارة العافية السنوية. يتضمن الفحص العام السنوي تاريخاً طبيًا/عائلياً مفصلاً وتقييماً مفصلاً من الرأس إلى أخمص القدمين مع الفحص الحسي.</p>
\$0	<p><b>الزيارة السنوية لفحص الصحة العامة</b></p> <p>يمكنك الحصول على فحص سنوي. والهدف هو وضع أو تحديث خطة وقائية وفقاً لعوامل الخطورة الحالية. وندفع مقابله مرة واحدة كل 12 شهراً.</p> <p><b>ملحوظة:</b> لا يمكن إجراء الزيارة الأولى من زيارات الصحة البدنية السنوية خلال 12 شهراً التالية من زيارتك أهلاً بك في Medicare. ومع ذلك، لا تحتاج إلى إجراء زيارة أهلاً بك في Medicare لتتحصل على زيارات الصحة البدنية السنوية بعد خضوع القسم B للتغطية لمدة 12 شهراً.</p>
\$0	<p><b>الخدمات الوقائية من مرض الربو</b></p> <p>يمكنك تلقي التنقيف بشأن مرض الربو وتقييم البيئة المنزلية للمحفزات الشائعة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من الربو الذي لا يتم التحكم فيه بشكل جيد.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات الصحة السلوكية</b></p> <p>يقدم برنامج L.A. Care Medicare Plus الدعم للإعاقات الخفيفة إلى المتوسطة الناتجة عن اضطراب عقلي، ويشار إليها باسم خدمات الصحة العقلية غير المتخصصة (Non-Specialty Mental Health Services, NSMHS)، والتي يتم تقديمها من خلال Carelon Behavioral Health. وتشمل هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تقييم وعلاج الصحة العقلية، بما في ذلك العلاج النفسي الفردي والجماعي والعائلي</li> <li>• خدمات العيادات الخارجية التي تشمل العمل المعلمي، العقاقير، والصرفيات</li> <li>• خدمات العيادات الخارجية لمراقبة العلاج بالعقاقير</li> <li>• استشارات العلاج النفسي</li> <li>• اختبار نفسي لتقييم حالة الصحة العقلية</li> <li>• تلقي العلاج داخل مستشفيات الصحة النفسية</li> </ul> <p>لمزيد من المعلومات، اتصل مع Carelon Behavioral Health:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• عبر الهاتف: 1-877-344-2858/1-800-735-2929 TTY/TDD</li> <li>• لمعرفة المزيد عن خدمات Carelon Behavioral Health، يرجى زيارة: <a href="http://www.carelonbehavioralhealth.com/">www.carelonbehavioralhealth.com/</a></li> </ul> <p>سيكون هناك شخص متاح لمساعدتك في الاتصال بالخدمات على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>مبلغ مزايا البطاقة المدفوعة مسبقاً</b></p> <p>سوف تتلقى مخصصات شهرية مشتركة بمبلغ \$120 سيتم تحميله مسبقاً على بطاقة المزايا Mastercard® المدفوعة مسبقاً الخاصة بك. و لا يتم تحويل أية أرصدة متبقية إلى الشهر التالي. سيتم إرسال البطاقة وتعليمات التنفيع إليك بالبريد. وسوف تتلقى أيضاً كتالوجات OTC والأطعمة الصحية عبر البريد. يمكنك استخدام مخصصاتك الشهرية المجمعة لتحقيق الفوائد التالية:</p> <p><b>الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (OTC)</b></p> <p>يمكنك استخدام البطاقة لطلب مواد صحية تصرف بدون وصفة طبية OTC مثل أدوية السعال والرشح والفيتامينات ومسكنات الألم والضمادات واختبارات COVID-19 غير المقررة بوصفة طبية.</p> <p>سيتم إرسال بطاقة الدفع المسبق الخاصة بمزايا OTC الخاصة بك إضافة إلى تعليمات التنفيع وكتالوج OTC إليك عبر البريد.</p> <p>إن الحصول على أدواتك سهل! يمكنك استخدام مزايا بطاقة Mastercard® المدفوعة مسبقاً الخاصة بك لشراء العناصر المعتمدة غير المقررة بوصفة طبية داخل المتاجر في الصيدليات ومواقع البيع بالتجزئة المشاركة، أو عبر الإنترنت أو عن طريق الهاتف.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• في المتجر: يمكنك التسوق للحصول على مجموعة متنوعة من العناصر المعتمدة في CVS و Food-4-Less و Walgreens و Walmart والمزيد. توجه إلى lacare.com/nationsbenefits.com للمشاركة على متجر مشارك بالقرب منك.</li> <li>• عبر الإنترنت: توجه إلى lacare.com/nationsbenefits.com للاطلاع على مجموعة متنوعة من المنتجات المعتمدة. إذا كانت هذه هي المرة الأولى التي تقدم فيها طلباً عبر الإنترنت، فستحتاج إلى إنشاء حساب عن طريق التسجيل في بوابة المزايا Benefits Pro Portal أو تطبيق Benefits Pro. إذا كنت قد أنشأت حساباً بالفعل، فما عليك سوى تسجيل الدخول وتحديد العناصر الخاصة بك وعندما تكون جاهزاً، انقر (تسجيل الخروج) «Checkout».</li> </ul> <p>تُتبع هذه المزايا على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>مبلغ مزايا البطاقة المدفوعة مسبقاً (متابعة)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>عبر الهاتف: راجع كتالوج OTC أو توجه إلى <a href="http://lacare.nationsbenefits.com">lacare.nationsbenefits.com</a> للعثور على المنتجات التي ترغب في طلبها. للطلب عبر الهاتف، يرجى الاتصال على الرقم 1-833-571-7587 (TTY: 711). يتوفر ممثلو خدمة الأعضاء على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات.</li> </ul> <p>لأن خطتنا تشارك في برنامج تصميم التأمين القائم على القيمة ، يمكنك أيضًا استخدام بطاقة مزايا Mastercard® المدفوعة مسبقاً للحصول على أي من المزايا التالية:</p> <p><b>الأطعمة الصحية /البقالة</b></p> <p>يمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة في الحصول على التغذية التي تحتاجها لنظام غذائي متوازن. تتضمن فئات الأطعمة/البقالة الصحية ما يلي: الفواكه الطازجة والخضروات والوجبات المجمدة واللحوم والمأكولات البحرية وخطوات المشروبات المغذية والماء وغير ذلك الكثير.</p> <p><b>الدعم المقدم نظير الانتفاع</b></p> <p>يمكنك استخدام بطاقتك للمساعدة في دفع تكاليف المرافق لمنزلك. لدى الأعضاء خيار استخدام هذه الميزة لدفع تكاليف المرافق المنزلية مثل الكهرباء والتدفئة والكابلات والأقمار الصناعية وخدمات الاتصالات وشبكات الكمبيوتر/خدمات المعلومات والمزيد.</p> <p><b>بنزين السيارات (بنزين في المضخة)</b></p> <p>يمكنك استخدام بطاقتك لدفع ثمن البنزين في المضخة. لدى الأعضاء خيار استخدام هذه الميزة لدفع ثمن البنزين في محطات الخدمة وموزعات الوقود الآلية. تقتصر الميزة على دفع ثمن البنزين في المضخة الفعلية. لا يمكنك إجراء أي عمليات شراء داخل متاجر محطات الوقود. إضافة إلى ذلك، يرجى ملاحظة أن بعض محطات الوقود قد تضع حجزًا على المبلغ (قد تختلف المبالغ)، مما قد يؤدي إلى رفض معاملتك.</p> <p>لمزيد من المعلومات حول كيفية الاستفادة من هذه المزايا، اتصل مع NationsBenefits® على الرقم 1-833-571-7587 (TTY: 711) أو زُر <a href="http://LACare.NationsBenefits.com">LACare.NationsBenefits.com</a> على NationsBenefits</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>قياس الكتلة العظمية</b> </p> <p>ندفع مقابل إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (عادةً، شخص معرض لخطر الإصابة بفقدان كثافة العظام أو خطر هشاشة العظام). تحدد هذه الإجراءات كثافة العظام أو فقدان كثافة العظام أو اكتشاف جودة العظام.</p> <p>ندفع مقابل الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا، أو أكثر إذا كانت الخدمة المطلوبة ضرورية من الناحية الطبية. كما نندفع للطبيب لفحص النتائج وإبداء الملاحظات عليها.</p>
\$0	<p><b>فحوصات سرطان الثدي (صورة الثدي الإشعاعية)</b> </p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• صورة الثدي الإشعاعية الأساسية لمرة واحدة للسيدات ممن تتراوح أعمارهن بين 35 و 39 عامًا</li> <li>• الفحص باستخدام صور الثدي الإشعاعية لمرة واحدة كل 12 شهرًا للسيدات في سن الأربعين 40 أو أكثر</li> <li>• الفحوصات السريرية للثدي مرة واحدة كل 24 شهرًا</li> </ul>
\$0	<p><b>خدمات إعادة التأهيل القلبية (القلب)*</b></p> <p>ندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل القلبية، مثل التدريب والتثقيف وتقديم الاستشارات. يجب على الأعضاء استيفاء شروط معينة وأن يحصلوا على إحالة من الطبيب.</p> <p>ونغطي أيضاً برامج إعادة التأهيل القلبية المكثفة التي تعد أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبية.</p> <p>تحدث مع موفر الرعاية واحصل على إحالة.</p>
\$0	<p><b>زيارة خفض معدل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (القلب) (العلاج أمراض القلب)*</b> </p> <p>ندفع مقابل زيارة واحدة في السنة، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية، لموفر الرعاية الأولية (PCP) للمساعدة في خفض خطر الإصابة بمرض القلب. وخلال الزيارة أو الزيارات، يمكن للطبيب أن يقوم بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مناقشة استخدام الأسبرين،</li> <li>• التحقق من ضغط الدم، و/أو</li> <li>• إعطاءك نصائح تتيح لك التأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا.</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
\$0	<p><b>فحص أمراض القلب والأوعية الدموية (القلب)*</b></p> <p>ندفع مقابل فحوصات الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهراً). كما تمكن فحوصات الدم هذه التحقق من العيوب نتيجة لارتفاع خطورة مرض القلب.</p> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>	
\$0	<p><b>فحوصات سرطان عنق الرحم والمهبل</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بالنسبة لجميع النساء: تجرى اختبارات باب وفحص الحوض مرة واحدة كل 24 شهراً</li> <li>• بالنسبة للنساء الأكثر عرضة لسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: ندفع مقابل اختبار باب واحد كل 12 شهراً</li> <li>• بالنسبة للنساء اللاتي أجري اختبار باب غير طبيعي خلال آخر ثلاث سنوات وهن في سن الإنجاب: اختبار باب واحد كل 12 شهراً</li> <li>• بالنسبة للنساء اللواتي يبلغن من العمر بين 30-65: فحص فيروس الورم الحليمي البشري (Human Papillomavirus, HPV) أو فحص باب زائد فحص HPV مرة كل 5 سنوات</li> </ul>	
\$0	<p><b>خدمات الرعاية التكوينية للعمود الفقري</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تعديلات العمود الفقري لتصحيح الاستقامة</li> </ul> <p><b>ملحوظة:</b> ستقوم بدفع جميع تكاليف أي خدمات أو اختبارات أخرى يطلبها مقوم العمود الفقري (بما في ذلك الأشعة السينية)</p> <p><b>راجع القسم:</b> الوخز بالإبر والعلاج بتقويم العمود الفقري (تكميلي) للحصول على فوائد إضافية.</p>	

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>فحوصات سرطان القولون والمستقيم</b> </p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا يوجد حد أدنى أو أقصى على أساس العمر لتنظير القولون، ويتم تغطيته مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو بعد 48 شهرًا من التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 أشهر للمرضى ذوي الخطورة العالية بعد تنظير قولون سابقاً حقنة الباريوم الشرجية.</li> <li>• التنظير السيني المرن للمرضى بعمر 45 عاماً وأكبر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد أن خضع المريض لفحص تنظير القولون. مرة كل 48 شهر للمرضى ذوي الخطورة العالية من التنظير السيني المرن الأخير أو حقنة الباريوم الشرجية.</li> <li>• اختبار الدم الخفي في البراز للمرضى الذين يبلغون من العمر 45 عاماً وأكبر. مرة كل 12 شهرًا.</li> <li>• الحمض النووي (Deoxyribonucleic acid, DNA) للبراز متعدد الخلايا للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و 85 عاماً ولا يستوفون معايير عالية الخطورة. مرة كل 3 أعوام.</li> <li>• اختبارات العلامات الحيوية المستندة إلى الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و 85 عاماً ولا يستوفون معايير عالية الخطورة. مرة كل 3 أعوام.</li> <li>• حقنة الباريوم الشرجية كبديل لتنظير القولون للمرضى المعرضين لمخاطر عالية و 24 شهرًا منذ آخر فحص حقنة شرجية الباريوم أو فحص تنظير القولون الأخير.</li> <li>• حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمرضى غير المعرضين لخطورة عالية ويبلغون من العمر 45 عاماً أو أكبر. مرة على الأقل بعد 48 شهر من آخر فحص حقنة الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن.</li> </ul> <p>تتضمن فحوصات سرطان القولون والمستقيم فحوصات متابعة تنظير القولون بعد فحص غير جراحي للبراز للكشف عن سرطان القولون والمستقيم معتمد من برنامج Medicare تكون نتيجته إيجابية.</p>

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمة عامل صحة مجتمعية</b></p> <p>تغطي L.A. Care خدمات العاملين الصحيين المجتمعيين (community health worker, CHW) للأفراد عندما يوصي بها الطبيب المعالج أو ممارس مرخص آخر للوقاية من المرض والإعاقة والحالات الصحية الأخرى أو تطورها؛ إطالة الحياة؛ وتعزيز الصحة البدنية والعقلية والكفاءة. يمكن أن تشمل الخدمات ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التوعية والتدريب الصحي بما في ذلك السيطرة والوقاية من الأمراض المزمنة أو المعدية؛ الظروف الصحية السلوكية والفترة المحيطة بالولادة والفم؛ والوقاية من الإصابة</li> <li>• الترويج والتدريب الصحي بما في ذلك وضع الأهداف ووضع خطط إجرائية للتعامل مع الوقاية من الأمراض وإدارتها.</li> </ul>
\$0	<p><b>خدمات الأسنان</b></p> <p>نحن ندفع مقابل خدمات معينة للأسنان، بما في ذلك ولا يقتصر على التنظيف وحشوات الأسنان وأطقم الأسنان. ما لا نغطيه متاح من خلال برنامج رعاية الاسنان Medi-Cal Dental لطب الأسنان، الموضح في F2 أدناه.</p> <p>ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءاً لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد.</p> <p>تتضمن بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة أو قلع الأسنان الذي تم إجراؤه استعداداً للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يشمل الفك أو فحوصات الفم التي تسبق زرع الكلى.</p> <p><b>خدمات طب الأسنان الإضافية (تكميلية)</b></p> <p>تغطي خطتنا خدمات وإجراءات طب الأسنان الإضافية. قد تتضمن هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخدمات الوقائية <ul style="list-style-type: none"> <li>○ فحوصات الفم - 1 كل سنة</li> <li>○ التنظيف - 1 كل سنة</li> <li>○ العلاج بالفلورايد - 1 استخدام موضعي في السنة</li> <li>○ الأشعة السينية - 1 كل سنة</li> </ul> </li> <li>• خدمات شاملة <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ترميمي*</li> <li>○ علاج جذور الأسنان* - 1 لكل سن في العمر</li> <li>○ التهاب اللثة*</li> <li>○ تركيبات سنية (ثابتة أو متحركة)*</li> <li>○ جراحة الفم/الوجه والفك*</li> <li>○ خدمات عامة تكميلية*</li> </ul> </li> </ul> <p>تتبع هذه المزايا على الصفحة التالية.</p>

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>خدمات الأسنان (متابعة)</b></p> <p>تتشارك خطتنا مع Liberty Dental لتوفير مزايا طب الأسنان لك. وقد تنطبق استثناءات وقيود على المزايا. وقد تكون هناك استثناءات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. يرجى ملاحظة أن بعض الخدمات تتطلب مراجعة سريرية للحصول على تصريح مسبق قبل العلاج. يجب تقديم وثائق معينة مع طلبات الحصول على التصريح المسبق هذه. تتم مراجعة هذه الخدمات سريريًا باستخدام الوثائق المقدمة لتحديد ما إذا كانت محددة وملائمة بناءً على معايير الصناعة، وأنها تلي جميع المتطلبات الخاصة بهذه الخدمة على النحو المبين في المعايير والمبادئ التوجيهية السريرية لدى Liberty. لن تتم تغطية أي علاج، في رأي مدير طب الأسنان في LIBERTY، غير ضروري أو لا يفي بمعايير الخطة. إذا لم يتم تقديم الوثائق المطلوبة، فلا يمكن مراجعة الخدمة بشكل مناسب وبالتالي سيتم رفضها. إذا تم رفض التصريح المسبق لأي سبب من الأسباب، فلن تتم تغطية الخدمة، وستكون مسؤولاً عن جميع التكاليف المرتبطة بها. لا يتم تغطية إجراءات طب الأسنان لأسباب تجميلية أو جمالية. تقتصر التغطية على الخدمات المدرجة في جدول المزايا.</p> <p>للحصول على قائمة مفصلة بالتغطية، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني <a href="http://medicare.lacare.org">medicare.lacare.org</a> أو من خلال الاتصال على الرقم 1-855-552-8243، من الاثنين إلى الجمعة، من 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، بالتوقيت المحلي. الخدمات التي لا تغطيها خطتنا، قد تكون متاحة من خلال برنامج Medi-Cal لطب الأسنان.</p> <p>لتحديد موقع طبيب أسنان تابع للشبكة، يمكنك الاتصال مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-552-8243 أو البحث في دليل موفري رعاية الأسنان عبر الإنترنت <a href="http://libertydentalplan.com/lacaremedicare">libertydentalplan.com/lacaremedicare</a>. من المستحسن أن تعمل مع طبيب أسنانك التابع للشبكة للتحقق من تغطية المزايا قبل الحصول على خدمات طب الأسنان. إذا اخترت استخدام طبيب أسنان خارج الشبكة، فلن تغطي خطتنا الخدمات التي تتلقاها.</p>
\$0	<p><b>فحص الاكتئاب</b> </p> <p>ندفع مرة واحدة لفحص الاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في سياق رعاية أولية يمكنه أن يوفر متابعة علاجية وتقديم إحالات.</p>

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p data-bbox="1360 415 1404 472"></p> <p data-bbox="1105 409 1333 447">فحوصات داء السكري</p> <p data-bbox="570 457 1333 535">ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز قبل تناول أي وجبة) إذا توفر لديك أي من عوامل الخطورة الآتية:</p> <ul data-bbox="630 548 1312 772" style="list-style-type: none"> <li>• ارتفاع ضغط الدم (ارتفاع ضغط الدم)</li> <li>• تاريخ مرضي من الكوليسترول غير المنضبط ومستويات الدهون الثلاثية (الديسليبيديا)</li> <li>• بدانة</li> <li>• تاريخ مرضي من ارتفاع السكر في الدم (جلوكوز)</li> </ul> <p data-bbox="581 785 1333 863">يمكن تغطية الفحوصات في بعض الحالات، على سبيل المثال إذا كان وزنك زائداً ولديك تاريخ عائلي فيما يتعلق بداء السكري.</p> <p data-bbox="581 875 1333 953">قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهراً بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.</p>

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	 <p>التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات* ندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص المصابين بداء السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مستلزمات مراقبة سكر الدم، بما في ذلك ما يلي:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ جهاز قياس نسبة السكر في الدم</li> <li>◦ أشرطة اختبار الجلوكوز في الدم</li> <li>◦ أجهزة الوخز وأدوات سحب عينة من الدم</li> <li>◦ محاليل السيطرة على الغلوكوز للتحقق من دقة أشرطة الاختبار وأجهزة المراقبة</li> </ul> </li> <li>• للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري ومن مرض القدم السكري الشديد، ندفع مقابل ما يلي:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ زوج من الأحذية العلاجية المصنوعة خصيصًا (بما في ذلك بطانات الأحذية) بما في ذلك التجهيزات وزوجين إضافيين من البطانات كل عام تقويمي أو</li> <li>◦ زوج من الأحذية العميقة بما في ذلك التكييف وثلاثة أزواج من الأرضيات كل سنة (لا تتضمن بطانات الأحذية غير المخصصة القابلة للإزالة التي تقدم مع مثل هذه الأحذية)</li> </ul> </li> <li>• في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب على مساعدتك في إدارة داء السكري. لمعرفة المزيد، اتصل مع خدمات الأعضاء.</li> </ul> <p>الأعضاء المصابون بمرض السكري مؤهلون لبرنامج L.A. Cares About Diabetes®. هذا برنامج مجاني لمساعدة الأعضاء في التحكم بمرض السكري، ويشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- إرسال المواد الصحية حول مرض السكري بالبريد</li> <li>- تعليمات حول كيفية الدخول إلى بوابة MyHIM Wellness</li> <li>- دورات تدريبية لتعليم الإدارة الذاتية لمرض السكري (يتوفر خيار افتراضي)</li> <li>- وصول إلى أخصائيي تغذية مسجلين من أجل:             <ul style="list-style-type: none"> <li>• تدريبك على كيفية إدارة مستويات سكر الدم</li> <li>• توجيهك نحو الأكل الصحي</li> <li>• تقديم نصائح مفيدة حول كيفية التحدث مع طبيبك حول مرض السكري</li> </ul> </li> </ul>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات الدوالا</b></p> <p>بالنسبة للأفراد الحوامل ندفع مقابل تسع زيارات إلى الدوالا خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة.</p>
\$0	<p><b>المعدات الطبية المُعمّرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة</b></p> <p>راجع <b>الفصل 12</b> من نسختك من كتيب الأعضاء للتعرف على تعريف "المعدات الطبية المُعمّرة (Durable medical equipment, DME)". نغطي الأدوات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الكراسي المتحركة بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية</li> <li>• العكازات</li> <li>• أنظمة الفرشات التي تعمل بالكهرباء</li> <li>• وسادة ضغط جافة للفرشات</li> <li>• مستلزمات مرض السكري</li> <li>• أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الرعاية للاستخدام المنزلي</li> <li>• مضخات وأعمدة الحقن الوريدي (intravenous, IV)</li> <li>• أجهزة توليد الكلام</li> <li>• معدات ولوازم الأكسجين</li> <li>• الرذاذات الطبية</li> <li>• المشايات</li> <li>• عكاز بمقبض دائري أو رباعي ومستلزمات للاستبدال</li> <li>• جهاز شد الرقبة (فوق الباب)</li> <li>• محفز العظام</li> <li>• معدات رعاية غسيل الكلى</li> </ul> <p>قد تكون أدوات أخرى خاضعة للتغطية.</p> <p>ندفع مقابل كافة DME الضرورية من الناحية الطبية التي يدفع Medicare و Medi-Cal تكلفتها عادةً. إذا كان موفر الأجهزة الخاص بنا في منطقتك لا يحمل علامة تجارية خاصة أو مصنع، يمكنك سؤاله إذا يمكنه طلبها لك.</p> <p>يجب عليك التحديث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة للحصول على أدوات DME تستخدم خارج المنزل.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p> <p>إذا حصلت على رعاية طارئة من مستشفى خارج الشبكة وكنت تحتاج إلى رعاية كمريض داخلي بعد استقرار حالة الطوارئ، يجب أن تعود إلى مستشفى تابع للشبكة لكي يستمر الدفع مقابل الرعاية التي تحصل عليها. يمكنك البقاء في المستشفى خارج الشبكة للحصول على رعايتك كمريض داخلي فقط إذا وافقت خطتنا على إقامتك.</p>	<p><b>رعاية الطوارئ</b></p> <p>الرعاية في حالات الطوارئ تعني الخدمات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• المقدمة من مقدم خدمة مدرب على تقديم خدمات الطوارئ، و</li> <li>• المطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة.</li> </ul> <p>الحالة الطارئة طبيًا عبارة عن حالة طبية ذات ألم حاد أو إصابة بالغة. وتكون هذه الحالة خطيرة جدًا، ويمكن أن يتوقع أي شخص على درجة متوسطة من المعرفة الصحية والدوائية بالنتيجة التالية إذا لم يحصل المصاب على الرعاية الطبية الفورية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خطورة بالغة على صحتك أو على صحة جنينك؛ أو</li> <li>• ضرر بالغ للوظائف الجسدية؛ أو</li> <li>• خلل خطير في جزء أو عضو بالجسد.</li> <li>• في حال المرأة الحامل التي تمر بحالة ولادة عاجلة، عندما: <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ عدم وجود وقت كافٍ للنقل الآمن لك إلى مستشفى آخر قبل الولادة.</li> <li>◦ التحويل إلى مستشفى آخر يمكن أن يشكل تهديدًا لصحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الجنين.</li> </ul> </li> </ul> <p>الخدمات التي تحتاج إليها بشكل طارئ أو عاجل مغطاة حول العالم بدون تصريح مسبق. سوف نغطي لغاية \$10,000 من التكاليف لكل سنة تقويمية. اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على معلومات إضافية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات تنظيم الأسرة</b></p> <p>يتيح لك القانون اختيار أي موفر رعاية - سواء كان موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة - لخدمات معينة من خدمات تنظيم الأسرة. ويعني هذا أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب تنظيم أسرة. ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اختبار تنظيم الأسرة والعلاج الطبي</li> <li>• الاختبارات التشخيصية والمخبرية لتنظيم الأسرة</li> <li>• طرق تنظيم الأسرة (اللولب، أو عمليات الزرع، أو الحقن، أو حبوب منع الحمل، أو اللاصقة، أو الحلقة)</li> <li>• مستلزمات تنظيم الأسرة المقررة بوصفها طبية (واقٍ ذكري أو إسفنجة أو رغوة أو أقراص أو الحجاب حاجز أو أعطية)</li> <li>• خدمات الخصوبة المحدودة مثل الاستشارة والتتيف حول تقنيات التوعية بالخصوبة و/أو الاستشارة الصحية قبل الحمل والاختبار وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً (sexually transmitted infections, STI)</li> <li>• تقديم الاستشارات والاختبارات لفيروس نقص المناعة المكتسبة (HIV) والإيدز (AIDS) والحالات المتعلقة بفيروس نقص المناعة المكتسبة.</li> <li>• وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الطريقة لتنظيم الأسرة. يجب عليك توقيع نموذج الولاية للموافقة على التعقيم قبل تاريخ الجراحة بما لا يقل عن 30 يومًا، ولكن لا يزيد عن 180 يومًا).</li> <li>• الاستشارات الوراثية</li> </ul> <p>ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب أن تستخدم موفر رعاية ضمن شبكة موفري الرعاية لدينا للخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• العلاج الطبي لحالات العقم (لا تتضمن هذه الخدمة استعمال وسائل صناعية للحمل).</li> <li>• علاج الإيدز والحالات المتعلقة بمرض نقص المناعة البشرية</li> <li>• اختبارات الجينات الوراثية</li> </ul>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>مزاي اللياقة (SilverSneakers®)</b></p> <p>تقدم خطتنا مزاي اللياقة من خلال SilverSneakers®. إن SilverSneakers أكثر من مجرد برنامج لياقة بدنية تقليدي. إنها طريقة لتحسين صحتك وعيش الحياة التي تريدها. سواء كنت تستمتع بدروس اللياقة البدنية الجماعية أو الرياضة أو استخدام معدات القوة والقلب أو تفضل البقاء نشطاً في المنزل، فإن SilverSneakers تمنحك الفرصة لتحسين صحتك واكتساب الثقة والتواصل مع مجتمعك.</p> <p>يتيح لك SilverSneakers الوصول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• شبكة وطنية من الصالات الرياضية والمواقع المجتمعية المشاركة<sup>1</sup> مع دروس اللياقة البدنية الجماعية<sup>2</sup> في مواقع مختارة - سجل في أكبر عدد تريده</li> <li>• دروس وورش عمل SilverSneakers LIVE عبر الإنترنت بقيادة مدربين مدربين خصيصاً، يتم تقديمها 7 أيام في الأسبوع، صباحاً وبعد الظهر ومساءً،</li> <li>• أكثر من 200 مقطع فيديو للتمرين عبر الإنترنت متاحة عند الطلب من SilverSneakers على مدار 7/24</li> <li>• تطبيق SilverSneakers GO للهواتف الذكية مع خطط تمرين قابلة للتعديل والمزيد</li> <li>• الوصول إلى Bernalong® مع مجتمع افتراضي داعم وآلاف الدورات التدريبية لجميع الاهتمامات والقدرات</li> <li>• GetSetUp<sup>3</sup>، مع مئات من الدورات التدريبية التفاعلية عبر الإنترنت لمدة ساعة أو أقل، بدءاً من التغذية إلى اليقظة والمزيد.</li> </ul> <p>حافظ على نشاطك في صالة الألعاب الرياضية، ومن المنزل، وفي الأماكن المحيطة بمجتمعك. مع SilverSneakers، لديك خيارات أكثر من أي وقت مضى.</p> <p>قم بتنفيذ حسابك المجاني عبر الإنترنت اليوم واستكشف كل ما يقدمه SilverSneakers.</p> <p>تُتبع هذه المزاي على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>مزايا اللياقة (SilverSneakers®) (متابعة)</b>  <b>ابدأ من خلال 3 خطوات سهلة</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ادخل على الإنترنت إلى <a href="https://SilverSneakers.com/StartHere">SilverSneakers.com/StartHere</a> لإنشاء حساب على الإنترنت.</li> <li>2. سجل الدخول للاطلاع على رقم عضويتك وأخذه إلى أحد المواقع المشاركة.</li> <li>3. يمكنك أيضاً الاستمتاع بالتمارين الافتراضية عبر الإنترنت من خلال حسابك الجديد.</li> </ol> <p>كأحد أعضاء SilverSneakers، يمكنك توفير آلاف الدولارات على شكل رسوم لمن تحب، ببساطة من خلال التمرين في أحد مواقع SilverSneakers® المشاركة. الأمر سهل وبدون تكلفة تتحملها. يرجى زيارة <a href="https://SilverSneakers.TuitionRewards.com">SilverSneakers.TuitionRewards.com</a> للمزيد من المعلومات.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. المواقع المشاركة ("PL", Participating locations) لا تملكها ولا تديرها Tivity Health, Inc. أو شركاؤها. يقتصر استخدام مرافق ووسائل التدريب الموجودة في PL على شروط وأحكام العضوية الأساسية في PL. تتوفر المرافق ووسائل التدريب حسب PL.</li> <li>2. تتضمن العضوية دورة تدريب لياقة يقودها مدرب من SilverSneakers. بعض المواقع تمنح الأعضاء دورات تدريبية إضافية. تتوفر الدورات التدريبية حسب الموقع.</li> <li>3. GetSetUp هو موفر خدمة تابع لجهة خارجية ولا تملكه أو تديره شركة Tivity Health, Inc. ("Tivity") أو الشركات التابعة لها. يجب أن يكون لدى المستخدمين خدمة الإنترنت للوصول إلى خدمة GetSetUp. رسوم خدمة الإنترنت تقع على عاتق المستخدم.</li> </ol> <p>إن Burnalong, Inc. هي علامة تجارية مسجلة لشركة Tivity Health, Inc. و SilverSneakers هي علامة تجارية مسجلة لشركة Tivity Health, Inc. © 2024 Tivity Health, Inc. جميع الحقوق محفوظة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p data-bbox="1360 415 1404 478"></p> <p data-bbox="602 407 1333 533">برامج التوعية بالصحة والعافية إننا نقدم العديد من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتتضمن ما يلي:</p> <ul data-bbox="570 548 1312 1213" style="list-style-type: none"> <li>• حالات التوعية الصحية؛</li> <li>• حالات التوعية الغذائية؛</li> <li>• الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ؛ و</li> <li>• خط الاستشارات التمريضية</li> <li>• المكالمات الهاتفية الاستشارية الفردية والمواعيد الجماعية الوجيهة وورشات عمل الاهتمام بالعافية و عبر الإنترنت في مجموعة متنوعة من الموضوعات بما في ذلك التغذية والوقاية من السقوط وهشاشة العظام وصحة القلب وإدارة الوزن والربو والوقاية من مرض السكري.</li> <li>• الاستشارة الفردية عبر الهاتف مع مدرب صحي معتمد.</li> <li>• العلاج بالتغذية الطبية من خلال أخصائي تغذية مسجل (عند وجود إحالة من PCP)</li> <li>• التعليم والمساعدة باستخدام التكنولوجيا للوصول إلى خدمات ومعلومات الرعاية الصحية (محو الأمية الصحية الرقمية)</li> <li>• مواد عن التوعية الصحية بتنسيقات ولغات يسهل قراءتها بما في ذلك الطباعة بأحرف كبيرة.</li> </ul>

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات السمع</b></p> <p>ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها أحد موفري الرعاية. ستخبرك هذه الاختبارات بما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. ويتم التعامل مع تغطيتها بوصفها مماثلة لتلقي الرعاية في عيادات خارجية عند الحصول عليها من طبيب معالج أو أخصائي سمعية أو موفر رعاية مؤهل آخر.</p> <p>نحن أيضاً ندفع ثمن وسيلة المساعدة السمعية عندما يصفها طبيب أو موفر رعاية مؤهل آخر، بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قوالب الأذن والأجهزة والحشوات</li> <li>• الإصلاحات</li> <li>• مجموعة أولية من البطاريات</li> <li>• ست زيارات للتدريب والضبط والتركيب من خلال نفس البائع بعد الحصول على وسيلة مساعدة سمعية</li> <li>• الفترة التجريبية لإيجار الوسائل المساعدة السمعية</li> <li>• أجهزة الاستماع المساعدة وأجهزة السمع بالتوصيل العظمي السطحية</li> <li>• فحص السمع المتعلق بوسائل المساعدة السمعية وخدمات ما بعد التقييم</li> </ul>
\$0	<p><b>فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)</b></p> <p>ندفع مقابل اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مرة واحدة كل 12 شهراً للأشخاص الذين:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الذين يطلبون إجراء اختبار فحص (HIV)، أو</li> <li>• يعانون من خطر متزايد بالعدوى بفيروس (HIV).</li> </ul> <p>فيما يتعلق بالنساء الحوامل، ندفع ما يصل إلى ثلاثة اختبارات فحص فيروس نقص المناعة البشرية أثناء فترة الحمل.</p> <p>ندفع أيضاً مقابل فحص نقص مناعة مكتسبة إضافي عندما يوصي بها موفر الرعاية الخاص بك.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>رعاية وكالة الصحة المنزلية*</b></p> <p>قبل الحصول على خدمات الصحة المنزلية، يجب أن يخبرنا الطبيب أنك تحتاج إليها ويجب تقديمها من خلال وكالة صحة منزلية. يجب أن تلتزم منزلك، الأمر الذي يعني أن مغادرتك للمنزل تمثل بالنسبة لك جهداً كبيراً. ندفع مقابل الخدمات التالية وقد تكون هناك خدمات أخرى لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات التمريض المتخصصة وخدمات المساعدة الصحية المنزلية الجزئية أو المتقطعة (لكي تخضع للتغطية بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يكون إجمالي خدمات التمريض المتخصصة وخدمات المساعدة الصحية المنزلية أقل من 8 ساعات يومياً و 35 ساعة أسبوعياً)</li> <li>• العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب</li> <li>• الخدمات الطبية والاجتماعية</li> <li>• الأجهزة والمستلزمات الطبية</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>
\$0	<p><b>علاج الحقن المنزلي</b></p> <p>تدفع خطتنا مقابل علاج الحقن المنزلي والتي تُعرّف بأنها الأدوية أو المواد البيولوجية التي يتم إعطاؤها في الوريد أو يتم إعطاؤها تحت الجلد ويتم تقديمها لك في المنزل. هناك حاجة إلى ما يلي للقيام بالحقن المنزلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• العقار الدوائي أو المادة البيولوجية مثل مضادات الفيروسات أو الجلوبيولين المناعي؛</li> <li>• المعدات مثل مضخة؛ و</li> <li>• المستلزمات مثل الأنابيب أو القسطرة.</li> </ul> <p>تقوم الخطة بتغطية خدمات الحقن المنزلي التي تتضمن ولكن لا تقتصر على:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخدمات المهنية بما في ذلك خدمات التمريض التي يتم تقديمها بموجب خطة رعايتك؛</li> <li>• تدريب العضو وتنقيفه غير مشمول أصلاً في مزايا DME؛</li> <li>• المراقبة عن بُعد؛ و</li> <li>• خدمات المراقبة لتقديم علاج الحقن المنزلي وأدوية الحقن المنزلي التي يقوم بتقديمها مزود علاجي حقن منزلي مؤهل.</li> </ul>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>عندما تسجل في برنامج رعاية مرضى الأمراض العضال والمعتمد من Medicare، يتم دفع تكلفة خدمات رعاية مرض الأمراض العضال وخدماتك بالقسمين A و B التي ترتبط بمرضك غير القابل للشفاء عبر خطة Original Medicare، وليس L.A. Care Medicare Plus</p> <p>أنت تدفع \$0 لخدمات استشارات رعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط).</p>	<p><b>رعاية المرضى بالأمراض العضال</b></p> <p>لك الحق في اختيار وسيلة رعاية المرضى بالأمراض العضال إذا قرر موفر ومسؤول إدارة الرعاية الطبية للمحتضرين تشخيص حالتك بأنها متأخرة. وهذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ويُتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج رعاية المرضى بالأمراض العضال معتمد لدى برنامج Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية مرضى الأمراض العضال المعتمدة لدى برنامج Medicare في منطقة خدمات الخطة. يمكن لطبيب رعاية المرضى بالأمراض العضال أن يكون موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة.</p> <p>تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• العقاقير الدوائية لعلاج الأعراض والألم</li> <li>• الرعاية قصيرة الأجل</li> <li>• الرعاية المنزلية</li> </ul> <p><b>خدمات مرضى الأمراض العضال والخدمات الخاضعة للتغطية في القسم A من برنامج Medicare والقسم B من برنامج Medicare التي تتعلق بحالتك المتأخرة ترسل فواتيرها إلى برنامج Medicare.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• راجع القسم F من هذا الفصل لمزيد من المعلومات.</li> </ul> <p><b>بالنسبة إلى الخدمات التي تغطيها خطتنا ولكن لا يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. نحن نغطي الخدمات سواء كانت متعلقة بمرضك غير المرجو شفاؤه أم لا. أنت تدفع لا شيء مقابل هذه الخدمات.</li> </ul> <p><b>بالنسبة للأدوية التي قد تكون خاضعة لتغطية مزايا القسم D من برنامج Medicare الذي تقدمه خطتنا:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا تتم تغطية العقاقير من قبل رعاية مرضى الأمراض العضال وخطتنا في الوقت نفسه. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع <b>الفصل 5</b> من كتيب الأعضاء.</li> </ul> <p><b>ملحوظة:</b> إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للألام والتي توفر رعاية تعتمد على الفريق وتركز على المريض والأسرة لتحسين نوعية حياتك. يمكنك الحصول على الرعاية المخففة للألام في نفس الوقت الذي تحصل فيه على الرعاية العلاجية/العادية. يرجى الاطلاع على قسم الرعاية التلطيفية أدناه للحصول على مزيد من المعلومات.</p> <p><b>ملحوظة:</b> إذا احتجت لرعاية لا تتعلق برعاية المرضى بالأمراض العضال، فيجب عليك الاتصال بمنسق الرعاية و/أو خدمة العملاء لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق برعاية المرضى بالأمراض العضال عبارة عن رعاية لا تتعلق بحالتك التي لا يرجى شفاؤها.</p> <p>تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية لماوى الرعاية المخصص لأمراض العضال (مرة واحدة فقط) المقدمة لعضو مصاب بمرض عضال ممن لم يختاروا ميزة المرضى بالأمراض العضال.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p>	<p><b>التطعيمات</b> </p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التحصين باللقاحات ضد الالتهاب الرئوي</li> <li>• لقاحات فلو/الأنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم فلو/أنفلونزا في الخريف والشتاء مع لقاحات فلو/أنفلونزا إضافية إذا كان الأمر ضروري من الناحية الطبية</li> <li>• التحصين باللقاحات ضد مرض التهاب الكبد الوبائي B، إذا كان هناك احتمال كبير أو متوسط لتعرضك للإصابة بالتهاب الكبد الوبائي B</li> <li>• لقاحات مرض COVID-19</li> <li>• لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV)</li> <li>• التحصينات باللقاحات الأخرى إذا كنت عرضة لخطر الإصابة وكانت متوافقة مع قواعد تغطية القسم B في برنامج Medicare</li> </ul> <p>ندفع ثمن اللقاحات الأخرى التي تندرج ضمن قواعد القسم D في برنامج Medicare. راجع <b>الفصل 6</b> من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد.</p>
<p>\$0</p>	<p><b>خدمات الدعم المنزلية مع Papa Pals</b></p> <p>تدفع خطتنا ما يصل إلى 60 ساعة سنويًا مقابل خدمات الدعم المنزلية. خدمة الدعم المنزلي هي عبارة عن ميزة تقدمها مرافقات معتمدة ومدربة (Papa Pals)، والتي تقدم المساعدة مباشرة إلى الباب الأمامي. فهم يقدمون المساعدة في الأنشطة اليومية مثل النقل (إلى مواعيد الطبيب أو الصيدلية أو أي مكان آخر قد تحتاج إلى الذهاب إليه) ودعم الرعاية والمساعدة التكنولوجية والمساعدة في التنقل بين مزايا خطة الرعاية الصحية والمساعدة المنزلية الخفيفة وبالطبع التفاعل الاجتماعي.</p> <p>لمزيد من المعلومات يرجى زيارة <a href="https://www.papa.com/member-central">https://www.papa.com/member-central</a>.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p> <p>يجب عليك الحصول على موافقة من خطتنا للحصول على رعاية العيادات الداخلية في مستشفى خارج نطاق الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.</p>	<p>رعاية المرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى* سندفع مقابل الخدمات التالية وخدمات أخرى ضرورية من الناحية الطبية لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية)</li> <li>• الوجبات بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة</li> <li>• خدمات التمريض المنتظمة</li> <li>• تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات الرعاية المركزة أو الخاصة بأمراض الشريان التاجي</li> <li>• العقاقير الدوائية والأدوية</li> <li>• الفحوص المخبرية</li> <li>• خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى</li> <li>• المستلزمات الطبية والجراحية المطلوبة</li> <li>• الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة</li> <li>• خدمات غرفة العمليات وغرفة الإنعاش</li> <li>• العلاج الطبيعي والمهني وعلاج التخاطب</li> <li>• خدمات علاج تعاطي المخدرات داخل المستشفى</li> <li>• في معظم الحالات، الأنواع التالية من زراعة الأعضاء: القرنية والكلية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة والنخاع العظمي والخلايا الجذعية واستئصال سرطان القولون.</li> </ul> <p>تُتبع هذه المزاي على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>تلقي الرعاية داخل المستشفى* (متابعة)</b></p> <p>إذا كنت بحاجة إلى إجراء عملية زرع، سيراجع مركز زرع معتمد من برنامج Medicare حالتك، ومن ثم يقرر إذا كنت مرشحاً لعملية الزرع أم لا. قد يكون موفرو عمليات الزرع محليين أو من خارج منطقة نطاق الخدمة. إذا كان موفرو عمليات الزرع المحليون مستعدين لقبول الأجر المحدد من قِبل برنامج Medicare، حينها يمكنك تلقي خدمات عمليات الزرع محلياً أو في مكان بعيد تقترحه الخطة. في حال توفير خطتنا خدمات زراعة الأعضاء خارج نمط الرعاية لمجتمعنا وقد اخترت إجراء زراعة العضو هناك، نقوم بترتيب الأمر والدفع مقابل تكاليف السكن والسفر لك ولشخص آخر.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه</li> <li>• خدمات الطبيب المعالج</li> </ul> <p><b>ملحوظة:</b> لكي يتم التعامل معك بوصفك مريض يتلقى العلاج داخل المستشفى، يجب أن يكتب موفر الرعاية طلباً لإدخالك إلى المستشفى رسمياً كمريض يتلقى العلاج داخل المستشفى. حتى إذا مكثت في المستشفى طوال الليل، فسيظل التعامل معك بوصفك "مريض عيادة خارجية". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريض عيادات خارجية أو مريض يتلقى العلاج داخل المستشفى، ينبغي أن تستفسر عن ذلك من العاملين في المستشفى.</p> <p>يمكنك كذلك العثور على مزيد من المعلومات في ملخص بيانات Medicare المُسمى "هل أنت مريض تتلقى العلاج داخل المستشفى أم مريض عيادة خارجية؟ إذا كان لديك برنامج Medicare – اسأل!". تتوفر هذه النشرة على <a href="https://www.es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospitals-Benefits.pdf">es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospitals-Benefits.pdf</a> أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY، الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجاناً على مدار 24 ساعة يومياً، و 7 أيام في الأسبوع.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات تلقي العلاج داخل مستشفى الأمراض النفسية</b></p> <p>ندفع مقابل خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية المستقلة، نقوم بالدفع مقابل أول 190 يوم. بعد ذلك، تدفع وكالة الصحة النفسية في المقاطعة الإقليمية مقابل الخدمات النفسية الداخلية الضرورية من الناحية الطبية. يتم التنسيق للرعاية ما بعد فترة 190 يوماً مع وكالة الصحة النفسية في المقاطعة الإقليمية.</li> <li>○ لا ينطبق الحد الذي يبلغ 190 يوماً على خدمات الصحة العقلية التي يتم توفيرها في وحدة الرعاية النفسية بمستشفى عام</li> <li>• إذا كنت تبلغ من العمر 65 عاماً أو أكبر، ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في مؤسسة الأمراض النفسية (Institute for Mental Diseases, IMD).</li> </ul>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>دخول المستشفى: الخدمات الخاضعة للتغطية في مستشفى أو مركز خدمات ترميز مهني (SNF) خلال تلقي العلاج في المستشفى غير الخاضعة للتغطية</b></p> <p>نحن لا ندفع تكاليف تلقي علاجك داخل المستشفى إذا كنت قد استخدمت كافة مزايا تلقي العلاج في المستشفى المخصصة لك أو إذا لم تكن معقولة وضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>ومع ذلك، ففي مواقف معينة حيث تكون رعاية المرضى داخل المستشفى غير خاضعة للتغطية، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أثناء إقامتك في المستشفى أو منشأة التمريض. لمعرفة المزيد، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. سندفع مقابل الخدمات التالية وقد تكون هناك خدمات أخرى لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الطبيب</li> <li>• الفحوص التشخيصية مثل الاختبارات المعملية</li> <li>• الأشعة السينية والمعالجة بالراديو والعلاج بالنظائر المشعة بما في ذلك المواد والخدمات التقنية</li> <li>• الضمادات الجراحية</li> <li>• الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع</li> <li>• أجهزة الأطراف الصناعية والتقويم، وغيرها من الأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. هذه هي الأجهزة التي تحل محل كل أو جزء من:             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو</li> <li>○ وظيفة عضو داخلي مُعطل أو به خلل وظيفي.</li> </ul> </li> <li>• الساق والذراع والظهر وسنادات الرقبة، والدعامات، والأرجل والأذرع والعيون الاصطناعية. وهذا يشمل التعديلات والإصلاحات وعمليات الاستبدال اللازمة بسبب التعرض لكسر أو اهتراء أو فقدان أو تغير في حالتك</li> <li>• العلاج البدني وعلاج التخاطب و العلاج المهني</li> </ul>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>مستلزمات وخدمات مرض الكلى*</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات التعليم الخاصة بمرض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدتك على اتخاذ قرارات جيدة بشأن رعايتك. يجب أن يكون لديك مرض الكلى المزمن بالدرجة IV ويجب على طبيبك إحالتك. نغطي لغاية ست جلسات من خدمات التعليم الخاصة بمرض الكلى.</li> <li>• علاجات غسيل الكلى في العيادات الخارجية، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتًا من منطقة الخدمة، كما هو موضح في <b>الفصل 3</b> من كتيب الأعضاء أو عندما يكون موفر الرعاية لهذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو يتعذر الوصول إليه.</li> <li>• علاج غسيل الكلى في المستشفى إذا تم إدخالك المستشفى باعتباره مريضًا مقيمًا لتلقي الرعاية الخاصة</li> <li>• التدريب على غسيل الكلى الذاتي لك ولأي شخص يساعدك في علاج غسيل الكلى بالمنزل</li> <li>• أجهزة غسيل الكلى بالمنزل ومستلزماتها</li> <li>• خدمات دعم منزلي محددة، مثل الزيارات الضرورية التي يقوم بها أخصائيو غسيل الكلى المدربون لمتابعة غسيل الكلى بالمنزل، وللمساعدة في الحالات الطارئة، وللتحقق من أجهزة غسيل الكلى والإمدادات المائية.</li> </ul> <p>تدفع مزايا الأدوية للقسم B من برنامج Medicare مقابل بعض الأدوية الخاصة بالغسيل. للمعلومات، راجع "الأدوية المقررة بوصفة طبية للقسم B من برنامج Medicare" بهذا المخطط.</p> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>فحص سرطان الرئة</b> </p> <p>تدفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهر إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تبلغ من العمر 50-77، و</li> <li>• كانت لديك مراجعة استشارة واتخاذ قرار مع طبيبك أو موفر رعاية آخر مؤهل و</li> <li>• قمت بالتدخين على الأقل علبة 1 في اليوم لمدة 20 سنة بدون ظهور علامات على وجود سرطان في الرئة أو تدخن الآن أو تركت التدخين خلال آخر 15 سنة</li> </ul> <p>بعد الفحص الأول، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل سنة بموجب طلب خطي من طبيبك أو مقدم رعاية آخر مؤهل.</p>
\$0	<p><b>مزايا الوجبات</b></p> <p>توفر خطتنا وجبات صحية مصممة خصيصاً لتلبية احتياجاتك الصحية. ستحصل على ما يصل إلى 12 أسبوعاً من الوجبات التي يتم إرسالها مباشرة إلى منزلك. قد تكون مؤهلاً إذا كنت تلي أحد المعايير التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ مرض أو حالة صحية طويلة الأمد. قد يشمل ذلك مرض السكري، أو السرطان أو السكتة الدماغية أو قصور القلب أو حالات أخرى في القلب. وقد يشمل هذا أيضاً بعض مشاكل الرئة، أو فيروس نقص المناعة البشرية HIV أو احتياجات الصحة العقلية.</li> <li>○ خروج حديث من المستشفى أو دار المسنين.</li> <li>○ احتياجات صحية واسعة النطاق تحتاج إلى إدارة.</li> </ul> <p>أثناء البرنامج، يجب أن تكون قادراً على استلام وجبة طعام كل أسبوع. وسوف تحتاج أيضاً إلى تخزين الوجبات وإعدادها بشكل صحيح. قد تنطبق قيود أخرى.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>العلاج بالتغذية الطبية</b> </p> <p>هذه الميزة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أو أمراض الكلى دون غسيل الكلى. كما أنها خاصة بما يلي عملية زرع الكلى عند الإحالة من جانب الطبيب الخاص بك.</p> <p>ندفع مقابل ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الثنائية خلال العام الأول الذي تتلقى فيه خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare. من الممكن أن نعتمد خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>ندفع مقابل ساعتين من الخدمات الاستشارية الفردية كل عام بعد ذلك. في حال تغير حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فإنه يمكنك الحصول على ساعات إضافية من العلاج مع إحالة طبيبك. يجب أن يصف طبيب هذه الخدمات وتجديد الإحالة كل عام إذا كنت بحاجة إلى علاج في السنة التقويمية التالية. من الممكن أن نعتمد خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p>
\$0	<p><b>برنامج Medicare للوقاية من السكري (MDPP)</b> </p> <p>تدفع خطتنا مقابل خدمات برنامج Medicare للوقاية من السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP). إن MDPP مصممة لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. ويوفر تدريب عملي على:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• تغيير الحمية طويل الأجل و</li> <li>• زيادة الجهد البدني و</li> <li>• طرق الحفاظ على نقصان الوزن ونمط حياة صحي.</li> </ul>

الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>العقاقير الدوائية في الوصفات الطبية من القسم B في برنامج Medicare</b></p> <p>تخضع هذه العقارات الدوائية للتغطية بموجب القسم B من برنامج Medicare. تدفع خطتنا مقابل العقاقير الدوائية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• العقاقير التي لا تعطى لنفسك عادةً ويتم حقنها أو حقنها خلال تلقي الخدمات في عيادة الطبيب أو في العيادات الخارجية التابعة للمستشفى أو في مراكز جراحات متنقل</li> <li>• الأنسولين الذي يعطى من خلال إحدى أدوات المعدات الطبية المُعمّرة (مثل مضخة أنسولين ضرورية من الناحية الطبية)</li> <li>• العقاقير الدوائية الأخرى التي تتناولها باستخدام الأجهزة الطبية المعمرة (مثل جهاز استنشاق الرذاذ) المصرح بها من خطتنا</li> <li>• عقار الزهايمر، ليكمبي (ليكاناماب مكافئ) والذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد (IV)</li> <li>• عوامل تجلط الدم التي تأخذها بنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من مرض نزف الدم</li> <li>• زراعة الأعضاء/ العقاقير الدوائية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare العلاج الدوائي لزراعة الأعضاء إذا كان برنامج Medicare يدفع تكاليف زراعة الأعضاء الخاصة بك. يجب أن يكون لديك القسم A في وقت إجراء عملية زرع الأعضاء المغطاة، ويجب أن يكون لديك القسم B في الوقت الذي تحصل فيه على العقاقير الدوائية المثبطة للمناعة. يغطي القسم D في برنامج Medicare العقاقير الدوائية المثبطة للمناعة إذا كان القسم B لا يغطيها</li> <li>• العقاقير الدوائية لهشاشة العظام التي يتم حقنها. ندفع مقابل هذه العقاقير الدوائية في حال كنت حبيس المنزل وكان لديك كسرًا بالعظم يصدق الطبيب على أنه له علاقة هشاشة العظام بعد انقطاع الطمث ولا يمكنك حقن الدواء بنفسك</li> <li>• بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا قام الطبيب بإعدادها وقام شخص مُعلم بشكل صحيح (قد تكون أنت المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب</li> </ul> <p>تُتبع هذه المزايا على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>العقاقير الدوائية المقررة بوصفات طبية في القسم B في برنامج Medicare (متابعة)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• بعض أدوية السرطان الفموية: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان الفموية التي تتناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحاً في شكل قابل للحقن أو كان الدواء عبارة عن دواء أولي (شكل فموي من الدواء يتحلل عند تناوله إلى نفس المادة الفعالة الموجودة في الدواء القابل للحقن). مع توفر أدوية جديدة لعلاج سرطان الفم، فإن القسم B قد يغطيها. إذا كان القسم B لا يغطيها فإن القسم D يغطيها</li> <li>• العقاقير الدوائية المضادة للعثيان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare الأدوية المضادة للعثيان عن طريق الفم التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل أو أثناء أو خلال 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو تم استخدامها كبديل علاجي كامل لعقار دوائي مضاد للعثيان عن طريق الوريد</li> <li>• بعض أدوية مرض الفشل الكلوي في المرحلة النهائية (End-Stage Renal Disease, ESRD) عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحاً في شكل قابل للحقن وتغطي ميزة القسم B مرض (ESRD)</li> <li>• الأدوية المحاكية للكالسيوم في إطار نظام دفع ESRD، بما في ذلك الدواء الوريدي بارسابيف، والدواء الفموي سينسيبار</li> <li>• بعض العقاقير الدوائية المستخدمة في غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، ومضاد الهيبارين (عندما يكون ذلك ضرورياً من الناحية الطبية) والمخدرات الموضعية</li> <li>• عوامل تحفيز تكون الكريات الحمراء: يغطي برنامج Medicare حقن الإريثروبويتين إذا كنت تعاني من ESRD أو كنت بحاجة إلى هذا العقار الدوائي لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى</li> <li>• الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية</li> <li>• التغذية الوريدية والمعوية (IV والأنبوبية)</li> </ul> <p>يأخذك الرابط التالي إلى قائمة من أدوية القسم B في برنامج Medicare التي يمكن أن تكون خاضعة للعلاج المرهلي: <a href="http://medicare.lacare.org">medicare.lacare.org</a>.</p> <p>تتبع هذه المزايا على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>العقاقير الدوائية في الوصفات الطبية من القسم B في برنامج Medicare (متابعة)</b></p> <p>وكذلك نغطي بعض اللقاحات بموجب مزايا القسم B في برنامج Medicare ومعظم لقاحات البالغين بموجب مزايا العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare المقررة بوصفة طبية.</p> <p><b>الفصل 5</b> من كيتيب الأعضاء يوضح مزايا العقاقير المقررة بوصفة طبية في العيادات الخارجية الخاصة بنا. إذ يوضح القواعد التي يجب عليك اتباعها كي تتم تغطية الوصفات الطبية.</p> <p><b>الفصل 6</b> من كيتيب الأعضاء يوضح ما تقوم بدفعه مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية في العيادات الخارجية من خلال خطتنا.</p>
\$0	<p><b>الرعاية في مرفق التمريض*</b></p> <p>دار المسنين (nursing facility, NF) هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى دخول المستشفى.</p> <p>تتضمن الخدمات التي ندفع مقابلها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا ما كان استخدامها ضرورياً من الناحية الطبية)</li> <li>• الوجبات بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة</li> <li>• خدمات التمريض</li> <li>• العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب</li> <li>• علاج الجهاز التنفسي</li> <li>• العقاقير الدوائية التي تقدم لك كجزء من برنامج الرعاية الخاص بك. (وهذا يتضمن المواد المتوفرة بشكل طبيعي في الجسم مثل عوامل تجلط الدم).</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه</li> <li>• المستلزمات الطبية والجراحية الضرورية التي تعطيها عادةً دور المسنين</li> </ul> <p>تتبع هذه المزايا على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>الرعاية في دار للمسنين* (متابعة)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الاختبارات المعملية التي تجريها عادةً دور المسنين</li> <li>• خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها عادةً دور المسنين</li> <li>• استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً دور المسنين</li> <li>• خدمات الطبيب المعالج/الممارس</li> <li>• الأجهزة الطبية المُعمّرة</li> <li>• خدمات طب الأسنان بما فيها تركيب الأطقم</li> <li>• المزاي البصرية</li> <li>• فحوصات السمع</li> <li>• الرعاية التقييمية للعمود الفقري</li> <li>• خدمات طب الأقدام</li> </ul> <p>ستحصل عادةً على الرعاية من مرافق تابعة للشبكة. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دار المسنين أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلاً قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي تقدمها دار المسنين).</li> <li>• دار المسنين حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>
\$0	<p><b>فحوصات السمنة وعلاجها للحفاظ على وزن منخفض</b></p> <p>إذا كان مؤشر كتلة الجسم يساوي 30 أو أكثر، ندفع مقابل جلسات الاستشارة للمساعدة على فقدان الوزن. يجب عليك الحصول على جلسات الاستشارة في سياق رعاية أولية. وبهذه الطريقة، يمكن أن تدرج هذه الخدمة ضمن خطة الوقاية الكاملة. تحدث إلى مقدم الخدمة الأولي الخاص بك للاطلاع على المزيد.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات برنامج علاج تعاطي الأفيون (OTP)</b> تدفع خطتنا مقابل الخدمات التالية لعلاج اضطراب تعاطي الأفيون (Opioid Use Disorder, OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• أنشطة التسجيل</li> <li>• التقييمات الدورية</li> <li>• الأدوية المعتمدة من قبل (Food and Drug Administration, FDA) وإدارتها وإعطائك هذه الأدوية، إذا كان ذلك ينطبق</li> <li>• استشارة اضطراب تعاطي المخدرات</li> <li>• علاج فردي وجماعي</li> <li>• اختبار الأدوية أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السمية)</li> </ul>
\$0	<p><b>الفحوصات التشخيصية في العيادات الخارجية والخدمات العلاجية والمستلزمات*</b> سندفع مقابل الخدمات التالية وخدمات أخرى ضرورية من الناحية الطبية لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأشعة السينية</li> <li>• العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة) بما في ذلك المواد</li> <li>• الصرفيات المخصصة للممارسين الفنيين</li> <li>• المستلزمات الجراحية مثل الضمادات</li> <li>• الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع</li> <li>• الفحوص المخبرية</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه</li> <li>• الاختبارات التشخيصية الأخرى بالعيادات الخارجية</li> </ul> <p>التصريح المسبق والإحالة مطلوبة باستثناء للإجراءات والخدمات التشخيصية المرتبطة COVID-19.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى*</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات الضرورية طبياً التي تتلقاها من قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص المرض أو الإصابة أو علاجها، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية مثل عمليات العيادات الخارجية أو خدمات المراقبة <ul style="list-style-type: none"> <li>○ تساعد خدمات المراقبة طبيبك على معرفة فيما إذا كنت بحاجة إلى دخول إلى المستشفى "لتلقي العلاج داخل المستشفى".</li> <li>○ أحياناً يمكن أن تمكث في المستشفى خلال الليل ومع ذلك تبقى مريض "عيادات خارجية".</li> <li>○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضاً داخلياً أو خارجياً في صحيفة الحقائق هذه: <a href="https://www.es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf">es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf</a></li> <li>• الفحوصات المخبرية والتشخيصية التي أرسل المستشفى فاتورة بها</li> <li>• الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج الجزئي بالمستشفى، إذا شهد الطبيب بأن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوباً بدونها</li> <li>• الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي يرسل المستشفى فاتورة بها</li> <li>• المستلزمات الطبية مثل الجبائر بأنواعها</li> <li>• الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في مخطط المزاي</li> <li>• بعض العقاقير الدوائية التي لا يمكنك تناولها بنفسك</li> </ul> </li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>رعاية الصحة النفسية للمرضى الخارجيين*</b></p> <p>ندفع مقابل خدمات الرعاية الصحية العقلية التي يقدمها:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• طبيب أمراض نفسية مُرخص له من قبل الولاية أو طبيب</li> <li>• أخصائي في علم النفس السريري</li> <li>• أخصائي اجتماعي سريري</li> <li>• أخصائي تمرير سريري</li> <li>• مستشار مهني مرخص (licensed professional counselor, LPC)</li> <li>• معالج زواج و عائلة مرخص (licensed marriage and family therapist, LMFT)</li> <li>• ممارس تمرير (NP, nurse practitioner)</li> <li>• الطبيب مساعد (physician assistant, PA)</li> <li>• أي أخصائي آخر في الرعاية الصحية العقلية مُهل من قبل برنامج Medicare على النحو المصرح بموجب القوانين السارية في الولاية</li> </ul> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية وقد تكون هناك خدمات أخرى لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات العيادة</li> <li>• المعالجة النهارية عندما تلبى معايير الضرورة الطبية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة.</li> <li>• خدمات إعادة التأهيل النفسية الاجتماعية - عند تلبية معايير الضرورة الطبية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة</li> <li>• برامج العلاج الجزئي بالمستشفى أو برامج مرضى العيادات الخارجية المكثفة</li> <li>• تقييم وعلاج الصحة العقلية للأفراد والمجموعات</li> <li>• الاختبارات النفسية عندما توصف سريريًا لتقييم نتائج الصحة العقلية</li> <li>• خدمات العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالعقاقير الدوائية</li> <li>• معمل العيادات الخارجية والأدوية والمستلزمات والمكملات الغذائية</li> <li>• استشارات العلاج النفسي</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات إعادة التأهيل للمريض الخارجي*</b></p> <p>ندفع مقابل خدمات العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل الصحي لمرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، وعيادات المعالجين المستقلين، ومراكز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (comprehensive outpatient rehabilitation facilities, CORF)، وأماكن أخرى.</p> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>
\$0	<p><b>خدمات اضطراب استعمال العقاقير لمرضى العيادات الخارجية*</b></p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية وقد تكون هناك خدمات أخرى لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الفحص والإرشاد والتوجيه لحالات تعاطي الكحول</li> <li>• علاج إساءة استخدام العقاقير الدوائية</li> <li>• استشارات فردية أو جماعية على يد طبيب مؤهل</li> <li>• علاج الإدمان شبه الحاد في برنامج الإدمان أثناء الإقامة</li> <li>• خدمات المخدرات و/أو الكحوليات في مراكز علاج العيادات الخارجية المركزة</li> <li>• علاج نالتريكسون ممتد المفعول (vivitrol)</li> </ul>
\$0	<p><b>جراحة مرضى العيادات الخارجية*</b></p> <p>ندفع مقابل العمليات الجراحية في العيادات الخارجية والخدمات التي يتم توفيرها في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز جراحات اليوم الواحد.</p> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>الرعاية المخففة للآلام</b></p> <p>تتم تغطية الرعاية المخففة للآلام من خلال خطتنا. الرعاية المخففة للآلام مخصصة للأشخاص الذين يعانون من أمراض خطيرة. إنه يوفر رعاية تركز على المريض والأسرة وتعمل على تحسين نوعية الحياة من خلال توقع المعاناة والوقاية منها وعلاجها. إن الرعاية المخففة للآلام ليست رعاية الأمراض العضال، وبالتالي ليس من الضروري أن يكون متوسط العمر المتوقع لديك ستة أشهر أو أقل حتى تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للآلام. يتم توفير الرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت الذي تحصل فيه على الرعاية العلاجية/العادية.</p> <p>تتضمن الرعاية المخففة للآلام ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التخطيط المسبق للرعاية</li> <li>• تقييم الرعاية المخففة للآلام والاستشارة</li> <li>• خطة رعاية تشمل جميع أشكال الرعاية المخففة للآلام والعلاجية المعتمدة، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية والخدمات الاجتماعية الطبية</li> <li>• الخدمات المقدمة من فريق الرعاية المخصص لك</li> <li>• تنسيق الرعاية</li> <li>• إدارة الألم والأعراض</li> </ul> <p>قد لا تتمكن من الحصول على رعاية الأمراض العضال والرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت إذا كان عمرك يزيد عن 21 عامًا. إذا كنت تحصل على الرعاية المخففة للآلام وتستوفي شروط الأهلية لرعاية الأمراض العضال، فيمكنك طلب التغيير إلى رعاية الأمراض العضال في أي وقت.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات دخول المستشفى جزئياً وخدمات العيادات الخارجية المكثفة*</b></p> <p>دخول المستشفى جزئياً عبارة عن برنامج مهيكّل للعلاج النشط المتعلق بالطب النفسي. وهو يُقدّم كخدمة مرضى العيادات الخارجية أو من خلال مراكز مجتمعية للصحة العقلية. إنها أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في مكتب طبيبك، أو معالجك، أو معالج الزواج والأسرة المرخص (LMFT)، أو مكتب المستشار المهني المرخص. ويمكن أن يساعدك في أن تتجنب الإقامة بالمستشفى.</p> <p>الخدمة المكثفة لمرضى العيادات الخارجية هي برنامج منظم للعلاج السلوكي النشط (العقلي) يتم تقديمه كخدمة للمرضى الخارجيين في المستشفى أو مركز مجتمعي للصحة العقلية أو مركز صحي محلي مؤهل أو عيادة صحية ريفية وهي أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في مكتب طبيبك أو معالجك أو معالج الزواج والأسرة المرخص أو مستشار مهني مرخص، ولكنها أقل كثافة من دخول المستشفى جزئياً.</p>
\$0	<p><b>نظام الاستجابة للحالات الشخصية الطارئة (PERS)</b></p> <p>التغطية لنظام الاستجابة للحالات الشخصية الطارئة لمرة واحدة (Personal Emergency Response System, PERS) نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية هو نظام مراقبة تنبيه طبي يوفر إمكانية الوصول إلى المساعدة على مدار 7/24 بضغطة زر.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب*</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبياً المقدمة في أماكن مثل:</li> <li>• عيادة الطبيب المعالج</li> <li>• مركز معتمد لجراحات اليوم الواحد</li> <li>• أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى</li> <li>• الاستشارة والتشخيص والعلاج على يد متخصص</li> <li>• اختبارات التوازن والسمع الأساسية على يد موفر الرعاية الأولية أو أخصائي في حال طلبها طبيبك لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى العلاج</li> <li>• الخدمات الصحية عبر الهاتف محددة بما في ذلك تلك المتعلقة بنزلات البرد والإنفلونزا والسعال والجيوب الأنفية والتهابات الصدر والحساسية والجلد والحمى والتهاب الحلق والأذن.</li> <li>○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال الزيارات الشخصية إلى موفر الرعاية الأولية الخاص بك أو من خلال الخدمات الصحية عبر الهاتف. إذا اخترت الحصول على تلك الخدمات من خلال الخدمات الصحية عبر الهاتف، فيجب أن تستخدم موفر رعاية تابع للشبكة يقدم الخدمة من خلال الخدمات الصحية عبر الهاتف. قد يعرض PCP الخاص بك أو مجموعة PCP الطبية خدمات الرعاية الصحية عبر الهاتف. يجب عليك التحدث مع موفر الرعاية للتحقق مما إذا كان يقدم الخدمات الصحية عبر الهاتف.</li> <li>○ الاستشارات الهاتفية: سيقوم Teladoc بتزويد الأعضاء بوصول مجاني غير محدود إلى استشارات هاتفية من خلال أطباء معالجين مرخصين من قبل الولاية من خلال الاتصال على الرقم 1-800-835-2362 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع.</li> </ul> <p>تتبع هذه المزاي على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب* (متابعة)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ استشارات الفيديو: سيقوم Teladoc بنزويد الأعضاء بالوصول إلى استشارات فيديو سرية وآمنة من قبل طبيب معالج، يكون مرخص في الولاية التي يتواجد فيها العضو، من الساعة 7 صباحاً إلى 9 مساءً/ 7 أيام في الأسبوع. (استشارات الفيديو متاحة عن طريق تنزيل تطبيق Teladoc على جهازك المحمول. احصل على التطبيق من خلال التوجه إلى <a href="https://www.teladoc.com/mobile/">https://www.teladoc.com/mobile/</a></li> <li>• الخدمات الصحية عبر الهاتف للزيارات الشهرية المتعلقة بالفشل الكلوي في المراحل النهائية (ESRD) لأعضاء غسيل الكلى المنزلي في مركز غسيل كلى تابع للمستشفى أو مركز غسيل كلى للحالات الحرجة أو مرفق غسيل كلى أو في المنزل.</li> <li>• الخدمات الصحية عبر الهاتف لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية</li> <li>• الخدمات الصحية عبر الهاتف للأعضاء المصابين باضطراب تعاطي المخدرات أو اضطراب الصحة العقلية المصاحب</li> <li>• الخدمات الصحية عبر الهاتف لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها إذا:</li> <li>• لديك زيارة شخصية خلال 6 أشهر قبل زيارتك الأولى للخدمات الصحية عبر الهاتف</li> <li>• لديك زيارة شخصية كل 12 شهراً أثناء تلقي الخدمات الصحية عبر الهاتف هذه</li> <li>• يمكن إجراء استثناءات لما سبق لظروف معينة</li> <li>• خدمات الرعاية الصحية عبر الهاتف لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المؤهلة محلياً.</li> </ul> <p>تتبع هذه المزاي على الصفحة التالية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p><b>خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب* (متابعة)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص افتراضي (مثل، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 10-5 دقائق إذا:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ لم تكن مريضاً جديداً و</li> <li>◦ الفحص الطبي ليس له علاقة بزيارة مكتبية خلال آخر 7 أيام و</li> <li>◦ الفحص الطبي لا يؤدي إلى زيارة مكتبية خلال 24 ساعة أو من أقرب موعد متوفر</li> </ul> </li> <li>• تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وترجمة فورية ومتابعة من قبل طبيبك خلال 24 ساعة إذا:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ لم تكن مريضاً جديداً و</li> <li>◦ التقييم ليس له علاقة بزيارة مكتبية خلال آخر 7 أيام و</li> <li>◦ التقييم لا يؤدي إلى زيارة مكتبية خلال 24 ساعة أو من أقرب موعد متوفر.</li> </ul> </li> <li>• استشارة لطبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو سجلات صحية إلكترونية إذا لم تكن مريضاً جديداً</li> <li>• رأي ثان من موفر رعاية آخر تابع للشبكة قبل إجراء عملية جراحية</li> <li>• علاج الأسنان غير الروتيني. تقتصر الخدمات الخاضعة للتغطية على ما يلي:             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ جراحة الفك أو البنى ذات الصلة</li> <li>◦ جبر كسور الفك أو عظام الوجه</li> <li>◦ خلع الأسنان قبل العلاج الإشعاعي من مرض السرطان الورمي</li> <li>◦ الخدمات التي تكون خاضعة للتغطية عندما يقدمها طبيب معالج</li> </ul> </li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>
\$0	<p><b>خدمات طب الأقدام*</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهماز العقب)</li> <li>• رعاية روتينية للقدم للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية تؤثر على الساقين، مثل مرض السكري</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات طب الأقدام الروتينية*</b></p> <p>تغطي خطتنا ما يصل إلى 12 زيارة روتينية للعناية بالقدم كل عام لأمراض الأقدام التي لا يغطيها برنامج Medicare ولا يغطيها برنامج Medi-Cal.</p> <p>يمكن أن تشمل العناية الروتينية بالقدم ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• قص أو إزالة مسامير اللحم والدُّشَبَات</li> <li>• تقليم الأظافر أو قصها أو تقليمها</li> </ul> <p>صيانة صحية أو غيرها من الصيانة الوقائية مثل التنظيف ونقع قدميك</p> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>
\$0	<p><b>اختبارات فحص سرطان البروستات</b></p> <p>للرجال في سن 50 وأكثر، ندفع مقابل الخدمات التالية مرةً كل 12 شهراً:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص رقمي للمستقيم</li> <li>• اختبار المستضد البروستاتي النوعي (Prostate Specific Antigen, PSA)</li> </ul>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p>	<p><b>أجهزة الأعضاء الصناعية والأطراف الاصطناعية والتقويم والمستلزمات ذات الصلة*</b></p> <p>تحل الأجهزة التعويضية محل أي جزء من وظيفة أو جزء الجسم. يشمل هذا على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص أو تركيب أو تدريب على استخدام الأطراف الاصطناعية والتقويمية</li> <li>• أكياس فُغرة القولون وما يتعلق بها من مستلزمات مرتبطة بالرعاية الطبية لفغر القولون</li> <li>• التغذية المعوية والتغذية الوريدية، بما في ذلك حزم تزويد التغذية ومضخات الحقن والأنابيب والمحولات والمحالييل ومستلزمات الحقن الذاتية.</li> <li>• الناظمات</li> <li>• حمالات</li> <li>• الأحذية الخاصة بالأطراف الصناعية</li> <li>• الأذرع والسيقان الاصطناعية</li> <li>• الأتداء الاصطناعية (بما في ذلك الصديرية الجراحية بعد الخضوع لعملية استئصال الثدي)</li> <li>• الأطراف الاصطناعية لتحل محل جزء من أو كل واجهة أحد أعضاء الجسم تمت إزالته أو أصبح عاجزاً نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقي</li> <li>• كريم سلس البول والحفاضات</li> </ul> <p>ندفع مقابل بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية والأطراف الاصطناعية والتقويمية. وندفع مقابل إصلاح بعض الأجهزة التعويضية والأطراف الاصطناعية والتقويمية أو استبدالها.</p> <p>ونقدم تغطية جزئية تلي إزالة إعتام عدسة العين أو الجراحة الخاصة بها. راجع "رعاية الإبصار" لاحقاً في هذا الجدول للحصول على مزيد من التفاصيل.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>خدمات إعادة التأهيل الرئوي*</b></p> <p>ندفع مقابل برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) تتراوح شدته بين المتوسطة والحادة للغاية. يجب أن تحصل على إحالة لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو موفر الرعاية لمرض COPD. تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>
\$0	<p><b>فحوصات واستشارات الأمراض المعدية المنقولة جنسياً (STI)</b></p> <p>ندفع مقابل فحوصات الكلاميديا وداء السيلان ومرض الزهري والتهاب الكبد الوبائي B. وتخضع هذه الفحوصات للتغطية للنساء الحوامل وبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بمرض STI. يجب على موفر الرعاية الأولية طلب الاختبارات. نقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهراً أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل.</p> <p>ندفع أيضاً ما يصل إلى جلستين فرديتين من الجلسات الاستشارية السلوكية المباشرة عالية التكتيف سنوياً وذلك للبالغين الناشطين جنسياً والذين هم عرضة بصورة أكبر لخطر إصابة STI. يمكن أن تتراوح مدة الواحدة منها بين 20 و30 دقيقة. ندفع مقابل هذه الجلسات الاستشارية كخدمات وقائية فقط في حال أجريت مع موفر رعاية أولية. يجب أن تُجرى هذه الجلسات في مرفق رعاية أولية مثل عيادة طبيب.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF)*</b></p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية وقد تكون هناك خدمات أخرى لم يتم إدراجها هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• غرفة شبه خاصة أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية</li> <li>• الوجبات بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة</li> <li>• خدمات التمريض</li> <li>• العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب</li> <li>• العقاقير الدوائية التي توصف لك ضمن خطة الرعاية، وتتضمن المواد التي توجد عادةً في الجسم مثل عوامل تجلط الدم</li> <li>• الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه</li> <li>• المستلزمات الطبية والجراحية الضرورية التي تقدمها دار المسنين</li> <li>• الاختبارات المعملية التي تجريها دار المسنين</li> <li>• خدمات الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى التي تقدمها دار المسنين</li> <li>• الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها دار المسنين</li> <li>• خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية</li> </ul> <p>ستحصل عادة على الرعاية من مرافق تابعة للشبكة. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• دار المسنين أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلاً قبيل توجهك إلى المستشفى (بشرط أن يوفر الرعاية التي تقدمها دار المسنين)</li> <li>• دار المسنين حيث يعيش زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p> <b>الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ</b></p> <p>إذا كنت تستخدم التبغ لكن ليست لديك علامات أو أعراض لأمراض تتعلق بالتبغ، وتريد أو ترغب في الإقلاع:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. وهذه الخدمة مجانية لك. تشمل كل محاولة للإقلاع ما يصل إلى أربع زيارات استشارية شخصية.</li> <li>• إذا كنت تستخدم التبغ وكنت قد تم تشخيص حالتك بأنك تعاني من مرض متعلق بالتبغ أو تأخذ دواءً قد يتأثر بالتبغ:</li> <li>• ندفع مقابل استشارتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا. وتتضمن كل جلسة استشارة حتى أربعة زيارات وجهًا لوجه.</li> </ul>
\$0	<p><b>العلاج التدريبي تحت الإشراف (SET)*</b></p> <p>ندفع مقابل العلاج التدريبي تحت الإشراف (Supervised Exercise Therapy, SET) للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (peripheral artery disease, PAD).</p> <p>تدفع خطتنا مقابل ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لغاية 36 جلسة لغاية فترة 12 أسبوع في حال تلبية كافة متطلبات SET</li> <li>• 36 جلسة إضافية بعد الوقت إذا تم اعتبارها ضرورية طبية من قبل موفر رعاية صحية</li> </ul> <p>يجب أن يكون برنامج SET:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• جلسات تستغرق 30 إلى 60 دقيقة من برنامج تدريبي علاجي من أجل PAD للأعضاء الذين يعانون من تشنجات في الأقدام بسبب سوء تدفق الدم (العرج)</li> <li>• في سياق عيادات خارجية في المستشفى أو في عيادة الطبيب المعالج</li> <li>• يقدمها موظفين مؤهلين يتأكدون من أن المزاي تتجاوز الضرر ومدرّبين على العلاج التدريبي لحالات PAD</li> <li>• تحت إشراف مباشر من قبل طبيب معالج أو طبيب مساعد أو ممرض ممارس/ممرض سريري متخصص مدرّب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة</li> </ul> <p>تحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ</b></p> <p>تتيح هذه الميزة النقل الذي يعتبر الأكثر فاعلية من حيث التكلفة وفي المتناول. ويشتمل ذلك على ما يلي: الإسعاف وسيارة النفايات الصغيرة وخدمات النقل الطبي بالسيارة المزودة بكرسي المقعدين والتنسيق مع بارانترانسينت. يتم اعتماد أشكال النقل في حال:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• لا تسمح حالتك الطبية و/أو الجسدية بالتنقل على متن حافلة أو سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص و</li> <li>• التصريح المسبق قد يكون مطلوباً، بناءً على الخدمة.</li> </ul> <p>تعمل L.A. Care مع طبيبك لمساعدتك على تحديد مواعيد النقل التي تحتاج إليها للتنقل من وإلى خدمات L.A. Care Medicare Plus الخاضعة للتغطية. قد يتطلب تحديد الموعد قيام موفر الرعاية بتقديم طلب وموافقة L.A. Care. اتصل بقسم خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus على الرقم 1-833-522-3767 (TTY): 711، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات، للتعرف على المزيد عن خيارات النقل وكيفية حجز موعد توصيل.</p>
\$0	<p><b>النقل: النقل غير الطبي</b></p> <p>تتيح هذه المزايا النقل للخدمات الطبية بسيارة ركاب أو سيارة أجرة أو وسيلة أخرى من المواصلات العامة/الخاصة.</p> <p>النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة بما في ذلك التنقل إلى مواعيد الأسنان والحصول على العقاقير المقررة بوصفات طبية. لا تحد هذه المزايا من مزايا النقل الطبي في غير الطارئ.</p> <p>تستطيع L.A. Care مساعدتك على تحديد جدول النقل الذي تحتاج إليه للتنقل من وإلى خدماتك المشمولة بالتغطية من خلال L.A. Care Medicare Plus. اتصل بقسم خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus على الرقم 1-833-522-3767 (TTY): 711، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات، للتعرف على المزيد عن خيارات النقل وكيفية حجز موعد توصيل.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>الرعاية اللازمة بشكل عاجل</b></p> <p>الرعاية اللازمة بشكل عاجل هي الرعاية التي تُقدم لعلاج:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• حالة غير طارئة تلزم رعاية طبية فورية، أو</li> <li>• مرض غير متوقع أو</li> <li>• إصابة، أو</li> <li>• حالة تحتاج إلى رعاية فورية.</li> </ul> <p>إذا كانت حالتك تتطلب الرعاية اللازمة بشكل عاجل، يجب أن تحاول أولاً الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. ومع ذلك، يمكنك استخدام موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما يتعذر عليك الوصول إلى موفر رعاية تابع إلى الشبكة لأنه نظراً لوقتك أو مكانك أو ظروفك، فإنه من غير الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على خدمات من موفري رعاية تابعين إلى الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون بالخارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبياً لحالة غير مرئية ولكنها ليست حالة طبية طارئة).</p> <p>الخدمات التي تحتاج إليها بشكل طارئ أو عاجل مغطاة حول العالم بدون تصريح مسبق. سوف نغطي لغاية \$10,000 من التكاليف لكل سنة تقويمية. اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على معلومات إضافية.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>رعاية الإبصار</b> </p> <p><b>خدمات رعاية الإبصار الروتينية</b></p> <p>ندفع مقابل الخدمات الروتينية عند تقديمها من خلال شبكة موفري رعاية VSP. يرجى زيارة دليل موفري الرعاية للعثور على طبيب بالقرب منك. تتضمن المزايا الروتينية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• فحص روتيني للعيون* كل عام و</li> <li>• لغاية \$500 للنظارات الطبية (الإطارات والعدسات) أو حتى \$500 للعدسات اللاصقة كل سنتين</li> </ul> <p><b>الخدمات الخاضعة لتغطية Medicare*</b></p> <p>ندفع مقابل خدمات طبيب العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتهما. على سبيل المثال، يتضمن هذا فحوصات العين السنوية للمرضى ممن يعانون من اعتلال الشبكية السكري من مرضى داء السكري والعلاج التنكسي البقعي المرتبط بالعمر.</p> <p>بالنسبة للأشخاص المعرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما (المياه الزرقاء)، ندفع مقابل فحص الجلوكوما لمرة واحدة كل عام. يتضمن الأشخاص المعرضون بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من الإصابة بالجلوكوما</li> <li>• الأشخاص الذين يعانون من داء السكري</li> <li>• الأمريكيون من أصل إفريقي في سن 50 وأكثر</li> <li>• الأمريكيين من أصل أسباني الذين يبلغون 65 عاماً أو أكثر</li> </ul> <p>ندفع مقابل زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة إعتام عدسة العين عندما يقوم الطبيب بتركيب عدسة في مقلة العين. إذا كنت ستخضع لعمليتين منفصلتين لعلاج إعتام عدسة العين، يلزمك أن تحصل على نظارة بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى وإن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى.</p>



الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p><b>"مرحباً بكم في زيارة Medicare" الوقائية</b> </p> <p>نغطي زيارة "أهلاً بك في Medicare" الوقائية لمرة واحدة. وتتضمن الزيارة ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• مراجعة حالتك الصحية،</li> <li>• التوعية بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها وتوفير خدمات استشارية بشأنها (بما في ذلك الفحوصات والحقن)، و</li> <li>• إحالات لجهات رعاية أخرى إذا لزم الأمر.</li> </ul> <p><b>ملحوظة:</b> نغطي زيارة "أهلاً بك في Medicare" الوقائية فقط خلال أول 12 شهر التي تكون مشاركاً فيها في القسم B في برنامج Medicare. عندما تحدد موعدك، أبلغ عيادة الطبيب برغبتك في تحديد موعد لزيارة "أهلاً بك في Medicare" الوقائية.</p>

## E. أشكال الدعم المجتمعي

يمكنك الحصول على الدعم بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. تعتبر وسائل الدعم المجتمعية خدمات أو سياقات بديلة مناسبة طبياً وفعالة من حيث التكلفة لتلك التي تغطيها خطة برنامج Medi-Cal التابعة للولاية. هذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك هذه الخدمات على العيش بشكل أكثر استقلالية. وهي لا تحل محل المزايا التي تتلقاها عليها بالفعل في برنامج Medi-Cal.

قد يشمل الدعم المجتمعي المساعدة في العثور على سكن أو الاحتفاظ به أو وجبات مصممة طبياً أو مساعدة أخرى لك أو لمقدم الرعاية الخاص بك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو كنت ترغب في معرفة الدعم المجتمعي الذي قد يكون متاحاً لك، فاتصل على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك أيام العطلات أو اتصل مع موفر الرعاية الصحية الخاص بك. لا توجد تكلفة على الأعضاء مقابل خدمات الدعم المجتمعي.

فيما يلي خدمات الدعم المجتمعي التي تقدمها LA Care Health Plan:

- خدمات تصفح الإسكان الانتقالي وخدمات إيجار المساكن وإدامتها
  - يشمل خدمات لمساعدة الأعضاء في العثور على سكن والحفاظ على إيجار آمن ومستقر
- وجبات الطعام المصممة طبياً
- برنامج وجبات يساعد الأعضاء على إدارة حالاتهم الصحية والتعرف على الأطعمة الصحية. يمكن للأعضاء المؤهلين الحصول على وجبات يتم إرسالها مباشرة إلى منازلهم لمدة تصل إلى 12 أسبوعاً.
- الرعاية التعويضية (الراحة الطبية)

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- رعاية سريرية ومتكاملة قصيرة المدى للأعضاء الذين لم يعودوا بحاجة إلى دخول المستشفى ولكنهم ما زالوا بحاجة للشفاء من إصابة أو مرض (بما في ذلك الحالات الصحية السلوكية)
- ودائع الإسكان
- تساعد في تحديد أو تنسيق أو تأمين أو تمويل الخدمات لمرة واحدة والتعديلات اللازمة لتمكين الشخص من تأسيس سكن أسري أساسي ولا يشكل ذلك المسكن والمأكل.
- مراكز استعادة الوعي
- وجهات بديلة للأعضاء الذين تم العثور عليهم في حالة سُكر علني ويمكن نقلهم إلى قسم الطوارئ أو السجن
- خدمات الرعاية الشخصية والأعمال المنزلية
- تدعم الأعضاء الذين يحتاجون إلى المساعدة في الأنشطة اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس والنظافة الشخصية والطهي وتناول الطعام
- خدمات الراحة
- الخدمات قصيرة الأجل المقدمة لمقدمي الرعاية لأولئك الذين يحتاجون إلى إشراف مؤقت من حين لآخر لمساعدة مقدم الرعاية
- تعديلات الوصول البيئي (تعديلات المنزل)
- تكييفات مادية على المنزل لضمان صحة وسلامة الفرد أو تمكين العضو من العمل باستقلالية أكبر في المنزل
- علاج مرض الربو
- يوفر تعديلات مادية على البيئة المنزلية ضرورية لضمان صحة العضو ورفاهيته وسلامته أو لتمكين العضو من العيش في المنزل والتي بدونها يمكن أن تؤدي نوبات الربو الحادة إلى الحاجة إلى خدمات الطوارئ ودخول المستشفى
- الانتقال من دار المسنين /التحول إلى مرافق العيش المساعدة
- يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع من خلال تسهيل الانتقال من دار المسنين إلى بيئة مجتمعية تشبه المنزل أو منع دخول دار المسنين لمن هم في حاجة ماسة.
- خدمات المجتمع الانتقالية/دار المسنين إلى المنزل
- يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع لتجنب المزيد من إضفاء الطابع المؤسسي من خلال توفير نفقات إعداد غير متكررة للأعضاء الذين ينتقلون من منشأة مرخصة إلى ترتيبات معيشية في مسكن خاص.

- إسكان دخول المستشفى قصير الأجل
    - يوفر لأولئك الذين ليس لديهم مسكن، والذين لديهم احتياجات صحية طبية أو سلوكية مرتفعة لمواصلة تعافيهم الطبي أو النفسي أو التعافي من تعاطي المخدرات فوراً بعد الخروج من بيئة مؤسسية لمرضى العيادات الداخلية
  - برامج التأهيل النهاري
    - توفير الخدمات داخل منزل الشخص أو خارجه لمساعدته في اكتساب المساعدة الذاتية والاحتفاظ بها وتحسينها. التفاعل الاجتماعي والمهارات التكوينية اللازمة للعيش بنجاح في المجتمع
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو كنت ترغب في معرفة الدعم المجتمعي الذي قد يكون متاحاً لك، فاتصل على الرقم 1-833-522-3767، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك أيام العطلات (TTY: 711) أو اتصل مع موفر الرعاية الصحية الخاص بك.

## F. المزاي الخاضعة للتغطية خارج خطتنا

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

### F1. برنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا (CCT)

يعتمد برنامج الانتقالات المجتمعية في ولاية كاليفورنيا (California Community Transitions, CCT) على مؤسسات محلية رائدة لمساعدة منتقعي Medi-Cal المؤهلين والذين أقاموا في مركز المستشفى لمدة لا تقل عن 90 يوماً على التوالي، على العودة مجدداً والبقاء بأمان في سياق مجتمعي. يمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقال أثناء فترة ما قبل الانتقال و لمدة 365 يوماً بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين على العودة مرة أخرى إلى سياق مجتمعي.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق الانتقال من أي مؤسسة رائدة ببرنامج CCT تخدم المقاطعة التي تقيم فيها. يمكنك العثور على قائمة بمؤسسات CCT الرائدة والمقاطعات التي تخدمها على موقع إدارة خدمات الرعاية الصحية الإلكتروني:

[www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT](http://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT)

### لخدمات تنسيق الانتقال من CCT

يدفع برنامج Medi-Cal تكاليف خدمات تنسيق الانتقال. لا يجب عليك دفع أي شيء مقابل تلك الخدمات.

### بالنسبة للخدمات غير المتعلقة بانتقالك من خلال CCT

سيقوم موفر الرعاية بإصدار فاتورة إلينا مقابل خدماتك. تدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. لا يجب عليك دفع أي شيء مقابل تلك الخدمات.

بينما تحصل على خدمات تنسيق انتقال CCT، فإننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزاي في القسم D.

### لا تغيير على تغطية مزاي العقاقير الدوائية

برنامج CCT لا يغطي العقاقير. تواصل الحصول على المزاي العادية لأدويةك من خلال خطتنا. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**ملاحظة:** إذا احتجت لرعاية نقل لا تتعلق ببرامج CCT، يجب عليك الاتصال بمسؤول إدارة الرعاية لترتيب الخدمات. إن رعاية غير CCT هي رعاية لا علاقة بانتقالك من مؤسسة أو مرفق.

## F2. برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal

هناك خدمات معينة للأسنان تُتاح من خلال رعاية الأسنان Medi-Cal Dental. المزيد من المعلومات على موقع SmileCalifornia.org الإلكتروني. يتضمن Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

- الفحوصات المبدئية والأشعة السينية والتنظيف والعلاج بالفولورايد.
- الترميمات والتيجان
- علاج جذر العصب
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة وتعديلاتها وإصلاحاتها وإعادة تبطينها

لمزيد من المعلومات بخصوص مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بخصوص العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل على خط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يجب على مستخدمي TTY الاتصال على 1-800-735-2922). المكالمات مجانية. يتواجد ممثلو برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً من الإثنين إلى الجمعة. كما يمكنك أيضاً زيارة الموقع الإلكتروني على [smilecalifornia.org](http://smilecalifornia.org) للحصول على مزيد من المعلومات.

في مقاطعتي ساكرامنتو ولوس أنجلوس، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من Medi-Cal من خلال خطة رعاية الأسنان المُدارة (Dental Managed Care, DMC). إذا كنت تريد مزيداً من المعلومات حول خطط برنامج Medi-Cal للأسنان أو تريد إجراء تغييرات، فاتصل مع Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 6:00 مساءً. المكالمات مجانية. تتوفر جهات الاتصال مع DMC أيضاً هنا:

[www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx)

**ملحوظة:** تقدم خطتنا خدمات أسنان إضافية. راجع مخطط المزاي في القسم D لمزيد من المعلومات.

## F3. رعاية المرضى بالأمراض العضال

لك الحق في اختيار وسيلة رعاية المرضى بالأمراض العضال إذا قرر موفر ومسؤول إدارة الرعاية الطبية للمحتضرين تشخيص حالتك بأنها متأخرة. وهذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ويُتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج رعاية المرضى بالأمراض العضال معتمد لدى Medicare. يجب أن تساعدك الخطة في العثور على برامج رعاية المرضى بالأمراض العضال المعتمدة لدى Medicare. يمكن لطبيب رعاية المرضى بالأمراض العضال أن يكون موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة.

راجع مخطط المزاي الموضح في القسم D لمزيد من المعلومات عما ندفع مقابلته أثناء حصولك على خدمات رعاية المرضى بالأمراض العضال.



**بالنسبة لخدمات رعاية مرضى الأمراض العضال والخدمات الخاضعة للتغطية في القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare التي تتعلق بحالتك المتأخرة**

- يصدر موفر رعاية خدمة مرضى الأمراض العضال فاتورة إلى Medicare مقابل خدماتك. يدفع برنامج Medicare تكاليف خدمات مرضى الأمراض العضال المتعلقة بحالتك المتأخرة. لا يجب عليك دفع أي شيء مقابل تلك الخدمات.

**بالنسبة للخدمات الخاضعة للتغطية في القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare التي لا تتعلق بحالتك الميؤس منها**

- سيصدر موفر الرعاية فاتورة إلى Medicare مقابل خدماتك. سيدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. أنت لا تدفع شيئاً مقابل تلك الخدمات.

**بالنسبة للأدوية التي قد تكون خاضعة لتغطية مزايا القسم D من برنامج Medicare الذي تقدمه خطتنا**

- لا تتم تغطية العقاقير من قبل رعاية مرضى الأمراض العضال وخطتنا في الوقت نفسه. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء.

**ملحوظة:** إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للآلام والتي توفر رعاية تعتمد على الفريق وتركز على المريض والأسرة لتحسين نوعية حياتك. يمكنك الحصول على الرعاية التلطيفية في نفس الوقت الذي تحصل فيه على الرعاية العلاجية/العادية. يرجى الاطلاع على قسم الرعاية المخففة للآلام أعلاه للحصول على مزيد من المعلومات.

**ملحوظة:** إذا احتجت لرعاية لا تتعلق برعاية المرضى بالأمراض العضال، فيجب عليك الاتصال بمنسق الرعاية لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق برعاية المرضى بالأمراض العضال عبارة عن رعاية لا تتعلق بحالتك التي لا يرجى شفاؤها.

**F4. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)**

- سيدفع برنامج خدمات الدعم المنزلية (In-Home Supportive Services, IHSS) مقابل الخدمات المقدمة لك بحيث يمكنك البقاء آمناً في منزلك. تُعتبر IHSS بديلاً عن الرعاية خارج المنزل، كالدور التمريضية أو مؤسسات الرعاية.
- أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل وإعداد الوجبات والغسيل والتسوق من البقالة وخدمات العناية الشخصية (مثل رعاية الأمعاء والمثانة والاستحمام والاستمالة والخدمات الطبية المساعدة) والمرافقة للمواعيد الطبية والإشراف الوقائي على تخلف عقلي.
- يمكن أن يقوم مسؤول إدارة الرعاية بمساعدتك على تقديم طلب إلى تنسيق الرعاية IHSS من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك.

**F5. 1915(c) برامج الإعفاء من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS)**

**التنازل عن العيش بمساعدة (ALW)**

- يقدم التنازل عن المعيشة بمساعدة (Assisted Living Waiver, ALW) للمستفيدين المؤهلين من برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للإدخال طويل الأجل في دار مسنين. إن الهدف من ALW هو تسهيل انتقال من دار المسنين والعودة مرة أخرى إلى بيئة شبه منزلية ومجتمعية أو منع الإدخال إلى دار ترميز بالنسبة للمستفيدين الذين لديهم حاجة وشيكة لوضعهم في دار مسنين.



- يمكن للأعضاء المسجلين في ALW أن يظلوا مسجلين في ALW بينما يتلقون أيضاً المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع ALW لتنسيق الرعاية الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمسؤول إدارة الرعاية مساعدتك على تقديم طلب إلى ALW. يمكن العثور على القائمة الحالية لوكالات تنسيق الرعاية في الموقع الإلكتروني التالي:  
<https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf>

### تنازل HCBS لسكان كاليفورنيا الذين يعانون من عجز نمائي (HCBS-DD)

#### التنازل من برنامج كاليفورنيا لتقرير المصير (SDP) للأفراد الذين يعانون من عجز نمائي

- هناك نوعان من التنازلات لعام (c)1915، تنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية لمن يعانون من عجز نمائي (Home and Community Based Alternative, HCBS-DD) وتنازل SDP والتي تقدم خدمات للأشخاص الذين تم تشخيصهم بأنهم يعانون من عجز نمائي والتي تبدأ قبل عيد ميلاد الفرد الثامن عشر ومن المتوقع أن تستمر إلى أجل غير مسمى. كلا التنازليين هما وسيلة لتمويل خدمات معينة تسمح للأشخاص الذين يعانون من عجز نمائي بالعيش في المنزل أو في المجتمع بدلاً من الإقامة في منشأة صحية مرخصة. يتم تمويل تكاليف هذه الخدمات بشكل مشترك من قبل برنامج Medicaid التابع للحكومة الفيدرالية وولاية كاليفورنيا. يمكن لمسؤول إدارة الرعاية المساعدة في توصيلك بخدمات التنازل عن خدمات العجز النمائي (Developmental Disabilities, DD).

#### التنازل عن البديل المنزلي والمجتمعي (HCBA)

- يوفر تنازل عن البديل المنزلي والمجتمعي (Home and Community Based Alternative, HCBS) خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر دار رعاية المسنين أو التنسيب المؤسسي. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية من قبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتألف من ممرض وأخصائي اجتماعي. يقوم الفريق بتنسيق خدمات التنازل وخطة الولاية (مثل الخدمات الطبية والصحة السلوكية وخدمات الدعم المنزلية وما إلى ذلك) والترتيب للخدمات الأخرى طويلة الأجل والدعم المتاح في المجتمع المحلي. يتم توفير خدمات إدارة الرعاية والتنازل في سكن المشارك في المجتمع. يمكن أن يكون هذا المسكن مملوك للقطاع الخاص مؤمن من خلال ترتيب إيجار المستأجر أو إقامة أحد أفراد عائلة المشارك.
- يمكن للأعضاء المسجلين في تنازل HCBA أن يظلوا مسجلين في تنازل HCBA بينما يتلقون أيضاً المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة تنازل HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمسؤول إدارة الرعاية مساعدتك على تقديم طلب إلى HCBA.

#### برنامج تنازل Medi-Cal (MCWP)

- يوفر برنامج تنازل Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP) إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المتعاشين مع فيروس نقص المناعة البشرية كبديل لرعاية دار المسنين أو دخول المستشفى. إن إدارة الحالة عبارة عن نهج جماعي يركز على المشارك ويتألف من ممرض مسجل ومدير حالة العمل الاجتماعي. يعمل مديرو الحالات مع المشارك وموفر (موفري) الرعاية الأولية والأسرة ومقدم (مقدمي) الرعاية وموفري الرعاية الآخرين لتقييم احتياجات الرعاية لإبقاء المشارك في منزله ومجتمعه.
- أهداف MCWP هي: (1) توفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بفيروس (HIV) الذين قد يحتاجون بخلاف ذلك إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين في الإدارة الصحية لحالات (HIV)؛ (3) تحسين الوصول إلى الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي و (4) التنسيق بين مقدمي الرعاية والقضاء على ازدواجية الخدمات.



- يمكن للأعضاء المسجلين في تنازل MCWP أن يظلوا مسجلين في تنازل MCWP بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة تنازل MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمسؤول إدارة الرعاية مساعدتك على تقديم طلب إلى MCWP.

#### برنامج خدمات الكبار المتعدد الأغراض (MSSP)

- يوفر برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.
- وعلى الرغم من أن معظم المشاركين في البرنامج يتلقون أيضًا خدمات الدعم المنزلية، يوفر MSSP تنسيقًا مستمرًا للرعاية ويربط المشاركين بخدمات وموارد المجتمع الأخرى المطلوبة وينسق مع موفري الرعاية الصحية ويشترى بعض الخدمات المطلوبة التي لا تتوفر بطريقة أخرى للوقاية أو تأخير إضفاء الطابع المؤسسي. يجب أن تكون التكلفة الإجمالية السنوية المجمع إدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني.
- يقدم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية لكل مشارك في برنامج MSSP تقييمًا صحيًا ونفسيًا اجتماعيًا كاملاً لتحديد الخدمات المطلوبة. ثم يعمل الفريق مع مشارك MSSP وطبيبهم المعالج وعائلاتهم وآخرين لتطوير خطة رعاية فردية. تشمل الخدمات ما يلي:
  - إدارة الرعاية
  - الرعاية النهارية للبالغين
  - صيانة/إصلاح ثانوي للمنزل
  - الأعمال الروتينية التكميلية في المنزل والعناية الشخصية وخدمات الإشراف الوقائي
  - خدمات الراحة
  - خدمات النقل
  - الإرشاد والتوجيه والخدمات العلاجية
  - خدمات الوجبات
  - خدمات التواصل.
- يمكن للأعضاء المسجلين في تنازل MSSP أن يظلوا مسجلين في تنازل MSSP بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع موفر رعاية MSSP الخاص بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمسؤول إدارة الرعاية مساعدتك على تقديم طلب إلى MSSP.



**F6. خدمات الصحة السلوكية في المقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)**

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal. يوفر الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare والرعاية المُدارة في برنامج Medi-Cal. لا تقدم خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة من خلال Medi-Cal أو اضطرابات تعاطي المخدرات على مستوى المقاطعة، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال وكالات الصحة السلوكية في المقاطعة.

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى برنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (mental health plan, MHP) إذا كنت تلبي معايير الوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal التي يقدمها (MHP) في مقاطعتك ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- إجراءات حل الأزمات
- استقرار الأزمات
- خدمات العلاج الداخلي للبالغين
- خدمات العلاج الداخلي للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات الصحة النفسية داخل المستشفى
- إدارة الحالات المستهدفة

تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم للعقاقير الدوائية من برنامج Medi-Cal من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك إذا كنت تستوفي المعايير اللازمة لتلقي هذه الخدمات. تتضمن خدمات العقاقير الدوائية الخاصة التابعة إلى برنامج Medi-Cal التي تقدمها مقاطعتك ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- علاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة في فترة ما حول الولادة
- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- برنامج علاج المخدرات
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضاً العلاج بمساعدة الأدوية)

تشمل خدمات نظام التوصيل المنظم للأدوية من Medi-Cal ما يلي:



- خدمات علاج مرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضاً العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج الداخلي
- خدمات إدارة الانسحاب
- برنامج علاج المخدرات
- خدمات التعافي
- إدارة الحالات

إضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، قد تتمكن من الوصول إلى خدمات إزالة السموم الطوعية للمرضى الداخليين إذا كنت تلبي المعايير.

يمكن لأعضاء خطة الاحتياجات الخاصة مزدوجة الأهلية (Dual-Eligible Special Needs Plan, D-SNP) الذين يحتاجون إلى خدمات الصحة السلوكية، بما في ذلك خدمات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات، الوصول إلى الخدمات من خلال بائع الصحة السلوكية في L.A. Care، Carelon Behavioral Health، أو إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (Department of Mental Health, DMH)، أو إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، ومكافحة تعاطي المخدرات والوقاية منها (Department of Public Health, Substance Abuse and Prevention Control, DPH-SAPC). يعتمد نظام تقديم الرعاية الذي يمكن للأعضاء من خلاله الوصول إلى الرعاية على نوع وشدة الأعراض والضعف. لا يلزم إحالة من PCP للوصول إلى خدمات الصحة السلوكية، وهناك نهج «لا يوجد باب خاطئ» للوصول إلى الخدمة، مع نقاط دخول متعددة. تكون الخدمة «ضرورية من الناحية الطبية» أو «ضرورة طبية» عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة أو لمنع مرض خطير أو إعاقة كبيرة أو لتخفيف الألم الشديد.

سيتم تسهيل تنسيق خدمات الصحة السلوكية لأعضاء D-SNP من قبل L.A. Care عندما يتمكن الأعضاء من الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية من خلال كيانات المقاطعة حسب الحاجة، وعندما يكون ذلك ضرورياً، يتم توقيع الموافقات المناسبة. تتبع هيئات L.A. Care والمقاطعة عملية مراجعة متفق عليها بشكل متبادل لتسهيل حل النزاعات السريرية والإدارية في الوقت المناسب.

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

يوضح هذا القسم لك أنواع المزايا المستثناة من خطتنا. «مستثنى» يعني أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. كما أن برنامجي Medicare وMedi-Cal لا يدفعان مقابلها أيضاً.

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

لا نقوم بالدفع مقابل المزايا الطبية المستثناة المدرجة في هذا القسم (أو أي مكان آخر في كتيب الأعضاء) هذا باستثناء ما يوافق الشروط المحددة الموضحة. حتى إذا تلقيت الخدمات في مرفق خدمات طوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل تلك الخدمات. إذا كنت تعتقد أن خطتنا يجب أن تدفع مقابل خدمة غير مغطاة، يمكنك تقديم طعن. للحصول على معلومات عن الطعون، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



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

- الخدمات التي تعتبر «غير مناسبة وغير ضرورية من الناحية الطبية»، حسب برنامجي Medicare و Medi-Cal، ما لم تكن مدرجة على أنها خدمات خاضعة للتغطية.
- العلاجات والأدوات الطبية والجراحية والعقاقير الدوائية التجريبية، ما لم تكن مشمولة بتغطية Medicare أو بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare من خلال خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية. العلاج التجريبي والعناصر التجريبية هي تلك غير المقبولة عموماً من قبل المجتمع الطبي.
- المعالجة الجراحية للسمنة المرضية، إلا في الحالات التي تعتبر فيها ضرورية من الناحية الطبية ويدفع برنامج Medicare تكلفتها
- غرفة خاصة في مستشفى، باستثناء عندما تكون ضرورية من الناحية الطبية
- ممرضات الخدمة الخاصة
- العناصر الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو في دار مسنين مثل الهاتف أو جهاز التلفاز
- خدمات التمريض بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يدفعها أقاربك المباشرين أو أفراد عائلتك
- إجراءات التقوية أو خدماتها سواء أكانت اختيارية أو تطوعية (ومنها فقدان الوزن ونمو الشعر والقدرة الجنسية والنشاط الرياضي، والأغراض التجميلية، وعلاج الشيخوخة، والقدرة العقلية)، إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.
- الجراحة التجميلية أو العمل التجميلي، إلا عند الضرورة بسبب إصابة عارضة أو لاستئصال جزء من الجسم لم يتكون بشكل صحيح. ومع ذلك، ندفع مقابل إعادة بناء الثدي بعد استئصاله وعلاج الثدي الآخر ليتلاءم معه
- أحذية تقويم العظام، ما لم تكن الأحذية جزءاً من دعامة الساق ومُدرجة في تكلفة الدعامة أو ما لم تكن الأحذية مخصصة لشخص يعاني من مرض القدم السكري
- الأجهزة الداعمة للقدم، باستثناء أحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري
- بضع القرنية التشععي وجراحة الليزك وعلاج الإبصار وغير ذلك من وسائل المساعدة في علاج ضعف الإبصار
- عكس إجراءات التعقيم
- خدمات ممارس الطب الطبيعي (يستخدم وسائل علاج طبيعية أو بديلة)
- الخدمات المقدمة إلى المحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (Veterans Affairs, VA). ومع ذلك، عند تلقي أحد المحاربين القدامى خدمات الطوارئ في مستشفى تابع لإدارة شؤون قدامى المحاربين وعندما يكون مبلغ تقاسم التكاليف في مراكز شؤون قدامى المحاربين أعلى من نظيره بموجب خطتنا، سنسدد الفارق لقدامى المحاربين. وستكون مسؤولاً عن مبالغ مشاركة التكاليف.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



## الفصل 5: الحصول على العقاقير المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية

### مقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية. وهذه هي العقاقير التي يطلبها موفر الرعاية لك وتحصل عليها من الصيدلية أو بخدمة الطلب بالبريد. وتشمل الأدوية الخاضعة للتغطية بموجب القسم D من برنامج Medicare وMedi-Cal. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء. ونغطي أيضاً الأدوية التالية، بالرغم من عدم مناقشتها في هذا الفصل:

- **الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، القسم A.** وتشمل هذه بشكل عام بعض الأدوية المقدمة إليك أثناء وجودك في المستشفى أو في دار المسنين.
- **الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، القسم B.** وتتضمن تلك الأدوية بعض أدوية العلاج الكيماوي وبعض حقن العلاج المقدمة إليك خلال زيارة عيادة طبيب أو موفر رعاية آخر إضافة إلى الأدوية المقدمة خلال عيادة غسيل الكلى. للتعرف على المزيد حول أدوية القسم B من برنامج Medicare الخاضعة للتغطية، راجع مخطط المزايا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء.
- إضافة إلى القسم D في برنامج Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد يتم تغطية العقاقير الدوائية الخاصة بك من خلال برنامج Original Medicare إذا كنت في مركز رعاية مرضى الأمراض العضال لبرنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة **الفصل 5**، القسم F "إذا كنت في برنامج رعاية مرضى الأمراض العضال المعتمد من برنامج Medicare".

### قواعد تغطية خطتنا لأدوية مرضى العيادات الخارجية

عادةً نغطي العقاقير طالما أنك تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

- يجب أن تجعل موفر الرعاية (طبيب أو طبيب أسنان أو مقدم وصفات طبية آخر) يكتب وصفتك الطبية والتي يجب أن تكون صالحة بموجب قوانين الولاية المعمول بها. هذا الشخص عادة يكون موفر الرعاية الأولية موفر الرعاية الأولية (Primary Care provider, PCP) الخاص بك. وقد يكون أيضاً موفر رعاية آخر، إذا قام PCP بإحالتك لتلقي الرعاية.
- يجب ألا يكون مقدم الوصفات الطبية الخاص بك مدرجاً في قوائم الاستثناء أو الاستبعاد الخاصة ببرنامج Medicare أو أي قوائم برنامج Medi-Cal مشابهة.
- يجب عليك عموماً أن تستخدم صيدلية تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية. أو يمكنك صرف وصفتك الطبية من خلال خدمة الطلب بالبريد الخاصة بالخطة.
- يجب أن يكون عقارك الدوائي الموصوف ضمن قائمة الأدوية الخاضعة لتغطية خطتنا. ونحن نطلق عليها اختصاراً "قائمة الأدوية". (راجع **القسم B** من هذا الفصل).
- إذا لم يكن موجوداً في قائمة الأدوية، يمكننا تغطيته من خلال تقديم استثناء لك.
- راجع **الفصل 9** للتعرف على كيفية طلب استثناء.
- يرجى أيضاً ملاحظة أن طلب تغطية الدواء الموصوف لك سيتم تقييمه وفقاً لمعايير برنامجي Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن يتم استعمال الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. وهذا يعني أن يكون استخدام الدواء معتمداً من هيئة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أو مدعوم بواسطة مراجع طبية معينة. قد يكون مقدم الوصفات الطبية قادراً على المساعدة في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للعقار الموصوف.
- قد يتطلب عقارك الدوائي الموافقة قبل أن نقوم بتغطيته. راجع **القسم C** من هذا الفصل.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



## جدول المحتويات

- A. صرف الوصفات الطبية الخاصة بك ..... 131
- A1. صرف الوصفة الطبية المقررة لك من صيدلية تابعة للشبكة ..... 131
- A2. استخدام بطاقة هوية الخطة عند صرف الوصفة الطبية ..... 131
- A3. ماذا تفعل إذا قمت بتغيير صيدليتك التابعة للشبكة ..... 131
- A4. ماذا تفعل إذا تركت صيدليتك الشبكة ..... 131
- A5. استخدام صيدلية متخصصة ..... 132
- A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على العقاقير الدوائية ..... 132
- A7. الحصول على صرفية عقاقير دوائية طويلة الأجل ..... 134
- A8. استخدام صيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا ..... 134
- A9. تعويضك مقابل وصفة طبية ..... 134
- B. قائمة أدوية خطتنا ..... 135
- B1. العقاقير الدوائية الموجودة في قائمة أدوية خطتنا ..... 135
- B2. كيفية العثور على عقار دوائي مدرج في قائمة الأدوية لدينا ..... 136
- B3. العقاقير الدوائية غير الموجودة في قائمة أدوية خطتنا ..... 136
- C. قيود على بعض العقاقير الدوائية ..... 137
- D. الأسباب التي قد تحول دون تغطية العقار الدوائي الخاص بك ..... 138
- D1. الحصول على صرفية مؤقتة ..... 138
- D2. طلب صرفية مؤقتة ..... 140
- E. التغييرات في تغطية العقاقير الدوائية الخاصة بك ..... 140
- F. تغطية العقار الدوائي في حالات خاصة ..... 142
- F1. في مستشفى أو مركز خدمات تريض مهني لقضاء فترة إقامة تغطيها خطتنا ..... 142
- F2. في مرفق رعاية طويلة الأجل ..... 142
- F3. في برنامج رعاية مرضى الأمراض العضال المعتمد لدى برنامج Medicare ..... 142
- G. برامج تتعلق بإدارة العقاقير الدوائية وسلامتها ..... 143
- G1. برامج لمساعدتك على استخدام العقاقير الدوائية بأمان ..... 143
- G2. برامج لمساعدتك على إدارة العقاقير الدوائية الخاصة بك ..... 143
- G3. برنامج الإدارة الذاتية للعقاقير الدوائية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية ..... 144



## A. صرف الوصفات الطبية الخاصة بك

### A1. صرف الوصفة الطبية المقررة لك من صيدلية تابعة للشبكة

في أغلب الحالات، ندفع مقابل الوصفات الطبية فقط عند صرفها من أي صيدلية تابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي مكان لبيع الأدوية وافق على صرف الأدوية المقررة بوصفة طبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي صيدلية تابعة لشبكتنا. للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، ابحث في دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو زُر موقعنا الإلكتروني أو اتصل مع قسم خدمات الأعضاء.

### A2. استخدام بطاقة هوية الخطة عند صرف الوصفة الطبية

لصرف الوصفة الطبية، عليك إبراز بطاقة هوية الخطة في صيدلية تابعة للشبكة. تصدر الصيدلية التابعة للشبكة فاتورة لنا مقابل العقاقير المقررة بوصفة طبية لك.

تذكر أنك بحاجة إلى بطاقة برنامج Medi-Cal أو بطاقة تعريف المزايا (Benefits Identification Card, BIC) للوصول إلى الأدوية الخاضعة لتغطية Medi-Cal Rx.

وإذا لم تكن بطاقة هوية الخطة أو BIC معك عند صرف وصفتك الطبية، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات التسجيل في خطتك.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات الضرورية، فقد يتوجب عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند استلامها. بعد ذلك يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. إذا لم تكن قادرًا على سداد مقابل الدواء، فاتصل على قسم خدمات الأعضاء على الفور. سنفعل كل ما في وسعنا للمساعدة.

- لمطالبتنا بإعادة ما قمت بدفعه، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.
- إذا كنت بحاجة للمساعدة في صرف وصفة طبية، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

### A3. ماذا تفعل إذا قمت بتغيير صيدليتك التابعة للشبكة

إذا قمت بتغيير الصيدليات وكنت بحاجة إلى صرف وصفة طبية، فيمكنك إما المطالبة بوصفة طبية جديدة مكتوبة من خلال موفر الرعاية أو مطالبة صيدليتك بتحويل الوصفة الطبية إلى الصيدلية الجديدة إذا كانت هناك صرفيات متبقية.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في تغيير الصيدلية التابعة للشبكة، فاتصل مع قسم خدمات الأعضاء.

### A4. ماذا تفعل إذا تركت صيدليتك الشبكة

إذا خرجت الصيدلية التي تتعامل معها من شبكة خطتنا، فيجب عليك العثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، ابحث في دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو زُر موقعنا الإلكتروني أو اتصل مع قسم خدمات الأعضاء.

**A5. استخدام صيدلية متخصصة**

في بعض الأحيان يتعين صرف الوصفات الطبية من صيدلية متخصصة. تتضمن الصيدليات المتخصصة ما يلي:

- الصيدليات التي توفر أدوية العلاج بالحقن في المنزل.
  - صيدليات تقدم الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار مسنين.
  - عادة، تتضمن مرافق الرعاية طويلة الأجل على صيدلياتها الخاصة. إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويل الأجل، فتأكد من إمكانية حصولك على الدواء الذي تحتاجه من صيدلية المرفق.
  - إذا لم تكن صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل ضمن شبكتنا أو إذا واجهتك صعوبة في الحصول على العقاقير الدوائية في مرفق رعاية طويل الأجل، فاتصل مع خدمات الأعضاء.
  - الصيدليات التي تخدم موفري الرعاية الصحية الهنود (Indian Health Care Provider, IHCP) وصيدليات المنظمة الهندية الحضرية (Urban Indian Organization, UIO) خدمة الصحة للسكان الأصليين/برنامج الصحة الهندية القبلية/الحضرية. باستثناء حالات الطوارئ، لا يحق إلا للأمريكيين من السكان الأصليين أو سكان أسكا الأصليين التعامل مع هذه الصيدليات.
  - الصيدليات التي تصرف الأدوية التي تفرض إدارة الأغذية والعقاقير قيودًا عليها في بعض الأماكن أو التي تتطلب تعاملًا خاصًا، أو تنسيقًا مع موفر الرعاية، أو توعية معينة بشأن استخدامها. (ملاحظة: يفترض أن يكون هذا السيناريو نادر الحدوث).
- للعثور على صيدلية متخصصة، ابحث في دليل موفري الرعاية والصيدليات أو زُر موقعنا الإلكتروني أو اتصل بخدمات الأعضاء.

**A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على العقاقير الدوائية**

- لأنواع محددة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد من شبكة خطتنا. عمومًا، تكون الأدوية المتاحة من خلال الطلب عبر البريد هي الأدوية التي تأخذها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.
- تسمح لك خدمة الطلب عبر البريد في خطتنا بطلب صرفية تكفي على الأقل لمدة لفترة 30 يومًا من الدواء وبما لا يتجاوز 100 يوم. تخضع الصرفية لمدة 100 يوم لنفس حصة المشاركة في الدفع لصرفية لمدة شهر واحد.

**صرف الوصفات الطبية عبر البريد**

- للحصول على نماذج الطلب ومعلومات صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) أو اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم **1-833-522-3767** (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات، للمزيد من المعلومات.
- عادة، تصل وصفاتك الطبية من خلال الطلب عبر البريد خلال 14 يومًا. ومع ذلك، قد يتأخر طلبك البريدي أحيانًا. يجب أن تتصل بطبيبك لطلب وصفة طبية قصيرة الأجل لتغطية الفترة التي يستغرقها وصول دواء الطلب عبر البريد إليك.



### عمليات الطلبات البريدية

تضم خدمة الطلب عبر البريد إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك والوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها من عيادة موفر الرعاية، وإعادة صرف الوصفات الطبية المطلوبة عبر البريد.

#### 1. الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلانية منك

تصرف الصيدلانية تلقائياً الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها منك وتسلمها إليك.

#### 2. الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلانية من مكتب موفر الرعاية

تصرف الصيدلانية تلقائياً الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من موفر الرعاية الصحية بدون تحقق معك أولاً إذا:

- لقد استخدمت خدمات الطلب عبر البريد مع خطتنا في الماضي، أو
- تقوم بالتسجيل للحصول على التسليم التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من موفري الرعاية الصحية. يمكنك طلب التسليم التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة الآن أو في أي وقت من خلال زيارة موقعنا الإلكتروني على [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) أو الاتصال مع خدمات الأعضاء على الرقم **1-833-522-3767 (TTY: 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات.

إذا كنت قد استخدمت طلباً بالبريد في الماضي ولا تريد أن تقوم الصيدلانية صرف وشحن كل وصفة طبية جديدة تلقائياً فاتصل بنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-833-522-3767 (TTY: 711)** على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام الأسبوع بما في ذلك أيام العطلات.

إذا لم تستخدم خدمة توصيل الطلبات عبر البريد مطلقاً و/أو قررت إيقاف الصرف التلقائي للوصفات الطبية الجديدة فستصل بك الصيدلانية في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية جديدة من أحد مقدمي الرعاية الصحية لمعرفة ما إذا كنت تريد تعبئة الدواء وشحنه على الفور.

- يوفر لك ذلك فرصة للتأكد من تسليم الصيدلانية للدواء الصحيح (بما في ذلك الفعالية والمقدار والتكوين) وعند الحاجة تسمح لك بإلغاء أو تأجيل الطلب قبل الشحن.
- قم بالرد في كل مرة تتلقى اتصالاً الصيدلانية، لتعريفهم بما يجب القيام به مع الوصفة الطبية الجديدة وللحيلولة دون أي تأخيرات في الشحن.

لإلغاء الاشتراك في عمليات التسليم التلقائية للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرةً من مكتب موفر الرعاية الصحية الخاص بك، اتصل بنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.

#### 3. إعادة صرف أدوية الوصفات الطبية في الطلبات عبر البريد

- لإعادة صرف العقاقير الدوائية الخاصة بك، لديك خيار التسجيل للحصول على برنامج إعادة الصرف التلقائي. بموجب هذا البرنامج، نبدأ في معالجة إعادة الصرف التالية تلقائياً عندما تُظهر سجلاتنا أنك أدويتك قد تكون على وشك النفاد.
- نتواصل معك الصيدلانية قبل شحن كل عبوة للتأكد من أنك بحاجة إلى المزيد من الأدوية ويمكنك إلغاء إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من أدويةك أو إذا تغيرت الأدوية الخاصة بك.
- إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي، فتواصل مع الصيدلانية قبل 21 يوماً من انتهاء الدواء لديك للتأكد من شحن الطلب التالي في الوقت المناسب.



للاستحباب من برنامجنا الذي يعد وصفات الطلب البريدي تلقائياً، تواصل معنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.

أبلغ الصيدلية بأفضل طرق الاتصال بك بحيث يتمكنوا من التواصل معك للتحقق من طلبك قبل الشحن. يُرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus لإبلاغنا بالطريقة المثلى للاتصال بك

### A7. الحصول على صرفية عقاقير دوائية طويلة الأجل

يمكنك الحصول على صرفية أدوية دورية طويلة الأجل في قائمة أدويتنا. إن أدوية المداومة هي الأدوية التي تأخذها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.

تسمح لك بعض صيدليات الشبكة بالحصول على صرفية أدوية دورية. تخضع الصرفية لمدة 100 يوم لنفس حصة المشاركة في الدفع لصرفية لمدة شهر واحد. يخبرك دليل موفري الرعاية والصيدليات بالصيدليات التي يمكنها أن تقدم لك صرفية طويلة الأجل من أدوية دورية. يمكنك أيضاً الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

لأنواع محددة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد من شبكة خطتنا للحصول على صرفية طويلة الأجل من أدوية دورية. راجع القسم A6 للتعرف على المزيد حول خدمات الطلب عبر البريد.

### A8. استخدام صيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا

عموماً، نحن ندفع مقابل الأدوية التي تصرف في صيدلية غير تابعة للشبكة فقط عندما لا تكون قادراً على استخدام صيدلية تابعة للشبكة. في تلك الحالات، يرجى التحقق أولاً من خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة. ندفع مقابل الوصفات الطبية التي تم صرفها من صيدليات غير تابعة للشبكة في الحالات التالية:

- في حال كان دواء القسم D الخاضع للتغطية متعلقاً برعاية حالة طبية طارئة.
- إذا كان أحد أدوية القسم D المشمول على وجه الخصوص (على سبيل المثال، دواء يتيم أو مستحضر دوائي آخر متخصص مشحون نموذجياً من المصنعين أو التجار الخاصين) غير متوافر في المخزون بشكل منتظم في صيدليات الشبكة المتاحة أو صيدليات الطلب عبر البريد.
- إذا تم صرف دواء خاضع للتغطية في القسم D من خلال صيدلية داخل مؤسسة بينما المريض في قسم طوارئ أو عيادة لمقدم الخدمة أو مكان لإجراء العمليات الجراحية للمرضى الخارجيين أو مكان آخر للمرضى الخارجيين.
- خلال أي كارثة فيدرالية أو خدمة طوارئ صحية عامة أخرى تم فيها إخلاء عضو أو نقله من محل سكنه.
- في المواقف الطارئة التي لا يكون فيها المسجل قادراً على استخدام صيدلية تابعة للشبكة، فإننا سندفع لمرة واحدة لصرفية تكفي لمدة 30 يوماً من دواء مكافئ. وبالنسبة لأدوية العلامات التجارية فسندفع لمرة واحدة لصرفية تكفي لمدة 30 يوماً. في تلك الحالات، يرجى التحقق أولاً من خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

### A9. تعويضك مقابل وصفة طبية

إذا كنت مضطراً لاستخدام صيدلية غير تابعة للشبكة، فيجب عليك عموماً دفع كامل التكلفة عندما تحصل على الوصفة الطبية. يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته.

إذا دفعت التكلفة الكاملة لوصفاتك الطبية التي قد تكون خاضعة لتغطية Medi-Cal Rx، فقد تتمكن الصيدلية من تعويضك بمجرد أن يدفع Medi-Cal Rx مقابل الوصفة الطبية. بدلاً من ذلك، يمكنك أن تطلب من Medi-Cal Rx أن يسدد لك المبلغ



عن طريق تقديم مطالبة «Medi-Cal Out-of-Pocket Expense Reimbursement (Conlan)». يمكن العثور على مزيد من المعلومات على موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني: [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

لمعرفة المزيد عن هذا، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.

## B. قائمة أدوية خطتنا

لدينا قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونحن نطلق عليها اختصاراً «قائمة الأدوية».

نختار العقاقير الدوائية في قائمة الأدوية بمساعدة فريق من الأطباء والصيدال. كما تخبرك قائمة الأدوية أيضاً القواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويةك.

عموماً، نغطي دواء ما من الأدوية المدرجة في قائمة أدوية خطتنا عندما تتبع القواعد التي نشرحها في هذا الفصل.

### B1. العقاقير الدوائية الموجودة في قائمة أدوية خطتنا

تتضمن قائمة الأدوية الخاصة بنا العقاقير الدوائية التي يغطيها القسم D في برنامج Medicare.

تغطي خطتك معظم أدوية الوصفات الطبية التي تحصل عليها من الصيدلية. العقاقير الأخرى، مثل بعض الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (over-the-counter, OTC) وبعض الفيتامينات، قد تكون مشمولة بتغطية Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك أيضاً الاتصال مع مركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) الصادرة عن برنامج Medi-Cal الخاصة بك عند الحصول على الوصفات الطبية الخاصة بك من خلال Medi-Cal Rx.

تتضمن قائمة الأدوية لدينا أدوية تحمل العلامة التجارية وأدوية المكافئة والمنتجات البيولوجية (والتي قد تتضمن والبدائل الحيوية).

العقار الدوائي الذي يحمل اسم العلامة التجارية هو عقار دوائي بوصفة طبية يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوك من قبل الشركة المصنعة للعقار الدوائي. المنتجات البيولوجية هي عقاقير دوائية أكثر تعقيداً من العقاقير الدوائية التقليدية. في قائمة الأدوية الخاصة بنا، عندما نشير إلى «العقاقير الدوائية» فقد يعني ذلك عقاراً أو منتجاً بيولوجياً.

تتضمن الأدوية المكافئة نفس المكونات النشطة التي تتكون منها عقاقير العلامات التجارية. المنتجات البيولوجية لها بدائل تسمى المنتجات الحيوية المماثلة. عموماً، تعمل الأدوية المكافئة والبدائل الحيوية بشكل جيد تماماً مثل الأدوية التي يحمل العلامة التجارية أو المنتجات البيولوجية الأصلية وعادةً ما تكون ذات تكلفة أقل. تتوفر الأدوية المكافئة كبدائل للعديد من العلامات التجارية للعقارات الدوائية وبدائل حيوية مماثلة لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض المنتجات الحيوية المماثلة هي منتجات حيوية مماثلة قابلة للتبديل، وبناءً على قانون الولاية، يمكن استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تماماً كما يمكن استبدال الأدوية المكافئة بالأدوية ذات العلامات التجارية.

راجع الفصل 12 للحصول على تعريفات لأنواع العقاقير الدوائية التي قد تكون موجودة في قائمة الأدوية.

كما أن خطتنا أيضاً تغطي عقاقير ومنتجات OTC محددة. تكون تكلفة بعض أدوية OTC أقل من أدوية الوصفات الطبية وتعمل بنفس الفعالية. لمزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.



## B2. كيفية العثور على عقار دوائي مدرج في قائمة الأدوية لدينا

كي تتأكد من وجود العقار الدوائي الذي تتناوله في قائمة الأدوية لدينا، يمكنك القيام بما يلي:

- زر موقع خطتنا الإلكتروني على [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org). قائمة الأدوية المتوفرة على موقعنا الإلكتروني دائماً ما تكون هي الأحدث.
- اتصل مع خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان عقار دوائي ما موجود في قائمة الأدوية لدينا أو لطلب نسخة من القائمة.
- قد يغطي Medi-Cal Rx الأدوية التي لا يغطيها القسم D. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) للمزيد من المعلومات
- استخدم «أداة المزايا في الوقت الحقيقي» (Real Time Benefit Tool) الخاصة بنا على [medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search](http://medicare.lacare.org/members/part-d-prescription-drugs/formulary-search) أو اتصل مع خدمات الأعضاء. باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن العقاقير الدوائية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك عقاقير دوائية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة.

## B3. العقاقير الدوائية غير الموجودة في قائمة أدوية خطتنا

لا نغطي جميع الأدوية المقررة بوصفة طبية. بعض العقاقير الدوائية ليست في قائمة الأدوية لدينا نظراً لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية تلك العقاقير الدوائية. في حالات أخرى، قررنا ألا نضع عقار دوائي ما في قائمة الأدوية لدينا. خطتنا لا تدفع ثمن أنواع من الأدوية التي يرد وصفها في هذا القسم. وتسمى تلك الأدوية، **الأدوية المستثناة**. إذا حصلت على وصفة طبية لعقار مستثنى، فقد تحتاج إلى دفع ثمنه بنفسك. إذا كنت تعتقد أننا يجب أن ندفع ثمن عقار مستثنى بسبب حالتك، فيمكنك تقديم طعن. راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء. للمزيد من المعلومات عن الطعون. فيما يلي القواعد الثلاث العامة للأدوية المستثناة:

1. لا يمكن لتغطية العيادات الخارجية للأدوية في خطتنا (والتي تشمل القسم D في Medicare) أن تدفع مقابل الدواء الذي يغطيه القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare بالفعل. تغطي خطتنا الأدوية التي يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare مجاناً، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءاً من مزايا العقاقير التي تستلزم وصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية.
  2. لا تغطي خطتنا عقاراً تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
  3. يجب اعتماد استخدام العقار الدوائي من هيئة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أو دعمه من قبل مراجع طبية محددة كعلاج لحالتك. فقد يصف طبيبك أو موفر رعاية آخر عقار دوائي ما لعلاج حالتك، حتى وإن لم يُعتمد ذلك الدواء لعلاج حالتك. وهذا ما يطلق عليه «استخدام الدواء لغير الأغراض التي رخص لها». لا تغطي خطتنا عادة الأدوية عند وصفها للاستخدام للأغراض غير المرخصة لها.
- أيضاً، لا يمكن لبرنامجي Medicare أو Medi-Cal تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه بموجب القانون.

- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة
- أدوية تستخدم لتسكين آلام الكحة أو أعراض البرد\*
- الأدوية المستخدمة في أعراض التجميل أو لزيادة كثافة الشعر



- الوصفات الطبية من الفيتامينات والمنتجات المعدنية، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة وتحضيرات الفلوريد\*
- الأدوية المستخدمة في علاج الخلل الجنسي أو ضعف الانتصاب
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادته\*
- أدوية مرضى العيادات الخارجية عندما تفيد الشركة التي تصنع الأدوية أنه يجب أن تجري اختبارات أو خدمات تجرى من جانبهم فقط.

\*يمكن تغطية منتجات مختارة من خلال برنامج Medi-Cal يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) للحصول على المزيد من المعلومات.

### C. قيود على بعض العقاقير الدوائية

بالنسبة لأدوية معينة مقررة بوصفات طبية، تفيد القواعد الخاصة طريقة ووقت تغطية خطتنا لها. عموماً، تشجعك القواعد الخاصة بنا على الحصول على دواء مناسب لحالتك الطبية وآمن وفعال. عندما يعمل دواء آمن أقل تكلفة بفعالية طبية جيدة مثل الدواء الأعلى تكلفة، نتوقع من الموفر الذي تتعامل معه وصف ذلك الدواء الأقل تكلفة.

إذا كانت هناك قاعدة خاصة بالدواء الذي تحتاجه، فعادة ما يعني هذا أنه يتوجب عليك أو على الموفر الذي تتعامل معه اتخاذ خطوات إضافية لكي تتم تغطية الدواء. على سبيل المثال، قد يتوجب على موفر الرعاية إخبارنا بالتشخيص وتقديم نتائج اختبارات الدم الخاصين بك أولاً. وإذا اعتقدت أنت أو الموفر الخاص بك أن القاعدة لا يجب أن تطبق على حالتك، اطلب منا عمل استثناء. وقد نوافق أو لا نوافق على السماح لك باستخدام الدواء دون اتخاذ الخطوات الإضافية.

لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع الفصل 9 من مكتب الأعضاء.

#### 1. الحد من استخدام عقار دوائي يحمل علامة تجارية أو منتجات بيولوجية أصلية عندما تتوفر نسخة عامة أو قابلة للتبديل من الدواء الحيوي المماثل

بشكل عام، يعمل الدواء المكافئ أو البديل الحيوي المماثل بنفس طريقة العقار الدوائي ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي وعادةً ما يكون أقل تكلفة. في معظم الحالات، إذا كان هناك إصدار عام أو قابل للتبديل من عقار دوائي ذي علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي متاح، فإن صيدليات شبكتنا تقدم لك الإصدار العام أو القابل للتبديل من الدواء الحيوي المماثل.

- نحن عادة لا ندفع ثمن العقار الدوائي ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي عندما يكون هناك نسخة مكافئة متاحة.
- ومع ذلك، إذا أبلغنا موفر الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي لعدم ملائمة الدواء المكافئ أو دواء حيوي مماثل قابل للتبديل أو الأدوية الأخرى الخاضعة للتغطية، التي تعالج الحالة نفسها، لحالتك، فإننا سنقوم بتغطية الدواء ذي العلامة التجارية.

#### 2. الحصول على موافقة الخطة مقدماً

بالنسبة لبعض العقاقير الدوائية، يجب أن تحصل أنت أو مقدم الوصفات الطبية على موافقة من خطتنا قبل صرف وصفتك الطبية. وإذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نغطي العقار الدوائي.



### 3. تجربة دواء مختلف أولاً

عموماً، نريد منك تجربة الأدوية منخفضة التكلفة (التي لها نفس الفاعلية) قبل أن نقوم بتغطية الأدوية الأعلى تكلفة. على سبيل المثال، إذا كان كلٌّ من الدواء "أ" والدواء "ب" يعالجان نفس الحالة الطبية، والدواء "أ" أقل تكلفة من الدواء "ب"، فقد نطلب منك تجربة الدواء "أ" أولاً.

إذا كان عقار أليس ناجحاً بالنسبة لك، فإننا نغطي الدواء ب. وهذا ما يسمى العلاج المرحلي.

### 4. حدود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نقوم بوضع حد على كمية الدواء الذي يمكنك الحصول عليه. يسمى هذا حد الكمية. فعلى سبيل المثال، قد نقوم بتحديد كمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تقوم فيها بصرف الوصفة الخاصة بك.

لمعرفة ما إذا كانت تنطبق أي من هذه القواعد على عقار دوائي تتناوله أو تريد تناوله، اطلع على قائمة الأدوية لدينا. للاطلاع على أحدث المعلومات، الرجاء الاتصال بخدمات الأعضاء أو اطلع على موقعنا الإلكتروني [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org). إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب طعن. رجاءً راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.

## D. الأسباب التي قد تحول دون تغطية العقار الدوائي الخاص بك

نحن نحاول أن نجعل تغطية الدواء الخاصة بك مناسبة لك، ولكن أحياناً قد لا تتم تغطية دواء بالطريقة التي تريد. على سبيل المثال:

- خططنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون العقار الدوائي مدرجاً في قائمة الأدوية لدينا. قد نغطي إصدار مكافئ من الدواء ولكن ليس إصدار اسم العلامة التجارية الذي تريد تناوله. قد يكون الدواء جديداً ولكننا لم نقم بمراجعته فيما يتعلق بالسلامة والفاعلية.
- تغطي خطتنا الدواء، ولكن هناك قواعد أو قيود خاصة على التغطية. كما هو موضح في القسم أعلاه، فإن بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا لها قواعد تحد من استخدامها. وفي بعض الحالات، قد تريد أنت أو مقدم الوصفات الطبية الطلب منا إجراء استثناء.

هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا لم نغطي العقاقير بالطريقة التي نريدنا أن نغطيها.

### D1. الحصول على صرفية مؤقتة

في بعض الحالات، يمكننا أن نمنحك إمداداً مؤقتاً بالعقار الدوائي عندما لا يكون العقار الدوائي مدرجاً في قائمة الأدوية لدينا أو يكون محدوداً بطريقة ما. هذا يتيح لك الوقت للتحدث مع موفر الرعاية الخاص بك بشأن الحصول على دواء مختلف أو مطالبتنا بتغطية الدواء.

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

1. أن الدواء الذي تتناوله:

- لم يعد مدرجاً في قائمة الأدوية لدينا أو

- لم يُدرج مطلقاً في قائمة الأدوية أو
- عليه قيود بنحو ما.
- 2. يجب أن تنطبق أحد المواقف الموضحة أدناه عليك:
  - أنت كنت في خطتنا السنة الماضية.
    - نقوم بتغطية صرفية مؤقتة لعقارك الدوائي خلال أول 90 يوماً من العام التقويمي.
    - هذه الصرفية المؤقتة لما يصل إلى 30 يوماً.
    - وإذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لتكفي عدداً أقل من الأيام، فسنسمح بصرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يوماً كحد أقصى. يجب عليك صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة.
    - يمكن أن تزودك صيدليات مرافق الرعاية طويلة الأجل بالعقاقير المقررة بوصفة طبية بكميات صغيرة في كل مرة لمنع الهدر.
  - أنت جديد في خطتنا.
    - نغطي صرفية مؤقتة لدوائك خلال أول 90 يوماً من عضويتك في خطتنا.
    - هذه الصرفية المؤقتة لما يصل إلى 30 يوماً.
    - وإذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لتكفي عدداً أقل من الأيام، فسنسمح بصرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يوماً كحد أقصى. يجب عليك صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة.
    - يمكن أن تزودك صيدليات مرافق الرعاية طويلة الأجل بالعقاقير المقررة بوصفة طبية بكميات صغيرة في كل مرة لمنع الهدر.
  - لقد كنت مشتركاً في خطتنا لأكثر من 90 يوماً، وتقيم في مرفق الرعاية طويل الأجل وكنت بحاجة إلى صرف الدواء فوراً:
    - نقوم بتغطية صرفية واحدة لمدة 31 يوماً أو أقل في حال كانت وصفتك لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الصرفية المؤقتة أعلاه.
    - قد تواجه تغييراً في مستوى الرعاية المتلقاة و/أو قد تكون مطالباً بالانتقال (التحرك) من مرفق أو موقع علاج إلى آخر. تتوفر الاستثناءات (حالات خاصة) لك في حال مواجهتك لتغيير في مستوى الرعاية التي تتلقاها. إذا واجهت تغييراً في مستوى الرعاية، ستقوم L.A. Care Medicare Plus بتغطية صرفية مؤقتة تكفي لمدة 30 يوماً (ما لم تكن لديك وصفة موصوفة لعدد أيام أقل).

**D2. طلب صرفية مؤقتة**

لطلب صرفية مؤقتة من عقار دوائي ما، اتصل بخدمات الأعضاء.

عند الحصول على صرفية مؤقتة من العقار الدوائي، تحدث مع موفر الرعاية الخاص بك في أقرب وقت ممكن لتحديد ما يجب عليك القيام به في حال نفاذ صرفيتك. وفيما يلي الخيارات المتوفرة لك:

- التبديل إلى عقار دوائي آخر.

قد تغطي خطتنا دواء مختلفًا يناسبك. اتصل بخدمات الأعضاء لطلب قائمة الأدوية التي نغطيها وتعالج نفس الحالة الطبية. قد تساعد هذه القائمة موفر الرعاية الخاص بك في إيجاد دواء خاضع للتغطية مناسب لحالتك.

أو

- اطلب استثناء.

يمكنك أنت وموفر الرعاية الخاص بك طلب إجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية عقار دوائي غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو أن تطلب منا تغطية العقار الدوائي دون حدود. إذا اعتبر الطبيب أنه ليس لديك سبب طبي جيد لتستحق الاستثناء، فيمكنه مساعدتك لطلب إجراء استثناء.

**E. التغييرات في تغطية العقاقير الدوائية الخاصة بك**

تطراً غالبية التغييرات على تغطية العقاقير الدوائية بتاريخ 1 يناير. ومع ذلك، فقد نضيف أو نحذف عقاقير دوائية من العقاقير الدوائية الموجودة في قائمة أدوية خطتنا خلال العام. قد نغير قواعدنا أيضاً بشأن الأدوية. على سبيل المثال قد نقوم بما يلي:

- نقرر طلب موافقة مسبقة (Prior Approval, PA) على عقار دوائي أو لا نطلب (إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على العقار الدوائي).
- نضيف أو نغير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (حدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج المرحلي على دواء (يجب أن تجرب دواءً واحدًا قبل أن نغطي دواءً آخر).

للمزيد من المعلومات حول القواعد الخاصة بالأدوية، راجع القسم C.

إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعاً لتغطيتنا في بداية العام، فإننا بشكل عام لن نرفع تغطية هذا الدواء أو نغيرها خلال باقي العام إلا إذا:

- ظهر في السوق عقار دوائي جديد أرخص يعمل بنفس كفاءة العقار الدوائي المدرج على قائمة الأدوية لدينا حالياً، أو
- نعرف أن أحد الأدوية غير آمن أو
- عقار دوائي تم سحبه من السوق.

ماذا يحدث إذا طرأ تغيير على تغطية أحد العقاقير الدوائية التي تحتاجها؟

للحصول على المزيد من المعلومات عما يحدث عندما تتغير قائمة الأدوية لدينا، فيمكنك دائماً:

- تحقق من قائمة الأدوية الحالية الخاصة بنا على الإنترنت على موقع [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org) أو

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للاطلاع على قائمة الأدوية الحالية لدينا.

### التغييرات التي قد نجريها على قائمة الأدوية والتي تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

سوف تطرأ بعض التغييرات على قائمة الأدوية فوراً. على سبيل المثال:

- توفر الأدوية المكافئة الجديدة. في بعض الأحيان، يتم طرح دواء مكافئ جديد أو دواء حيوي مماثل في السوق يعمل بنفس فعالية عقار دوائي ذي علامة تجارية أو منتج بيولوجي أصلي موجود في قائمة الأدوية الآن. عندما يحدث ذلك، قد نقوم بإزالة اسم عقار دوائي ذي العلامة التجارية وإضافة الدواء المكافئ الجديد ولكن تكلفة الدواء الجديد ستبقى كما هي. عندما نضيف الدواء المكافئ الجديد قد نقرر أيضاً الاحتفاظ بالعقار الدوائي ذي العلامة التجارية في القائمة ولكن مع تغيير قواعد تغطيته أو حدوده.

◦ ربما لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، ولكن سنرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه حال حدوثه.

◦ يمكنك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك طلب "استثناء" من هذه التغييرات. سوف نرسل لك إشعاراً بالخطوات التي يمكنك القيام بها لطلب استثناء. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من هذا الكتيب للمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.

**سحب عقار دوائي ما من الأسواق.** إذا قالت FDA أن العقار الدوائي الذي تتناوله غير آمن أو إذا قامت الشركة المصنعة للعقار الدوائي بسحبه من الأسواق، فقد نزيله فوراً من قائمة الأدوية لدينا. إذا كنت تتناول العقار الدوائي، فسوف نرسل لك إشعاراً بعد إجراء التغيير. وإذا وصلتك إحدى تلك الرسائل، فيرجى التحدث إلى طبيبك للعثور على عقار دوائي مختلف آمن لك. قد نجري تغييرات أخرى تؤثر على العقاقير الدوائية التي تتناولها. وسنخبرك مسبقاً بهذه التغييرات الأخرى التي تطرأ على قائمة الأدوية الخاصة بنا. وربما تحدث هذه التغييرات إذا:

- تقدم FDA إرشادات جديدة أو كان هناك إرشادات سريرية جديدة لأحد العقاقير الدوائية.

عندما تحدث هذه التغييرات، فإننا:

- نخبرك على الأقل قبل 30 يوماً من أن نقوم بإجراء التغيير على قائمة الأدوية لدينا أو
  - سنبلغك ونعطيك تزويد يكفي لمدة 30 يوماً من الدواء بعد أن تطلب إعادة صرف.
- يمكنك هذا وقتاً للحديث إلى طبيبك أو مقدم وصفات طبية غيره. يمكن أن يساعدك على اتخاذ قرار بشأن:
- إذا كان هناك عقار دوائي مشابه في قائمة الأدوية لدينا يمكنك أن تأخذه بدلاً منه أو
  - إذا كان عليك أن تطلب استثناءً من هذه التغييرات لمواصلة تغطية العقار الدوائي أو إصدار العقار الدوائي الذي كنت تتناوله. لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء.

### التغييرات على قائمة الأدوية والتي تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

ربما نجري تغييرات تؤثر على العقاقير الدوائية التي تتناولها والتي لم يرد وصفها أعلاه لا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لمثل هذه التغييرات، إذا كنت تتناول عقار دوائي خاضعاً للتغطية في بداية العام، فإننا بشكل عام لن نرفع تغطية هذا العقار الدوائي أو نغيرها خلال باقي العام.



على سبيل المثال، إذا قمنا بإزالة عقار دوائي تأخذه أو إذا قيدنا استخدامه، عندها لن يؤثر التغيير على استخدامك للعقار الدوائي لبقية العام.

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

لن نخبركم بهذه الأنواع من التغييرات بشكل مباشر خلال العام الحالي. سيتعين عليك التحقق من قائمة الأدوية لخطة السنة التالية (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوح) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات من شأنها أن تؤثر عليك خلال سنة الخطة التالية.

## F. تغطية العقار الدوائي في حالات خاصة

### F1. في مستشفى أو مركز خدمات ترميز مهني لقضاء فترة إقامة تغطيتها خطتنا

في حال دخولك إلى مستشفى أو مرفق ترميز متخصص لإقامة خاضعة لتغطية خطتنا، نقوم بشكل عام بتغطية تكلفة أدوية الوصفات خلال فترة الإقامة. لن تدفع حصة المشاركة في الدفع. بمجرد مغادرة المستشفى أو مركز خدمات الترميز المهني، نغطي العقاقير الدوائية طالما تستوفي العقاقير الدوائية جميع قواعد التغطية لدينا.

### F2. في مرفق رعاية طويلة الأجل

عادة، يمتلك مرفق الرعاية طويلة الأجل، مثل دار المسنين أو صيدلية أو صيدليات خاصة بها توفر أدوية لجميع المقيمين فيها. إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، يمكنك الحصول على عقاقير مقرررة بوصفة طبية من خلال صيدلية المرفق إذا كانت جزءاً من شبكتنا.

اطلع على دليل موفري الرعاية والصيدليات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل الخاصة بك جزءاً من شبكتنا. وإن لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فتواصل مع خدمات الأعضاء.

### F3. في برنامج رعاية مرضى الأمراض العضال المعتمد لدى برنامج Medicare

لا تتم تغطية العقاقير من قبل رعاية مرضى الأمراض العضال وخطتنا في الوقت نفسه.

- قد تكون مسجلاً في رعاية الأمراض العضال التابع لبرنامج Medicare وتحتاج إلى بعض العقاقير الدوائية (على سبيل المثال، مسكنات الألم، أو عقاقير دوائية مضادة للغثيان، أو ملينات، أو عقاقير دوائية مضادة للقلق) التي لا يغطيها المستشفى لأنها لا تتعلق بتشخيصك وحالتك الصحية النهائية. في هذه الحالة، يجب أن تتلقى خطتنا إخطاراً من مقدم الوصفات الطبية أو موفر رعاية الأمراض العضال بأن العقار الدوائي ليس له علاقة قبل أن تتمكن من تغطية العقار الدوائي.
- لمنع عمليات التأخير في استلام الأدوية غير ذات الصلة التي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من موفر رعاية المرضى بالأمراض العضال أو مقدم الوصفات الطبية الخاص بك التأكد من حصولنا على إشعار بأن الدواء غير ذي صلة قبل طلب صرف الوصفة من الصيدلية.

إذا تركت رعاية مرضى الأمراض العضال، تغطي خطتنا جميع الأدوية الخاصة بك. لمنع أي عملية تأخير في الصيدلية عند انتهاء مزايا رعاية الأمراض العضال من خلال Medicare، خذ وثيقة للصيدلية لتأكيد من مغادرتك لرعاية الأمراض العضال.



راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي تتحدث عن الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء. للمزيد من المعلومات عن مزايا رعاية مرضى الأمراض العضال.

## G. برامج تتعلق بإدارة العقاقير الدوائية وسلامتها

### G1. برامج لمساعدتك على استخدام العقاقير الدوائية بأمان

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

- قد لا تكون هناك حاجة إليها، لأنك تتناول عقار دوائي آخر مماثل يؤدي نفس المفعول
  - قد تكون غير آمنة بسبب العمر أو الجنس
  - قد تضر بصحتك إذا تناولتها في نفس الوقت
  - تحتوي على مكونات تكون أنت تتحسس منها أو يمكن أن تتحسس منها
  - يحتوي على كميات غير آمنة من أدوية الألم الأفيونية
- إذا وجدنا مشكلة محتملة عند استخدامك للأدوية المقررة بوصفة طبية، نعمل مع موفر الرعاية الذي تتعامل معه لحل المشكلة.

### G2. برامج لمساعدتك على إدارة العقاقير الدوائية الخاصة بك

تتضمن خطتنا برنامجاً لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات بدون أي تكلفة عليك من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (Medication Therapy Management, MTM). هذا البرنامج اختياري ومجاني. يساعدك هذا البرنامج أنت وموفر الرعاية الخاص بك على التأكد من أن أدويةك تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، سيقدم الصيدلي أو مهني صحي آخر مراجعة شاملة بشأن جميع الأدوية الخاصة بك ويتحدث معك بشأن ما يلي:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها
  - أي مخاوف لديك مثل تكاليف الدواء وتفاعله
  - الطريقة الأفضل لتناول الدواء
  - أي أسئلة أو مشاكل لديك بشأن وصفتك والأدوية غير المقررة بوصفة طبية
- بعد ذلك، سوف يعطونك:

- ملخص مكتوب لهذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة الإجراءات المتعلقة بالأدوية التي تقدم توصيات حول ما يمكنك القيام به لتحقيق أقصى استفادة من أدويةك.
  - قائمة أدوية شخصية تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها وكم تأخذ منها ومتى وسبب تناولك لها.
  - معلومات عن التخلص الآمن من أدوية الوصفات الطبية التي تعتبر مواد خاضعة للمراقبة.
- من الجيد التحدث مع مقدم الوصفات الطبية حول خطة الإجراء وقائمة الأدوية الخاصة بك.

• خذ خطة الإجراء وقائمة الأدوية إلى مراجعتك أو في أي وقت تتحدث فيه إلى طبيبك والصيدلي وموفري الرعاية الصحية الآخرين.

• خذ معك قائمة الأدوية إذا ذهبت إلى المستشفى أو إلى غرفة الطوارئ.

برامج MTM اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، نقوم بتسجيلك في البرنامج وإرسال المعلومات إليك. إن لم ترد أن تكون جزءاً من البرنامج، أعلمنا وسنخرجك منه.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، اتصل بخدمات الأعضاء.

### G3. برنامج الإدارة الذاتية للعقاقير الدوائية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية

يوجد لدى خطتنا برنامج يمكن أن يساعد الأعضاء على استخدام أدوية وصفاتهم الأفيونية والأدوية الأخرى التي يساء استخدامها عادة. يسمى هذا البرنامج برنامج إدارة العقاقير الدوائية (Drug Management Program, DMP).

إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة مقدمي وصفات طبية أو صيدليات أو أخذت جرعة زائدة من الأفيون مؤخراً، فمن الممكن أن نتحدث مع مقدم وصفاتك الطبية أو صيدليتك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية ملائم وضروري من الناحية الطبية. بالعمل مع مقدمي وصفاتك الطبية، إذا قررنا أن استخدامك لأدوية الوصفات الطبية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين غير آمن، فقد نحد كيفية حصولك على تلك الأدوية. وقد تتضمن الحدود ما يلي:

• الطلب منك الحصول على كافة الوصفات الطبية لهذه الأدوية من صيدلية معينة و/أو من مقدم وصفات طبية معين

• تحديد كمية تلك الأدوية التي نغطيها لك

إذا كنا نعتقد أن حد واحد أو أكثر يجب أن ينطبق عليك، نرسل لك رسالة مسبقاً. ستخبرك الرسالة بما إذا كنا سنحد من تغطية هذه العقاقير الدوائية لك، أو إذا كان سيطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية من موفر رعاية معين أو صيدلية معينة فقط.

ستتاح لك الفرصة لتخبرنا أي مقدمي الوصفات الطبية أو الصيدليات تفضل التعامل معها وأية معلومات تعتقد بأن من المهم أن نعرفها. إذا قررنا الحد من تغطيتك لهذه الأدوية بعد أن يكون لديك فرصة للرد، نرسل لك رسالة أخرى تؤكد على القيود.

إذا كنت تعتقد بأننا قد ارتكبنا خطأً أو إذا كنت لا توافق على أنك معرض لخطورة سوء استخدام الأدوية المقررة بوصفة طبية أو إذا كنت لا توافق على الحدود القصوى فيمكنك أنت أو من يصف لك الدواء تقديم طعن. إذا قدمت طعناً، فسُترجع حالتك وسنبلغك بقرارنا. إذا وصلنا رفض أي جزء من الطعن الذي تقدمت به بخصوص القيود المتعلقة بحصولك على هذه الأدوية، فسوف نقوم تلقائياً بإرسال حالتك إلى منظمة مراجعة مستقلة (Independent Review Organization, IRO). (لمعرفة المزيد حول الطعون و IRO، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.)

قد لا ينطبق DMP عليك إذا كنت:

• لديك حالات طبية معينة مثل السرطان، أو مرض فقر الدم المنجلي،

• كنت تحصل على رعاية الأمراض العضال أو الرعاية التلطيفية أو رعاية نهاية الحياة أو

• تقييم في مرفق رعاية طويلة الأجل.

## الفصل 6: ما تقوم بدفعه مقابل عقاقير برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal المقررة بوصفة طبية

### مقدمة

يوضح هذا الفصل ما تقوم بدفعه للحصول على أدوية وصفات مرضى العيادات الخارجية. نعني بكلمة "الأدوية":

- أدوية القسم D المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، و
- الأدوية والعناصر التي يغطيها برنامج Medi-Cal Rx و
- الأدوية والعناصر التي تغطيها خطتنا باعتبارها مزايا إضافية.

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، ستحصل على خدمات "المساعدة الإضافية" من برنامج Medicare للمساعدة في سداد تكاليف عقاقير القسم D الخاصة بك المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare.

إن برنامج المساعدة الإضافية هو أحد برامج Medicare التي تساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في تخفيض تكاليف عقاقير القسم D الخاصة بك المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، كأقساط التأمين والاقتراعات وحصص المشاركة في الدفع. كما يطلق على برنامج المساعدة الإضافية أيضًا "إعانة الدخل المنخفض" أو "LIS".

تظهر المصطلحات المهمة الأخرى وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

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

- قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية لدينا.
  - نسميها "قائمة الأدوية" توضح لك:
    - الأدوية التي ندفع مقابلها
    - إذا كانت هناك أي قيود أو حدود مفروضة على الأدوية أم لا
  - إذا كنت بحاجة إلى نسخة عن قائمة الأدوية لدينا، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا العثور على أحدث نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا على موقعنا [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).
  - تغطي L.A. Care Medicare Plus معظم الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من الصيدلية. العقاقير الأخرى، مثل بعض الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (over-the-counter, OTC) وبعض الفيتامينات، قد تكون مشمولة بتغطية Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([medi-calrx.dhcs.ca.gov/](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov/)) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) الصادرة عن برنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



• **الفصل 5 من كتيب الأعضاء.**

- يخبرك عن كيفية حصولك على أدوية مرضى العيادات الخارجية المقررة بوصفة طبية من خلال خطتنا.
- ويتضمن القواعد التي يتوجب عليك اتباعها. كما أنه أيضاً يخبرك بأنواع العقاقير المقررة بوصفة طبية التي لا تغطيها خطتنا.
- عند استخدام "أداة المزايا في الوقت الفعلي" (Real Time Benefit Tool) الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية العقاقير الدوائية (راجع الفصل 5، القسم B2)، يتم توفير التكلفة المعروضة في "الوقت الفعلي" مما يعني أن التكلفة المعروضة في الأداة تعكس لحظة في الوقت المناسب لتقديمها لتقدير للتكاليف التي يُتوقع أن تدفعها كتكاليف نثرية. يمكنك الاتصال مع قسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
- دليل موفري الرعاية الصيدليات الخاص بنا.
  - في أغلب الحالات، يجب أن تستخدم صيدلية الشبكة للحصول على أدويةك الخاضعة للتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات وافقت على العمل معنا.
  - يدرج دليل موفري الرعاية الصيدليات التابعة لشبكتنا. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن الصيدليات التابعة للشبكة.

**جدول المحتويات**

147.....	A. شرح الاستحقاقات (EOB)
148 .....	B. كيفية تتبع تكاليف العقاقير الدوائية المقررة بوصفة طبية.
149.....	ماذا لو وجدت أخطاءً في هذا الملخص؟
149.....	ماذا عن الاحتمال المحتمل؟
149.....	C. أنت لا تدفع شيئاً مقابل صرفية عقار دوائي لمدة شهر واحد أو صرفية طويلة الأجل
149.....	C1. الحصول على صرفية عقار دوائي طويلة الأجل
149.....	C2. ما تقوم بدفعه.
150.....	D. التحصين باللقاحات.
151.....	D1. ما يجب أن تعرفه قبل أن تحصل على التحصين باللقاحات.



**A. شرح الاستحقاقات (EOB)**

تتابع خطتنا تكاليف الوصفة الخاصة بك. نتابع نوعين من التكاليف:

- «التكاليف التي تدفعها أنت إنه مبلغ من المال تدفعه أنت، أو يدفعه الآخرون نيابةً عنك، مقابل الوصفات الطبية. يتضمن ذلك ما دفعته عند حصولك على عقار دوائي مغطى من القسم D، وأي مدفوعات مقابل عقاقير دوائية قام بها أفراد الأسرة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات مقابل أدويةك من خلال «المساعدة الإضافية» من برنامج Medicare أو خطط الرعاية الصحية لصاحب العمل أو نقابة الخطة الصحية، وTRICARE، والخدمة الصحية للسكان الأصليين وبرامج مساعدة العقاقير الدوائية للإيدز والجمعيات الخيرية، ومعظم برامج مساعدة أدوية الولاية (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAP).

- إجمالي تكاليف العقاقير الدوائية الخاصة بك هذا هو مجموع كل المدفوعات التي تم إجراؤها مقابل العقاقير الدوائية المغطاة بالقسم D. وهو يشمل ما دفعته الخطة، وما دفعته البرامج أو المنظمات الأخرى مقابل العقاقير الدوائية الخاصة بك التي يغطيها القسم D.

عندما تحصل على العقاقير المقررة بوصفة طبية من خلال خطتنا، نرسل إليك تقريراً يسمى شرح الاستحقاقات ونطبق عليه اختصاراً اسم شرح الاستحقاقات (Explanation of Benefits, EOB). إن EOB هذا ليس فاتورة. يتضمن EOB المزيد من المعلومات عن العقاقير الدوائية التي تأخذها. يخبرك شرح الاستحقاقات المبلغ الإجمالي الذي أنفقته أو أنفقه آخرون نيابةً عنك على الأدوية المقررة بوصفات طبية الخاصة بك، وكذلك المبلغ الإجمالي الذي سددها لكل دواء من الأدوية المقررة بوصفات طبية الخاصة بك خلال كل شهر تستخدم فيه المزايا. يشتمل تقرير EOB على:

- معلومات الشهر. يوضح لك الملخص الأدوية المقررة بوصفة طبية التي حصلت عليها للشهر الماضي. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، إضافة إلى ما دفعته أنت أو دفعه آخرون عنك.
- معلومات من بداية العام حتى تاريخه. هذا إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات مقابل أدويةك منذ 1 يناير.
- معلومات أسعار الأدوية. هذا هو السعر الإجمالي للعقار الدوائي وأي تغيير بالنسبة المئوية في سعر العقار الدوائي منذ أول صرفية.
- بدائل التكلفة الأدنى. عندما تكون متوفرة، فإنها تظهر في الملخص تحت أدويةك الحالية. يمكنك التحدث إلى من يقدم لك الوصفات الطبية لمعرفة المزيد.

نوفر تغطية للأدوية غير الخاضعة لتغطية Medicare.

- لا تحتسب مدفوعات هذه العقاقير الدوائية ضمن إجمالي التكاليف الشهرية.
- تغطي الخطة معظم أدوية الوصفات الطبية التي تحصل عليها من الصيدلية. العقاقير الأخرى، مثل بعض الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد تكون مشمولة بتغطية Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) للحصول على المزيد من المعلومات. يمكنك أيضاً الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) الصادرة عن Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.
- للتعرف على العقاقير الدوائية التي تغطيها خطتنا، راجع قائمة الأدوية لدينا.



**B. كيفية تتبع تكاليف العقاقير الدوائية المقررة بوصفة طبية**

لمتابعة تكاليف العقاقير الدوائية الخاصة بك والمبالغ التي تدفعها، نستخدم السجلات التي نحصل عليها منك ومن الصيدلية. فيما يلي الطريقة التي يمكنك مساعدتنا من خلالها:

**1. استخدم بطاقة هوية الخطة.**

اظهر بطاقة هوية الخطة في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية. يساعدنا ذلك في معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها وما تقوم بدفعه.

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

زودنا بنسخ من إيصالات الأدوية الخاضعة للتغطية التي دفعت مقابلها. يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من تكلفة العقار الدوائي.

فيما يلي بعض الأمثلة التي يتعين عليك فيها تسليمنا نسخاً من الإيصالات فيها:

- عند شرائك دواء خاضع للتغطية من أحد الصيدليات التابعة للشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءاً من مزايا خطتنا
- عندما تدفع مقدار المشاركة في الدفع للأدوية التي تحصل عليها ببرنامج مساعدة المرضى لمصنع الدواء
- عند شرائك دواءً من صيدليات غير تابعة لشبكة التأمين
- عندما تدفع السعر الكلي لدواء خاضع للتغطية

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

**3. أرسل لنا معلومات الدفعات التي سددتها آخرون نيابةً عنك.**

يتم احتساب المبالغ التي دفعها أشخاص آخرون محددون ومؤسسات أخرى محددة في إجمالي التكاليف النثرية. على سبيل المثال، يتم احتساب جميع المدفوعات الصادرة من برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (AIDS drug assistance program, ADAP) والخدمات الصحية للسكان الأصليين ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن التكاليف النثرية.

**4. تفقد BOE التي نرسلها إليك.**

عندما يصلك EOB بالبريد، تأكد من اكتماله وصحته.

- هل تعرف اسم كل صيدلية؟ تحقق من التواريخ. هل حصلت على عقاقير دوائية في ذلك اليوم؟
- هل حصلت على العقاقير الدوائية المدرجة؟ هل تتطابق مع تلك المدرجة في إيصالاتك؟ هل تتطابق العقاقير الدوائية مع ما وصفه الطبيب لك؟

لمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لدى L.A. Care Medicare Plus أو قراءة كتيب الأعضاء لدى L.A. Care Medicare Plus. يمكنك طلب نسخة من كتيب الأعضاء من خلال الاتصال مع خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الرجوع إلى كتيب الأعضاء الموجود على موقعنا الإلكتروني على العنوان الإلكتروني الموجود أسفل الصفحة أو تنزيله.



**ماذا لو وجدت أخطاءً في هذا الملخص؟**

إذا كان هناك شيء محير أو لا يبدو صحيحًا في EOB هذا، فيرجى الاتصال بنا على خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus. يمكنك أيضًا العثور على إجابات للعديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: [www.medicare.lacare.org](http://www.medicare.lacare.org).

**ماذا عن الاحتيال المحتمل؟**

إذا أوضح هذا الملخص عقاقير دوائية لا تتناولها، أو بدا فيه أي شيء آخر مريبًا بالنسبة لك، فيرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمات أعضاء L.A. Care Medicare Plus.
- أو اتصل مع Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار 24 ساعة يوميًا، و 7 أيام في الأسبوع.
- إذا كنت تشك في أن موفر الرعاية الذي يحصل على برنامج Medi-Cal قد ارتكب احتيالًا أو تبيدًا أو إساءة، فمن حقك الإبلاغ عن ذلك عن طريق الاتصال بالرقم المجاني السري 1-800-822-6222. يمكن العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن احتيال يتعلق ببرنامج Medi-Cal على: [www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx).

إذا كنت تعتقد أن هناك ما هو خاطئ أو غير كامل، أو إذا كانت لديك أية أسئلة، اتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الاطلاع أو إجراء تغييرات على المعلومات باستخدام حساب L.A. Care Connect عبر الإنترنت. إن L.A. Care Connect هو حساب متوفر على شبكة الإنترنت لأعضاء L.A. Care Medicare Plus الذين يسجلون. يمكنك التسجيل والدخول إلى حساب L.A. Care Connect من خلال زيارة [www.medicare.lacare.org](http://www.medicare.lacare.org). احتفظ بنسخ EOB هذه. فهي سجل مهم لنفقات عقاقيرك الدوائية.

**C. أنت لا تدفع شيئًا مقابل صرفية عقار دوائي لمدة شهر واحد أو صرفية طويلة الأجل**

مع خطتنا، أنت لا تدفع شيئًا مقابل الأدوية الخاضعة للتغطية طالما أنك تتبع قواعدنا.

**C1. الحصول على صرفية عقار دوائي طويلة الأجل**

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على صرفية طويلة الأجل (يطلق عليه أيضًا «صرفية ممتدة») عند صرفك للوصفة الطبية. الصرفية التي تكفي لفترة طويلة هي صرفية تكفي لفترة تصل إلى 100 يومًا. لا تترتب تكلفة عليك مقابل الحصول على صرفية لمدة طويلة.

للحصول على تفاصيل بخصوص المكان وكيفية الحصول على صرفية طويلة الأجل لأحد الأدوية، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء ودليل موفري الرعاية والصيدليات.

**C2. ما تقوم بدفعه**

تغطي الخطة معظم أدوية الوصفات الطبية التي تحصل عليها من الصيدلية. العقاقير الأخرى، مثل بعض الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد تكون مشمولة بتغطية Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([www.medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov)) للمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء برنامج



Medi-Cal على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) الصادرة عن Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

حصة التكلفة التي تدفعها عندما تحصل على صرفية تكفي لمدة شهر أو من الدواء الخاضع للتغطية من:

صيدلية غير تابعة لشبكة التأمين	صيدلية تابعة للشبكة تقدم علاجات للرعاية طويلة الأجل	خدمة الطلب بالبريد الخاصة بخطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف الفئة 1 (كافة العقاقير الدوائية في القسم D)
صرفية تكفي لمدة 30 يوماً. وتقتصر التغطية على حالات معينة. راجع الفصل 5 من مكتب الأعضاء للتفاصيل.	صرفية تكفي لغاية 31 يوماً	صرفية تكفي مدة شهر واحد أو لغاية 100 يوم	صرفية تكفي مدة شهر واحد أو لغاية 100 يوم	\$0
\$0	\$0	\$0	\$0	\$0

نظراً لأنك مؤهل للحصول على «برنامج المساعدات الإضافية»، فلن تدفع شيئاً مقابل تكاليف العقاقير الدوائية المقررة بوصفة طبية لك طالما أنك تتبع قواعدها. إذا لم تعد مؤهلاً للحصول برنامج المساعدات الإضافية، فإن تكاليف العقاقير الدوائية قد تتغير.

لمزيد من المعلومات حول الصيدليات التي يمكنها تقديم الإمدادات طويلة الأجل الخاصة بك، راجع دليل موفري الرعاية والصيدليات التابع إلى خطتنا.

## D. التحصين باللقاحات

رسالة هامة حول ما تقوم بدفعه مقابل اللقاحات: تعتبر بعض اللقاحات مزايا طبية وهي مشمولة بالتغطية بموجب القسم B في برنامج Medicare. وتعد اللقاحات الأخرى عقاقير دوائية مشمولة بالتغطية بموجب القسم D في برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه اللقاحات مدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كاتب الوصفات) بالخطأ. تغطي خطتنا غالبية اللقاحات في القسم D في برنامج Medicare للبالغين بدون تكلفة عليك. راجع قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كاتب الوصفات) في خطتك أو اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل التغطية ومبالغ المشاركة في تحمل التكاليف بخصوص لقاحات معينة.

تنقسم تغطيتنا للتحصين باللقاحات في القسم D في برنامج Medicare إلى جزأين:

- الجزء الأول من التغطية مخصص لتكلفة المصل نفسه. والمصل عبارة عن أحد الأدوية المقررة بوصفة طبية.
- الجزء الثاني من التغطية مخصص لتكلفة إعطائك حقنة المصل. على سبيل المثال، في بعض الأحيان قد تتلقى مصل من خلال حقنة يعطيها إليك طبيبك.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**D1. ما يجب أن تعرفه قبل أن تحصل على التحصين باللقاحات**

نوصيك بالاتصال مع خدمات الأعضاء إذا كنت تخطط للحصول على مطعم.

- يمكننا إخبارك كيف تغطي خطتنا اللقاح الخاص بك.
- يمكننا أن نخبرك بشأن كيفية الحفاظ على انخفاض التكاليف الخاصة بك من خلال استخدام موفري الرعاية التابعين للشبكة والصيدليات التابعة للشبكة. توافق صيدليات الشبكة وموفرو الرعاية على العمل مع خطتنا. يعمل موفر الرعاية التابع للشبكة معنا للتأكد من عدم وجود تكاليف مسبقة مقابل لقاحات القسم D في برنامج Medicare.



## الفصل 7: مطالبتنا بدفع فاتورة وصلتك مقابل خدمات أو أدوية خاضعة للتغطية

### مقدمة

هذا الفصل يخبرك كيف ومتى ترسل لنا فاتورة لطلب دفعة. ويخبرك أيضاً كيف تقدم طعناً إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

- A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك أو العقاقير الدوائية الخاصة بك..... 153.
- B. إرسال طلب دفعة إلينا..... 156.
- C. قرارات بيان المزايا المغطاة..... 157.
- D. الطعون..... 157.



## A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك أو العقاقير الدوائية الخاصة بك

يجب ألا تحصل على فاتورة مقابل الخدمات أو الأدوية التي تحصل عليها داخل الشبكة. يجب على موفري الرعاية التابعين لشبكتنا إصدار فواتير للخطة مقابل الأدوية وخدماتك الخاضعة للتغطية بعد أن تحصل عليها. ويقصد بموفر الرعاية التابع للشبكة، موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية.

لا نسمح لموفري الرعاية برنامج L.A. Care Medicare Plus بمحاسبتك على هذه الخدمات أو العقاقير الدوائية. نحن ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحميك من تحمل أي تكاليف.

في حال حصولك على فاتورة مقابل الرعاية الصحية أو العقاقير الدوائية، فلا تدفع الفاتورة وأرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع القسم B.

- إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنُدفع لموفر الرعاية مباشرةً.
- إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية ودفعنا بالفعل، أي الفاتورة، فمن حَقك أن تطلب تعويض.
  - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، فسوف نعيد إليك المال.
- إذا كنت قد دفعت مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للتعويض (السداد) إذا استوفيت جميع الشروط التالية:
  - الخدمة التي تلقيتها هي خدمة يغطيها برنامج Medi-Cal ونحن مسؤولون عن دفعها. لن نقوم بتعويضك عن الخدمة التي لا تغطيها L.A. Care Medicare Plus.
  - لقد تلقيت الخدمة المغطاة بعد أن أصبحت عضواً مؤهلاً في L.A. Care Medicare Plus.
  - أنت تطلب استرداد المبلغ خلال عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة الخاضعة للتغطية.
  - أنت تقدم دليلاً على أنك دفعت مقابل الخدمة المغطاة، مثل إيصال مفصل من موفر الرعاية.
  - لقد تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية من خلال موفر رعاية تابع إلى برنامج Medi-Cal مسجل في شبكة L.A. Care Medicare Plus. لست بحاجة إلى تحقيق هذا الشرط إذا كنت قد حصلت على رعاية طوارئ أو خدمات تنظيم الأسرة أو خدمة أخرى يسمح برنامج Medi-Cal لموفري رعاية من خارج الشبكة القيام بها بدون موافقة مسبقة (تصريح مسبق).
- إذا كانت الخدمة الخاضعة للتغطية تتطلب عادة موافقة مسبقة (تصريح مسبق)، فأنت بحاجة إلى تقديم دليل من موفر الرعاية يوضح الحاجة الطبية للخدمة الخاضعة للتغطية.
- سيخبرك L.A. Care Medicare Plus ما إذا كان سيتم تعويضك في رسالة تسمى إشعار بالإجراء. إذا حققت كافة الشروط المذكورة أعلاه، فيجب على موفر الرعاية المسجل في برنامج Medi-Cal أن يعيد لك كامل المبلغ الذي دفعته. إذا رفض موفر الرعاية إعادة المبلغ لك، فسوف تسدد لك L.A. Care Medicare Plus كامل المبلغ الذي دفعته. سنقوم بتعويضك خلال 45 يوم عمل من استلام المطالبة. إذا كان موفر الرعاية مسجلاً في برنامج Medi-Cal، ولكنه ليس في شبكتنا ويرفض إعادة المبلغ لك، فسوف يعيد لك L.A. Care Medicare Plus المبلغ ولكن فقط لغاية المبلغ الذي يمكن أن يدفعه برنامج الرسوم مقابل الخدمات (Fee-For-Service, FFS) في برنامج Medi-Cal. سيعيد إليك L.A. Care Medicare Plus مبلغ المصروفات النثرية مقابل خدمات الطوارئ وخدمات

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



تنظيم الأسرة أو خدمة أخرى يسمح برنامج Medi-Cal بالحصول عليها من خلال موفري رعاية غير تابعين للشبكة بدون موافقة مسبقة. إذا لم تحقق أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن نقوم بإعادة المبلغ إليك.

- لن نعيد المبلغ إليك إذا:
  - لقد طلبت وتلقيت خدمات لا يغطيها برنامج Medi-Cal، مثل خدمات التجميل.
  - هذه الخدمة ليست ضمن الخدمات الخاضعة للتغطية لدى L.A. Care Medicare Plus.
  - ذهبت إلى طبيب لا يأخذ برنامج Medi-Cal ووقعت على نموذج يقول بأنك تريد أن يتم فحصك على أي حال وأنك ستدفع مقابل الخدمات بنفسك.
  - إذا كنا لا نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك.
- اتصل مع خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أية أسئلة. في حال حصولك على فاتورة وكنت لا تعلم ما يجب عليك فعله، يمكننا مساعدتك. يمكنك أيضاً الاتصال بنا إذا أردت إخبارنا بمعلومات حول طلب دفع أرسلته بالفعل إلينا.
- فيما يلي أمثلة على الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد ما دفعته أو دفع فاتورة تلقيتها:
- 1. عندما تتلقى رعاية طوارئ أو رعاية صحية عاجلة من موفر رعاية خارج الشبكة**
- اطلب من الموفر أن يرسل لنا فاتورة.

- في حال قيامك بدفع المبلغ بالكامل عند حصولك على الرعاية، اطلب منا رد المبلغ لك. أرسل إلينا الفاتورة وإثبات على أية دفعة دفعتها.
- يمكنك الحصول على الفاتورة من موفر الرعاية تطلب فيه دفع مبلغ تعتقد بأنك لا تدين به. أرسل إلينا الفاتورة وإثبات على أية دفعة دفعتها.
  - إذا كان يجب الدفع لموفر الرعاية، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرة.
  - إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل خدمة من خدمات Medicare، فسنقوم بإعادة المبلغ إليك.

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

- يجب على موفري الرعاية التابعين للشبكة أن يرسلوا الفاتورة إلينا دائماً. من المهم إظهار بطاقة هوية العضوية الخاصة بك عند تلقي أي خدمات أو وصفات طبية؛ ومع ذلك، يرتكب مزودو الشبكة أخطاء في بعض الأحيان، ويطلبون منك دفع ثمن خدماتك أو أكثر من حصتك من التكاليف. اتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا وصلتك أية فواتير.
- لأننا ندفع التكلفة الكاملة مقابل خدماتك، فأنت لست مسؤولاً عن دفع أية تكاليف. يجب على مزودي الرعاية عدم إصدار فواتير لك مقابل هذه الخدمات.
- حال حصولك على فاتورة من مقدم الخدمة التابع للشبكة، أرسل إلينا الفاتورة. سنتصل بموفر الرعاية مباشرة وسنهتم بالمشكلة.

- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة وصلتك من موفر رعاية تابع إلى الشبكة مقابل خدمات خاضعة للتغطية بموجب برنامج Medicare، أرسل إلينا الفاتورة ودليل يثبت أنك دفعت. سنرد إليك المبلغ الذي دفعته مقابل خدماتك الخاضعة للتغطية.

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

أحياناً، يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن اليوم الأول من التسجيل قد انقضى. ويمكن أن يكون السنة الماضية.)

- إذا تم تسجيلك بأثر رجعي ودفعت فاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا إعادة المبلغ إليك.
- أرسل إلينا الفاتورة وإثبات على أية دفعة دفعتها.

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

إذا استخدمت صيدلية غير تابعة للشبكة، تدفع تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية بالكامل.

- في حالات محدودة فقط، نقوم بتغطية الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات غير تابعة للشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال الخاص بك عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة.
- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.
- قد لا نقوم بسداد الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والمبلغ الذي سندفعه في الصيدلية التابعة للشبكة.

### 5. عندما تدفع التكلفة الكاملة لوصفة طبية في القسم D في برنامج Medicare لأنك لم تكن تحمل معك بطاقة معرف عضويتك

إذا لم يكن لديك بطاقة هوية الخطة، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيل الخطة الخاصة بك.

- إذا كانت الصيدلية غير قادرة على الحصول على المعلومات التي تحتاج إليها على الفور، فقد يتوجب عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بنفسك أو العودة ومعك بطاقة هوية الخطة.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال الخاص بك عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة.
- قد لا نقوم بسداد التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.

### 6. عندما تدفع التكلفة الكاملة لدواء مقرر بوصفة طبية في القسم D في برنامج Medicare ليس خاضعاً للتغطية

قد تدفع التكلفة كاملة للدواء المقرر بوصفة طبية لأن الدواء ليس خاضعاً للتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية) على موقعنا الإلكتروني أو قد يكون له متطلب أو قيد لا تعرفه أو لا تعتقد أنه ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فقد يجب عليك دفع تكلفته كاملة.

- إذا لم تدفع مقابل الدواء ولكنك تعتقد بأنه يجب علينا تغطيته، فيمكنك طلب قرار ببيان المزايا المغطاة (راجع **الفصل 9** من كيتيب الأعضاء).
  - إذا كنت تعتقد أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر أنك بحاجة إلى الدواء على الفور، (خلال 24 ساعة) فيمكنك طلب قرار تغطية سريع (راجع **الفصل 9** من كيتيب الأعضاء).
  - أرسل إلينا نسخة من الإيصال الخاص بك عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر لتعويضك عن تكلفة الدواء. قد لا نقوم بسداد التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.
- عند إرسالك طلب دفع إلينا، نراجع ونقرر فيما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. وهذا يطلق عليه إصدار "قرار ببيان المزايا المغطاة". إذا قررنا أنه يجب تغطية الخدمة أو الدواء، فإننا ندفع مقابله.
- وإذا رفضنا مطالبتك لنا بالدفع، يمكنك الطعن على قرارنا. لمعرفة كيفية تقديم طعن، راجع **الفصل 9** من كيتيب الأعضاء.

## B. إرسال طلب دفعة إلينا

أرسل إلينا الفاتورة وما يثبت قيامك بالدفع مقابل خدمات برنامج Medicare. دليل الدفع قد يكون نسخة من شيك كتبتة أو إيصال من موفر رعاية. **يستخدم الاحتفاظ بنسخة من الفواتير والإيصالات لتكون ضمن سجلاتك.** يمكنك أن تطلب المساعدة من مسؤول إدارة الرعاية الخاص بك. يجب أن ترسل طلبك إلينا خلال 365 يوم من تاريخ تلقك الخدمة أو العنصر أو العقار الدوائي.

أرسل طلبك للدفع عبر البريد ومعه أي فواتير أو إيصالات على العنوان التالي:

L.A. Care Health Plan  
Attn: Member Reimbursement Requests  
P.O. Box 811610  
Los Angeles, CA 90081

يمكنك أيضًا الاتصال بنا لطلب الدفع. اتصل مع خدمات الأعضاء على 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات. يمكنك أيضًا إرسال طلب الدفع بالفاكس مع الإيصالات إلى 213-438-5012

يجب عليك تقديم طلبك إلينا خلال 36 شهرًا من تاريخ حصولك على العقار الدوائي.

يجب عليك تقديم طلبك إلينا خلال 365 يومًا من تاريخ حصولك على الخدمة أو الأداة.



**C. قرارات بيان المزايا المغطاة**

عند نستلم طلبك للدفع، نقوم بإصدار قرار بيان المزايا المغطاة. هذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء. نقرر أيضًا مبلغ المال الذي يجب عليك دفعه، إن وجد.

- سوف نُعلمك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء واتبعت جميع القواعد للحصول عليها، فإننا ندفع مقابل ذلك. إذا قمت بالفعل بالدفع مقابل الخدمة أو الدواء، فسنقوم بإرسال شيك إليك عبر البريد بما دفعته. إذا دفعت التكلفة الكاملة للدواء، فقد لا يتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على الدواء من صيدلية غير تابعة الشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه). إذا لم تدفع، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرة.

**الفصل 3** من كتيب الأعضاء يشرح قواعد تغطية الخدمات المقدمة لك. **الفصل 5** من كتيب الأعضاء يشرح قواعد تغطية أدوية القسم D المقررة بوصفات طبية من برنامج Medicare.

- إذا قررنا عدم الدفع مقابل الخدمة أو العقار الدوائي، فسوف نرسل لك رسالة تتضمن الأسباب. توضح الرسالة أيضًا حقوقك في تقديم طعن.
- للتعرف على المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع الفصل 9.

**D. الطعون**

إذا كنت تعتقد أننا قد ارتكبنا خطأ برفض طلب الدفع الخاص بك، يمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا. ويطلق على هذا الأمر "تقديم طعن" يمكنك أيضًا تقديم طعن في حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.

عملية تقديم الطعون عملية رسمية تتضمن إجراءات دقيقة ومواعيد نهائية. لمعرفة المزيد حول الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء.

- لتقديم طعن بخصوص الحصول على تعويض مقابل خدمة رعاية صحية، راجع القسم F.
- لتقديم طعن بخصوص الحصول على تعويض مقابل دواء، راجع القسم G.

## الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك كعضو في خطتنا. يجب أن نحترم حقوقك. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

169	A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك
171	B. مسؤوليتنا في أن نتأكد من حصولك على الخدمات والعقاقير الدوائية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب
171	C. مسؤوليتنا في حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)
172	C1. كيف نحمي PHI الخاصة بك
172	C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية
173	D. مسؤوليتنا في إعطائك المعلومات
174	E. عدم قدرة الموفرين التابعين للشبكة على إرسال فاتورة إليك مباشرة
174	F. حقك في ترك خطتنا
174	G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية
174	G1. حقك في معرفة خياراتك العلاجية واتخاذ القرارات
175	G2. حقك في قول ما تود أن يحدث حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك
176	G3. ما يجب عليك القيام به في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك
176	H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قرارات اتخذناها
176	H1. ماذا تفعل بخصوص المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك
177	I. مسؤولياتك كعضو في الخطة



## A. Your right to get services and information in a way that meets your needs

We must ensure **all** services are provided to you in a culturally competent and accessible manner. 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 are 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.
- Interpreting services are available. To get an interpreter, just call us at 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 hours a day, 7 days a week, including holidays.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To obtain materials in one of these alternative formats, please call Member Services or write to:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- You can ask that we always send you information in the language or format you need. This is called a standing request. We will keep track of your standing request so you do not need to make separate requests each time we send you information. To get this document in a language other than English and/or in an alternate format, please contact Member Services at (833) 522-3767, TTY: 711, 24 hours a day, 7 days a week, including holidays. A representative can help you make or change a standing request.

Members have the right to make recommendations regarding the organization's member rights and responsibilities policy.

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). You can call 24 hours a day, 7 days a week. 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.



## A. Su derecho de obtener servicios e información de una manera que satisfaga sus necesidades

Debemos asegurarnos de que **todos** los servicios se le brinden de una manera culturalmente competente y accesible. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que sea miembro de nuestro plan.

- Para obtener información en una manera que pueda comprender, llame a Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación para responder a las preguntas en diferentes idiomas.
- Los servicios de interpretación están disponibles. Para obtener los servicios de un intérprete, puede llamarnos al 1-833-522-3767 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del inglés, incluyendo árabe, armenio, chino, punjabi, hindi, hmong, japonés, laosiano, mien, camboyano, farsi, coreano, ruso, español, tagalo, tailandés, ucraniano y vietnamita, y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios para los Miembros o escriba a:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- Puede solicitar que siempre le enviemos la información en el idioma o formato que necesite. Esto se denomina "solicitud permanente". Llevaremos un registro de su solicitud permanente para que no tenga que hacer solicitudes distintas cada vez que le enviemos información. Para obtener este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo, llame a Servicios para los Miembros al (833) 522-3767, TTY: 711, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, incluso los días festivos. Un representante puede ayudarle a realizar o modificar una solicitud permanente.
- Los miembros tienen derecho a hacer recomendaciones con respecto a la política de derechos y responsabilidades de los miembros de la organización.

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas con el idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal al 916-440-7370. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 711.
- Departamento de Salud y Servicios Humanos, Oficina de Derechos Civiles al 1-800-368-1019. Los usuarios de la línea TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



## A. Ծառայություններ և եղեկություններ ձեզ հարմար ձևով ստանալու ձեր իրավունքը

Մենք պետք է երաշխավորենք, որ բոլոր ծառայությունները ձեզ տրամադրվում են մշակութային ձեռնհասությամբ և մատչելի կերպով: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ համար հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, որ դուք ծրագրի անդամ եք:

- Ձեզ համար հասկանալի ձևով տեղեկություններ ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի բանավոր թարգմանչական ծառայություններ, որոնք կարող են պատասխանել ձեր հարցերին տարբեր լեզուներով:
- Մատչելի են բանավոր թարգմանչական ծառայություններ: Բանավոր թարգմանիչ ստանալու համար պարզապես զանգահարեք մեզ 1-833-522-3767 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը:
- Մեր ծրագիրը կարող է ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, ներառյալ՝ արաբերեն, հայերեն, չինարեն, փենջաբերեն, հինդի, հնոնգ, ճապոներեն, լաոսերեն, միեն, կամբոջերեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, տազալերեն, թայերեն, ուկրաիներեն և վիետնամերեն լեզուներով, ինչպես նաև հետևյալ ձևաչափերով՝ խոշոր տառատեսակով, բրեյլով կամ ձայնագրությամբ:  
Այս այլընտրանքային ձևաչափերից մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին կամ գրել այստեղ՝

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

Դուք կարող եք խնդրել, որ մենք միշտ ձեզ տեղեկություններ ուղարկենք ձեր ընտրած լեզվով կամ ձևաչափով: Սա կոչվում է մշտական խնդրանք: Մենք կհետևենք ձեր մշտական խնդրանքին, որպեսզի ամեն անգամ տեղեկություն ստանալիս առանձին խնդրանքներ չուղարկեք: Որպեսզի ստանաք այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով և/կամ այլընտրանքային ձևաչափով, խնդրում ենք զանգահարել Անդամների սպասարկման բաժին՝ (833) 522-3767 հեռախոսահամարով, TTY՝ 711, օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր, ներառյալ տոն օրերը: Ներկայացուցիչը կարող է օգնել ձեզ մշտական խնդրանք կատարել կամ փոխել այն:

Անդամներն իրավունք ունեն առաջարկություններ անել կազմակերպության անդամի իրավունքների և պարտականությունների քաղաքականության վերաբերյալ:





- សមាជិកមានសិទ្ធិផ្តល់ការណែនាំទាក់ទងនឹងគោលនយោបាយស្តីពីសិទ្ធិនិងទំនួលខុសត្រូវសមាជិករបស់ស្ថាប័ន។

ប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាពិបាកក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងយើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព និងចង់ធ្វើការប្តឹងតវ៉ា សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់៖

- Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)។ អ្នកអាចធ្វើការហៅទូរសព្ទបាន 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ 7 ថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 1-877-486-2048។
- ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋរបស់ Medi-Cal តាមរយៈលេខ 916-440-7370។ អ្នកប្រើ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅលេខ 711
- ក្រសួងសុខាភិបាលនិងសេវាមនុស្សជាតិសហរដ្ឋអាមេរិក ការិយាល័យសិទ្ធិពលរដ្ឋ តាមរយៈលេខ 1-800-368-1019។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY គួរតែទូរសព្ទទៅកាន់លេខ 1-800-537-7697។

## A. អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។

អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។

- អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។
- អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។
- អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។ អ្នក ត្រូវ ទទួល បាន ព័ត៌មាន អំពី ការ ប្រើប្រាស់ របស់ អ្នក ។



- أعضاء حق دارند در مورد سیاست حقوق و مسئولیت‌های سازمان توصیه‌هایی را ارائه کنند.
- اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما مشکل دارید و می‌خواهید شکایت کنید، طبق اطلاعات زیر تماس بگیرید:
- Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-486-877-2048 تماس بگیرند.
- دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370. کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند
- اداره بهداشت و خدمات انسانی، دفتر حقوق مدنی به شماره 1-800-368-1019. کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

## A. 가입자의 요구 사항에 부합하는 방식으로 서비스와 정보를 얻을 권리

당사는 가입자에게 제공되는 모든 서비스가 문화적으로 능숙하고 접근성이 좋은 방식으로 제공되도록 해야 합니다. 또한 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택과 가입자의 권리를 알려야 할 의무도 있습니다. 가입자가 플랜에 가입한 이상 매년 가입자의 권리를 알려야 합니다.

- 정보를 이해하기 쉬운 방식으로 받으시려면 가입자 서비스부에 연락하십시오. 플랜에서 무료 통역사 서비스를 제공하여 다양한 언어로 질문에 답해드리고 있습니다.
- 무료 통역사 서비스가 제공됩니다. 통역사 서비스를 이용하려면 1-833-522-3767 (TTY: 711) 번으로 전화하기만 하면 됩니다. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함).
- 플랜에서는 자료를 아랍어, 아르메니아어, 중국어, 핀란드어, 힌디어, 몽어, 일본어, 라오스어, 멘어, 캄보디아어, 크메르어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어, 태국어, 우크라이나어와 베트남어 버전으로 작성된 대형 활자 인쇄, 점자 또는 오디오 등의 형식으로도 제공합니다. 이러한 대체 형식으로 자료를 받아보려면 가입자 서비스에 문의하거나 다음 우편 주소로 문의하시기 바랍니다.

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- 언제든지 원하는 언어와 형식으로 정보를 요청할 수 있습니다. 이를 표준 요청이라고 합니다. 플랜에서는 정보를 보낼 때마다 별도 요청을 하지 않아도 될 수 있도록 귀하의 표준 요청을 기록할 것입니다. 이 문서를 영어 외의 다른 언어나 대체 형식으로 받아보고자 하는 경우, 가입자 서비스 (833)522-3767(TTY: 711)번으로 문의하십시오. 이 전화는 하루 24시간, 연중무휴로 운영합니다(공휴일 포함). 담당자가 표준 요청을 만들거나 변경하는 데 도움을 드릴 것입니다.
- 가입자에게는 당사의 가입자 권리 및 책임 규정에 관해 추천안을 제시할 권리가 있습니다.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



언어 문제나 장애로 인해 플랜에서 정보를 얻는 데 어려움을 겪었고 이에 따라 불만을 제기하고자 하는 경우, 다음 전화번호로 문의하십시오.

- Medicare에 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)번으로 문의하십시오. 이 전화는 24 시간, 연중무휴 언제든지 이용하셔도 됩니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국 번호는 916-440-7370입니다. TTY 이용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국에 1-800-368-1019번으로 문의하십시오. TTY 이용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

## A. Ваше право на получение информации в соответствии с вашими потребностями

Мы должны удостовериться, что **все** услуги предоставляются вам культурно компетентным и доступным образом. Мы должны уведомлять вас о льготах в рамках плана и о ваших правах так, чтобы было вам понятно. Мы обязаны разъяснять вам ваши права каждый год, в течение которого вы являетесь участником нашего плана.

- Для получения информации наиболее понятным для вас способом позвоните в отдел обслуживания участников плана. Наш план предлагает бесплатные услуги устного переводчика, чтобы отвечать на вопросы на разных языках.
- Услуги устного перевода предоставляются бесплатно. Чтобы воспользоваться услугами устного переводчика, просто позвоните нам по телефону 1-833-522-3767 (линия TTY: 711) круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни.
- Наш план также может предоставлять вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, китайский, пенджаби, хинди, хмонг, японский, лаосский, миен, камбоджийский, фарси, корейский, русский, испанский, тагальский тайский, украинский и вьетнамский, а также в других форматах. например, крупный шрифт, шрифт Брайля или аудио. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в Службу поддержки участников или напишите по адресу:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- Вы можете попросить, чтобы мы всегда отправляли вам информацию на нужном вам языке или в формате. Это называется постоянным запросом. Мы будем отслеживать ваш постоянный запрос, поэтому вам не придется делать отдельные запросы каждый раз, когда мы отправляем вам информацию. Чтобы получить этот документ на языке, отличном от английского, и/или в альтернативном формате, обратитесь в Службу поддержки участников по телефону (833) 522-3767, линия TTY 711, круглосуточно, ежедневно, включая праздничные дни. Представитель может помочь вам составить или изменить постоянный запрос.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- У участников есть право вносить рекомендации, касающиеся правил о правах участников организации и их обязанностей.

Если вам трудно получить информацию от нашего плана по причине языкового барьера или инвалидности, и вы хотите подать жалобу, позвоните:

- в программу Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) Вы можете звонить круглосуточно и ежедневно. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- в офис Управления по гражданским правам программы Medi-Cal по телефону 916-440-7370. Пользователям линии ТТУ следует звонить 711. Пользователям линии ТТУ следует звонить по номеру 711.
- Звоните в Управление по гражданским правам Министерства здравоохранения и социального обеспечения по телефону 1-800-368-1019. Линия ТТУ: 1-800-537-7697.

## A. Ang inyong karapatang makakuha ng mga serbisyo at impormasyon sa paraan na tumutugon sa mga pangangailangan ninyo

Dapat naming tiyaking naibibigay sa inyo ang **lahat** ng serbisyo sa paraang isinasaalang-alang ang kultura at madaling i-access. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng aming plano at ang inyong mga karapatan sa paraan na maiintindihan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan bawat taon na kayo ay nasa aming plano.

- Pero kumuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan ninyo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit para sagutin ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Mayroong mga serbisyo ng pagsasalin-wika. Pero makakuha ng interpreter, tawagan lang kami sa 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday.
- Maaari ding magbigay sa inyo ang aming plano ng mga materyales sa mga wika maliban sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Chinese, Punjabi, Hindi, Hmong, Japanese, Laotian, Mien, Cambodian, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog Thai, Ukrainian at Vietnamese at sa mga format tulad ng malalaking titik, braille, o audio. Para makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro o sumulat sa:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

- Maaari mong hilingin na palagi kaming magpadala sa iyo ng impormasyon sa wika o format na kailangan mo. Tinatawag itong nagpapatuloy na kahilingan (standing request). Susubaybayan namin ang iyong kasalukuyang kahilingan para hindi mo

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



kailangang gumawa ng hiwalay na mga kahilingan sa tuwing magpapadala kami sa iyo ng impormasyon. Para makuha ang dokumentong ito sa isang wika maliban sa Ingles at/o sa isang alternatibong format, mangyaring makipag-ugnayan sa Mga Serbisyo sa Miyembro sa (833) 522-3767, TTY: 711, 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo, kasama ang mga holiday. Matutulungan ka ng isang kinatawan na gumawa o magbago ng isang nagpapatuloy na kahilingan.

- Ang mga miyembro ay may karapatang gumawa ng mga rekomendasyon tungkol sa patakaran sa mga karapatan at responsibilidad ng miyembro ng organisasyon.

Kung nahihirapan kayong makakuha ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o kapansanan at gusto ninyong magsampa ng reklamo, tumawag sa:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puwede kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, 7 araw sa isang linggo. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil ng Medi-Cal sa 916-440-7370. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 711
- Departamento ng Mga Serbisyon Pangkalusugan at Pantao ng U.S, Tanggapan para sa Mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Ang mga gumagamit ng TTY ay dapat tumawag sa 1-800-537-7697.

## A. 您有權以符合您需求的方式獲得服務和資訊

我們必須確保以符合您文化背景且無障礙的方式為您提供**所有**服務。我們也必須以您能理解的方式告訴您本計劃的福利和您的權利。在您參加我們計劃的期間，我們每年皆必須向您說明您的權利。

- 如要獲得以您能理解的方式提供的資訊，請致電會員服務部。本計劃有免費的口譯服務，可以使用不同語言回答問題。
- 您可使用口譯服務。若需要使用口譯員，您只需致電 1-833-522-3767 (TTY: 711) 與我們聯絡即可，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時（包含假日）。
- 本計劃也可以為您提供英文以外之其他語言版本的資料，包括阿拉伯文版、亞美尼亞文版、中文版、旁遮普文版、印地文版、苗文版、日文版、寮文版、勉語版、柬埔寨文版、波斯文版、韓文版、俄文版、西班牙文版、塔加拉文版、泰文版、烏克蘭文版和越南文版以及諸如大字版、盲文版或語音版等格式。如欲取得上述其中一種替代格式的資料，請致電與會員服務部聯絡或寫信至：

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017



- 您可要求我們永遠寄您所需之語言版本或格式的資訊給您。這稱為長期申請。我們會將您的長期申請記錄下來，這樣您就不需在我們每次寄資訊給您時均提出個別的申請。如欲取得本文件英文以外的其他語言版本和／或替代格式，請致電 (833) 522-3767、TTY: 711 與會員服務部聯絡，服務時間為每週 7 天，每天 24 小時 (包含假日)。代表可協助您提出或變更長期申請。
- 會員有權針對組織的會員權利與責任政策提出建議。

如果您因語言或殘障問題在獲取我們計劃提供的資訊方面遇到困難並想提出投訴，請致電：

- Medicare，電話號碼為 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。您每週 7 天，每天 24 小時均可致電。TTY 使用者請致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal 民權辦公室電話 916-440-7370。TTY 使用者請致電 711
- 請致電 1-800-368-1019 與美國衛生及公共服務部民權辦公室聯絡。TTY 使用者請致電 1-800-537-7697。

## A. Quý vị có quyền được nhận dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ được cung cấp cho quý vị theo cách có thể tiếp cận và phù hợp về mặt văn hóa. Chúng tôi phải cho quý vị biết các quyền lợi của chương trình chúng tôi và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình chúng tôi.

- Để được cấp thông tin bằng những hình thức quý vị hiểu được, xin gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên. Chương trình chúng tôi hiện có dịch vụ thông dịch miễn phí để giải đáp các thắc mắc bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Hiện có dịch vụ thông dịch. Để yêu cầu thông dịch viên, chỉ cần gọi chúng tôi theo số 1-833-522-3767 (TTY: 711), 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Hoa, tiếng Punjabi, tiếng Hindi, tiếng Hmong, tiếng Nhật, tiếng Lào, tiếng Miên, tiếng Campuchia, tiếng Farsi, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog, tiếng Thái, tiếng Ukraina và tiếng Việt và ở các định dạng như chữ in lớn, chữ nổi hoặc âm thanh. Để có được tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho ban Dịch Vụ Hội Viên hoặc viết thư cho:

L.A. Care Medicare Plus  
Attn: Member Services Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- Quý vị có thể yêu cầu chúng tôi luôn gửi cho quý vị thông tin bằng ngôn ngữ hoặc định dạng quý vị cần. Đây được gọi là yêu cầu thường trực. Chúng tôi sẽ theo dõi yêu cầu thường trực của quý vị để quý vị không cần phải thực hiện các yêu cầu riêng biệt mỗi khi chúng tôi gửi thông tin cho quý vị. Để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và/hoặc ở định dạng thay thế, vui lòng liên lạc với ban Dịch Vụ Hội Viên theo số (833) 522-3767, TTY: 711, 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần, kể cả ngày lễ. Một nhân viên đại diện có thể giúp quý vị thực hiện hoặc thay đổi một yêu cầu thường trực.
- Hội viên có quyền đưa ra các đề nghị liên quan đến chính sách về quyền và trách nhiệm của hội viên thuộc tổ chức

Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc lấy thông tin từ chương trình chúng tôi vì vấn đề ngôn ngữ hoặc do tình trạng khuyết tật, và quý vị muốn than phiền, xin gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ trong ngày, 7 ngày trong tuần. Người dùng TTY cần gọi 1-877-486-2048.
- Văn Phòng Dân Quyền của Medi-Cal theo số 1-916-440-7370. Người dùng TTY vui lòng gọi 711.
- Bộ Dịch Vụ Y Tế và Nhân Sinh Hoa Kỳ, Văn Phòng Dân Quyền theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY cần gọi số 1-800-537-7697.

## A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم **كافة** الخدمات لك بطريقة ملائمة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب أن نخبرك عن مزاياك في الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك عن حقوقك كل سنة تكون فيها عضواً في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم فوري مجانية متاحة للإجابة على أسئلة بلغات مختلفة.
- خدمات الترجمة الفورية متوفرة. وللحصول على خدمة مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 1-833-522-3767) 711، على مدار 24 ساعة يوميًا و7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضًا مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والصينية والبنجابية والهندية والهمونغ واليابانية واللاوسية والمينية والكمبودية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف الكبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو ملف صوتي. للحصول على مواد بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء أو الكتابة إلى:

L.A. Care Medicare Plus برنامج  
Attn: Member Services Department  
West 7th Street 1200  
Los Angeles, CA 90017

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- يمكنك أن تطلب منا أن نرسل لك دائمًا المعلومات باللغة أو بالتنسيق الذي تريده. وهذا ما يسمى بالطلب الدائم. وسنقوم بتتبع طلبك الدائم حتى لا تحتاج إلى تقديم طلبات منفصلة في كل مرة نرسل إليك فيها معلومات. للحصول على هذه الوثيقة بلغة غير الإنجليزية و/أو بتنسيق بديل، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 711 TTY: 522-3767 (833)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات. يمكن للممثل مساعدتك في تقديم طلب دائم أو تغييره.
  - يحق للأعضاء تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء المنظمة.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من برنامجنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل مع:
- برنامج Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
  - مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على 7370-440-916. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711
  - مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.



## B. مسؤوليتنا في أن نتأكد من حصولك على الخدمات والعقاقير الدوائية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب

لديك حقوق كعضو في خطتنا.

- لديك الحق في اختيار مقدم الرعاية الأولية (primary care provider, PCP) بشبكتنا. يقصد بموفر الرعاية التابع للشبكة موفر الرعاية الذي يعمل معنا. يمكنك العثور على المزيد من المعلومات عن أنواع موفري الرعاية الذين يمكن أن يعملوا بمثابة PCP وكيفية اختيار PCP في **الفصل 3** من كتيب الأعضاء.
  - اتصل مع خدمات الأعضاء أو راجع دليل موفري الرعاية والصيدليات للتعرف على المزيد عن الموفرين التابعين للشبكة وأي الأطباء يقبلون مرضى جدد.
  - يحق لك مراجعة أخصائي صحة نسائية من دون الحاجة إلى إحالة. الإحالة هي موافقة من PCP لاستخدام موفر الرعاية ما ليس PCP الخاص بك.
  - يحق لك الحصول على خدمات خاضعة للتغطية من موفري الرعاية التابعين للشبكة خلال فترة زمنية معقولة.
    - وهذا يتضمن الحق في الحصول على الخدمات من الأخصائيين في الوقت المناسب.
    - إذا لم يكن بإمكانك الحصول على خدمات خلال فترة زمنية معقولة، يجب أن ندفع مقابل الرعاية خارج الشبكة.
  - يحق لك الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية الطبية العاجلة دون موافقة مسبقة (Prior Approval, PA).
  - يحق لك الحصول على أدويةك المقررة بوصفة طبية من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخير لفترات طويلة.
  - لديك الحق في معرفة الوقت الذي يمكنك فيه زيارة مقدم رعاية غير تابع للشبكة. للتعرف على المزيد بشأن مقدمي الرعاية غير التابعين للشبكة، راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء.
  - عند الانضمام لخطتنا لأول مرة، لديك الحق في التعامل مع موفري الرعاية وتصاريح الخدمات الحالية لمدة تصل إلى 12 شهراً في حالة الوفاء بمعايير محددة. لمعرفة المزيد حول مواصلة التعامل مع موفري الرعاية وتصاريح الخدمات، راجع **الفصل 1** من كتيب الأعضاء.
  - لديك الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بمساعدة فريق الرعاية ومسؤول إدارة الرعاية.
- الفصل 9** من كتيب الأعضاء يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت تعتقد بأنك لا تحصل على الخدمات أو الأدوية الخاصة بك في إطار فترة زمنية معقولة. ويخبرك أيضاً بما يمكنك فعله إذا رفضنا تغطية خدماتك أو أدويةك وكنتم لا توافق على قرارنا.

## C. مسؤوليتنا في حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحمي (Personal Health Information, PHI) على النحو الذي تحدده القوانين الاتحادية وقوانين الولاية.

تتضمن PHI المعلومات التي قدمتها إلينا عندما سجلت في خطتنا. كما أنها تشمل أيضاً سجلاتك الطبية والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.



لديك حقوق عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك والتحكم بكيفية استخدام PHI الخاصة بك. نحن نزودك بإشعار خطي ينصحك بخصوص هذه الحقوق، ويشرح لك كيف نحمي خصوصية PHI الخاصة بك. يطلق على الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".

لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على أي تصريح عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبة بشأن خدمات حساسة. سوف تقوم L.A. Care Medicare Plus بتوجيه الاتصالات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي البديل للعضو أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف أو في حالة عدم وجود تخصيص باسم العضو على العنوان أو رقم الهاتف المسجل في الملف. لن تكشف L.A. Care Medicare Plus عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر دون إذن كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. سوف تستوعب L.A. Care Medicare Plus طلبات الاتصال السري بالشكل والصيغة المطلوبة إذا كانت قابلة للإنتاج بسهولة بالشكل والصيغة المطلوبة أو في مواقع بديلة. سيكون طلب العضو للاتصالات السرية المتعلقة بالخدمات الحساسة ساريًا حتى يقوم العضو بإلغاء الطلب أو تقديم طلب جديد للاتصالات السرية.

لتقديم طلب اتصالات سرية يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الموجود على بطاقة الهوية الخاصة بك.

### C1. كيف نحمي PHI الخاصة بك

نتأكد من أن الأشخاص غير المصرح لهم لا يمكنهم البحث في سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، لا نقدم معلوماتك PHI لأي جهة لا تقدم لك الرعاية أو تدفع لك مقابل الرعاية. إذا قمنا بذلك، فنحن مطالبون بالحصول على تصريح كتابي منك أولاً. يمكنك أنت أو أي شخص مخول قانوناً اتخاذ القرارات نيابة عنك إعطاء إذن كتابي.

في بعض الأحيان لا نحتاج إلى الحصول على إذن كتابي منك أولاً. وهذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يجب علينا الإفصاح عن معلوماتك PHI للوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة رعاية خطتنا.
- يجوز لنا الكشف عن PHI إذا أمرت المحكمة بذلك، ولكن فقط إذا كان قانون ولاية كاليفورنيا يسمح بذلك.
- يجب أن نعطي برنامج Medicare معلوماتك PHI. إذا أفصح برنامج Medicare عن PHI لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، يفعلون ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية. إذا كانت لديك تغطية Medicare و Medi-Cal مزدوجة، فلخدماتك بشكل أفضل وتحسين رعايتك الصحية، فقد نقدم معلوماتك الصحية إلى Medi-Cal. إذا أفصح برنامج Medi-Cal عن معلوماتك أو استخدمها، فإن ذلك سيتم وفقاً للقوانين الفيدرالية. حيثما يقتضي القانون، عندما يعمل شركاؤنا في العمل معنا، يجب عليهم أيضاً حماية أي PHI نشاركها معهم ولا يُسمح لهم بإعطائها للآخرين باستثناء ما يسمح به القانون، وهذا الإشعار.

### C2. حَقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- لديك الحق في الاطلاع على السجلات الطبية الخاصة بك والحصول على نسخة منها.
- لديك الحق في مطالبتنا بتحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طالبتنا بذلك، نعمل بالتعاون مع موفر الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد إذا كان ينبغي القيام بهذه التغييرات أو لا.
- لك الحق في معرفة فيما إذا وكيفية مشاركة معلوماتك PHI مع الآخرين.

إذا كانت لديك تساؤلات أو مخاوف تتعلق بمعلوماتك PHI، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.



يمكنك معرفة المزيد عن حقوق الخصوصية الخاصة بك من خلال طلب نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية (Notice of Privacy Practices، NOPP). يتوفر NOPP على موقعنا الإلكتروني ([medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org)) أو من خلال الاتصال مع قسم خدمات الأعضاء.

## D. مسؤوليتنا في إعطائك المعلومات

كعضو في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا وموفري رعاية شبكتنا وخدماتك الخاضعة للتغطية.

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، يوجد لدينا خدمات ترجمة فورية للإجابة على أسئلتك عن خطتنا. للحصول على خدمات مترجم فوري، اتصل مع خدمات الأعضاء. هذه خدمة مجانية لك. يمكنك الحصول على معلومات العضو مجانًا بلغاتٍ أخرى مثل العربية والألمانية والصينية والفارسية والكميرية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل، أو مسجلة صوتيًا.

إذا كنت تريد معلومات حول أي مما يلي، فاتصل مع خدمات الأعضاء:

- معلومات عن كيفية اختيار خطتك أو تغييرها
- خطتنا، بما في ذلك:
  - المعلومات المالية
  - تقييم أعضاء الخطة لنا
  - عدد الطعون التي قدمها الأعضاء
  - كيفية ترك خطتنا
- الموفرون التابعون لشبكتنا والصيدليات التابعة لشبكتنا، بما في ذلك:
  - كيفية اختيار أو تغيير موفري الرعاية الأولية
  - مؤهلات الموفرين والصيدليات في شبكتنا
  - كيفية دفعنا التكاليف لموفري الرعاية في شبكتنا
- الخدمات والعقابر الدوائية الخاضعة للتغطية بما يتضمن:
  - الخدمات (راجع **الفصلين 3 و 4** من كتيب الأعضاء) والعقابر (راجع **الفصلين 5 و 6** من كتيب الأعضاء) التي تغطيها خطتنا
  - القيود على تغطيتك وخدماتك
  - القواعد التي يجب عليك اتباعها لتحصل على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية
- لماذا لا يتم تغطية شيء ما وما يمكنك القيام به حيال ذلك (راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء)، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
  - توضيح لسبب عدم تغطيتنا لعنصر ما كتابةً

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- تغيير قرار اتخذناه
- دفع فاتورة تلفيتها

## E. عدم قدرة الموفرين التابعين للشبكة على إرسال فاتورة إليك مباشرة

لا يمكن للأطباء والمستشفيات وموفري الرعاية الآخرين التابعين لشبكتنا جعلك تدفع مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. لا يمكنهم أيضاً ترصيد الفاتورة أو تحصيل رسوم منك إذا دفعنا أقل من المبلغ الذي فرضه موفر الرعاية. للتعرف على ما يجب القيام به في حال محاولة موفر رعاية تابع للشبكة محاسبتك على خدمات خاضعة للتغطية، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.

## F. حقاك في ترك خطتنا

لا يمكن لأحد إرغامك على البقاء في خطتنا إذا كنت لا ترغب في ذلك.

- ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- ويمكنك الحصول على مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية بالقسم D في Medicare من خلال خطة للأدوية المقررة بوصفة طبية أو من خلال خطة MA أخرى.
- راجع الفصل 10 من كتيب الأعضاء:
  - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى برنامج MA الجديد أو خطة مزايا العقاقير المقررة بوصفة طبية.
  - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على مزايا Medi-Cal إذا تركت خطتنا.

## G. حقاك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية

لديك الحق في الحصول على كامل المعلومات من أطباءك وغيرهم من موفرو الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية.

### G1. حقاك في معرفة خياراتك العلاجية واتخاذ القرارات

يجب أن يشرح لك موفرو الرعاية حالتك وخيارات علاجك بطريقة يمكنك فهمها. لديك الحق بأن:

- التعرف على خياراتك. يحق لك أن تبلغ عن كافة خيارات العلاج.
- التعرف على المخاطر. لديك الحق في أن يتم إخبارك بأي مخاطر قد تحيط بك. نحن ملزمون بإخبارك مسبقاً بما إذا كانت أي خدمة أو علاج يُعد جزءاً من تجربة بحثية أم لا. لديك الحق في رفض العلاجات التجريبية.
- الحصول على رأي ثانٍ. لك الحق في استخدام طبيب آخر قبل اتخاذ قرار بخصوص علاج ما.



• **قل لا.** لديك الحق في رفض أي علاج. وهذا يتضمن الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى إذا كان طبيبك ينصحك بألا تفعل ذلك. ويحق لك التوقف عن تناول دواء موصوف لك طبيًا. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول علاج موصوف لك طبيًا، فلن يتم إلغاء تسجيلك في خطتنا. إلا أنه، إذا رفضت علاجًا أو أوقفت دواءً، فأنت تتحمل كامل المسؤولية لما يحدث لك.

• **اطلب منّا شرح سبب رفض موفر رعاية ما لرعايتك.** لديك الحق في الحصول على تفسير منا إذا رفض مقدم الرعاية تقديم الرعاية التي تعتقد أنك يجب أن تحصل عليها.

• **اطلب منّا تغطية خدمة أو دواء رفضناه أو لا تتم تغطيته عادةً.** وهذا يطلق عليه "قرار بيان المزايا المغطاة".  
**الفصل 9** من كاتب الأعضاء يخبرك كيف تطلب منا إصدار قرار بيان المزايا المغطاة.

## **G2. حَقْكَ فِي قَوْلِ مَا تودُ أَنْ يحدُثَ حالَ كُنْتَ غيرَ قادرٍ على اتِّخاذِ قراراتِ الرعايةِ الصحيةِ بنفسِكَ**

في بعض الأحيان، يكون الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بهم. قبل أن يحدث ذلك لك، يمكنك:

- تعبئة نموذج مكتوب لإعطاء شخص الحق في اتخاذ قرارات الرعاية لك.
- أعط أطباءك تعليمات كتابية فيما يتعلق بالطريقة التي تريد من خلالها التعامل مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك بما في ذلك الرعاية التي لا تريدها.
- الوثيقة القانونية التي يمكنك استخدامها لتقديم تعليماتك يطلق عليها "التوجيه المسبق" هناك أنواع مختلفة من الأوامر المقدمة والأسماء المختلفة لها. هناك أمثلة وهي الوصية القائمة وتوكيل الرعاية الصحية.
- لا يلزم أن يكون لديك توجيه مسبق، ولكن يمكنك ذلك. إليك ما يجب فعله إذا كنت تريد استخدام توجيه مسبق:

- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج من طبيبك أو محاميك أو وكالة الخدمات القانونية أو الاختصاصي الاجتماعي. غالبًا ما تكون النماذج موجودة لدى الصيدليات ومكاتب موفري الرعاية. كما يمكنك الحصول على النموذج مجاناً عبر الإنترنت وتنزيله.
- **قم بتعبئة النموذج ووقع عليه.** يعد هذا النموذج مستنداً قانونياً. يجب أن تفكر في الاستعانة بمحام أو أي شخص آخر تثق به مثل أحد أفراد الأسرة أو PCP لمساعدتك في إكماله.
- **أعط نسكاً للأشخاص الذين يجب أن يعرفوا.** يجب أن تقدم نسخة من النموذج لطبيبك. كما يجب أن تقدم نسخة للشخص الذي تحدده بصفته صاحب القرار نيابة عنك. قد ترغب كذلك في إعطاء نسخ لأصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا كنت في المستشفى وكنت قد وقعت على توجيه مسبق، فخذ معك نسخة إلى المستشفى.
  - سيسألك المستشفى إذا كان لديك توجيه مسبق موقع أم لا وما إذا كنت قد أحضرته معك أم لا.
  - إذا لم تكن قد وقعت على نموذج توجيه مسبق، يوجد نموذج في المستشفى وسيسألك عما إذا كنت ترغب في توقيع نموذج أم لا.

لديك الحق بأن:

- ضع التوجيهات المسبقة الخاصة بك في سجلاتك الطبية.
- غير توجيهك المسبق أو قم بإلغائه في أي وقت.

- تعرف على التغييرات في قوانين التوجيه المسبق. ستخبرك L.A. Care Medicare Plus بالتغييرات التي طرأت على قانون الولاية بما لا يتجاوز 90 يوماً على التغيير.

اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات.

### **G3. ما يجب عليك القيام به في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك**

إذا وقعت على توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى مكتب أمين المظالم على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة، بين الساعة 8:00 صباحاً والساعة 5:00 مساءً

### **H. حَقِّقْ فِي تَقْدِيمِ شِكَاوِي وَمَطَالِبَتِنَا بِمَرَاجَعَةِ قَرَارَاتِ اتِّخَذْنَاهَا**

**الفصل 9** من كتيب الأعضاء يخبرك عما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف تتعلق بخدماتك الخاضعة للتغطية أو رعايتك. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار ببيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن لتغيير قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه أو تقديم شكوى.

لديك الحق في الحصول على معلومات عن الطعون والشكاوى التي قدمها الأعضاء الآخرون في خطتنا ضدنا. اتصل مع خدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

### **H1. ماذا تفعل بخصوص المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك**

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بشكل غير عادل - وهي لا تتعلق بالتمييز على خلفية الأسباب المدرجة في **الفصل 11** من كتيب الأعضاء - أو إذا كنت تريد الحصول على المزيد من المعلومات عن حقوقك، فيمكنك الاتصال على:

- خدمات الأعضاء.
- برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 لمزيد من التفاصيل حول HICAP، راجع **الفصل 2**.
- برنامج أمين المظالم على الرقم 1-888-452-8609. للمزيد من التفاصيل عن هذا البرنامج، راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء.
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار ساعة 24 في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضاً قراءة أو تنزيل "حقوق وحمايات Medicare" الموجود على موقع Medicare الإلكتروني على [www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534/Medicare-Rights-and-Protections.pdf](https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534/Medicare-Rights-and-Protections.pdf)).

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [www.medicare.lacare.org](https://www.medicare.lacare.org).



## 1. مسؤولياتك كعضو في الخطة

كعضو في الخطة، فإنك تتحمل مسؤولية القيام بالأشياء المدرجة أدناه. إذا كانت لديك أي تساؤلات، فاتصل مع خدمات الأعضاء.

- اقرأ كتيب الأعضاء لمعرفة ما تغطي خطتنا والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية. للتفاصيل:
  - الخدمات الخاضعة للتغطية، راجع **الفصلين 3 و 4** من كتيب الأعضاء. يوضح لك هذان الفصلان ما هو المشمول بالتغطية وما ليس مشمولاً وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها وما تقوم بدفعه.
  - الأدوية الخاضعة للتغطية، راجع **الفصلين 5 و 6** من كتيب الأعضاء.
- أخبرنا عن أي تغطية صحية أو تغطية أدوية وصفات أخرى لديك. يجب أن نتأكد من استخدام جميع خيارات التغطية الخاصة بك عندما تحصل على رعاية صحية. اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
- أخبر طبيبك وموفري الرعاية الصحية الآخرين بأنك عضو في خطتنا. اظهر بطاقة هوية الخطة عندما تحصل على الخدمات أو العقاقير الدوائية.
- ساعد أطباءك وموفري الرعاية الصحية الآخرين على أن يقدموا لك الرعاية المثلى.
  - وفر لهم المعلومات التي يحتاجون إليها بشأنك وبشأن صحتك. معرفة قدر ما تستطيع معرفته عن مشاكلك الصحية. اتبع برامج العلاج والتعليمات التي اتفقت عليها أنت وموفر الرعاية الخاص بك.
  - تأكد من اطلاع الأطباء وموفري الرعاية الذين تتعامل معهم على جميع الأدوية التي تتناولها. وهذا يتضمن الأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية المتاحة بدون وصفات والفيتامينات والمكملات.
  - اسأل أية أسئلة لديك. يجب على أطباءك وغيرهم من موفري الرعاية أن يشرحوا لك الأمور بطريقة يسهل عليك فهمها. إذا طرحت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
  - استخدام غرفة الطوارئ بشكل مسؤول؛ فقط في حالة الطوارئ أو حسب توجيهات فريق الرعاية الصحية الخاص بك.
- اعمل مع فريق إدارة الرعاية الخاص بك بما في ذلك إكمال التقييم السنوي للمخاطر الصحية.
- كن متروياً. إننا نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. نتوقع منك أيضاً أن تتصرف باحترام تجاه جميع المتخصصين في الرعاية الصحية المشاركين في رعايتك، بما في ذلك مسؤولي إدارة الرعاية وممثلي خدمات الأعضاء وكذلك الموظفين في مكاتب موفر الرعاية والمستشفيات.
- ادفع المبلغ المدين به. بصفتك أحد أعضاء الخطة، تتحمل أنت مسؤولية المدفوعات التالية:
  - أقساط Medicare القسم A وأقساط Medicare القسم B. بالنسبة لغالبية أعضاء L.A. Care Medicare Plus فإن برنامج Medi-Cal يدفع قسط التأمين في القسم A في برنامج Medicare وقسط التأمين في القسم B في برنامج Medicare.
  - إذا حصلت على أي خدمات أو عقاقير دوائية لا تغطيها خطتنا، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة. (ملحوظة: إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو عقار دوائي، فيمكنك تقديم طعن. يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 لمعرفة كيفية تقديم طعن).

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- أخبرنا في حال انتقالك. إذا كنت تخطط للرحيل، أخبرنا على الفور. اتصل مع خدمات الأعضاء.
  - إذا رحلت خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكنك البقاء في خطتنا. يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا أن يكونوا أعضاء في هذه الخطة. الفصل الأول من كتيب الأعضاء الخاص بك ينصحك بخصوص منطقة خدمتنا.
  - يمكننا مساعدتك في تحديد ما إذا كنت سترحل إلى منطقة خارج منطقة خدمتنا أم لا.
  - أخبر Medicare و Medi-Cal بعنوانك الجديد عندما ترحل. راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء لمعرفة أرقام هواتف برنامجي Medicare و Medi-Cal.
  - وإذا رحلت وبقيت داخل منطقة خدماتنا، فعليك أيضًا أن تخبرنا بذلك. نحن بحاجة للإبقاء على سجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد أو طريقة أفضل للاتصال بك.
- اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أسئلة أو تحفظات.



## الفصل 9. الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون والشكاوى)

### مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات تتعلق بحقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة ماذا تفعل إذا:

- واجهتك مشكلة أو كان لديك شكوى تتعلق بخططك.
- كنت بحاجة إلى خدمة أو دواء أو شيء ما قررت الخطة عدم دفع تكلفته.
- لا توافق على قرار اتخذته خطتك بشأن رعايتك.
- كنت تعتقد أن خدماتك الخاضعة للتغطية ستنتهي قبل أوانها.
- كانت لديك مشكلة أو شكوى تتعلق بالخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل التي تحصل عليها، والتي تتضمن الخدمات المجتمعية للكبار (Community-Based Adult Services, CBAS) ودار المسنين (Nursing Facility, NF).

هذا الفصل في أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على ما تبحث عنه بسهولة. إذا كانت لديك مشكلة أو تحفظ، فكل ما تحتاجه هو قراءة الأجزاء التي تنطبق على حالتك من هذا الفصل.

فيجب أن تحصل على الرعاية الصحية والعقاقير الدوائية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل التي يقرر طبيبك وموفري الرعاية الآخرين أنها ضرورية لرعايتك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك. إذا كانت لديك مشكلة بشأن رعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج أمناء المظالم لدى برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare على الرقم 1-855-501-3077 لطلب المساعدة. هذا الفصل يشرح الخيارات المختلفة المتاحة لك بالنسبة للمشكلات والشكاوى المختلفة، لكن يمكنك دوماً الاتصال ببرنامج أمناء المظالم للمساعدة في توجيهك خلال مشكلتك. للموارد الإضافية للتعامل مع تحفظاتك وطرق التواصل معهم، راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

A.	ما تفعله عندما تواجه مشكلة أو إذا كان لديك تحفظ	181
A1.	بخصوص المصطلحات القانونية	181
B.	أين تحصل على المساعدة	181
B1.	لمزيد من المعلومات والمساعدة	181
C.	فهم شكوى وطعون برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا	183
D.	مشكلات متعلقة بمزاياك	183
E.	قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون	183
E1.	قرارات بيان المزايا المغطاة	183
E2.	الطعون	184



- E3. المساعدة بشأن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون. 184
- E4. أي قسم من هذا الفصل يمكن أن يساعدك. 185
- F. الرعاية الطبية. 185
- F1. استخدام هذا القسم. 185
- F2. طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة. 186
- F3. تقديم طعن من المستوى 1. 188
- F4. تقديم طعن من المستوى 2. 190
- F5. مشاكل الدفع. 197
- G. العقاقير المقررة بوصفة طبية ضمن القسم D في برنامج Medicare. 198
- G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون في القسم D في برنامج Medicare. 199
- G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare. 200
- G3. أشياء مهمة يجب معرفتها حول طلب استثناء. 200
- G4. طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة وتقديم طعن، بما في ذلك طلب استثناء. 201
- G5. تقديم طعن من المستوى 1. 203
- G6. تقديم طعن من المستوى 2. 205
- H. مطالبتنا بتغطية فترة إقامة أطول بالمستشفى. 206
- H1. معرفة حقوقك المتعلقة ببرنامج Medicare. 207
- H2. تقديم طعن من المستوى 1. 208
- H3. تقديم طعن من المستوى 2. 210
- I. مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية. 210
- I1. إشعار مسبق قبل انتهاء تغطيتك. 211
- I2. تقديم طعن من المستوى 1. 211
- I3. تقديم طعن من المستوى 2. 212
- J. الانتقال بطعنك إلى مستوى أعلى من المستوى 2. 213
- J1. الخطوات التالية فيما يخص أدوات وخدمات برنامج Medicare. 213
- J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية. 214
- J3. مستويات الطعن 3 و 4 و 5 لطلبات العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare. 216
- K. كيفية تقديم شكوى. 217
- K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها. 217
- K2. الشكاوى الداخلية. 219
- K3. الشكاوى الخارجية. 221



**A. ما تفعله عندما تواجه مشكلة أو إذا كان لديك تحفظ**

يشرح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشاكل والتحديات. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدام عملية واحدة لقرارات بيان المزايا المغطاة والطعون وأخرى لتقديم الشكاوى؛ وتسمى أيضاً المظالم.

للتأكد من التعامل المنصف والسرعة، تتضمن كل عملية مجموعة قواعد وإجراءات ومواعيد نهائية يتعين علينا وعلينا عليك اتباعها.

**A1. بخصوص المصطلحات القانونية**

توجد مصطلحات قانونية في هذا الفصل لبعض القواعد والمواعيد النهائية. ويمكن أن يكون العديد من هذه المصطلحات صعب الفهم، لذا نستخدم كلمات أبسط بدلاً من استخدام مصطلحات قانونية معينة عندما نستطيع. كما نستخدم الاختصارات في أضيق الحدود.

على سبيل المثال، نقول:

- «تقديم شكوى» بدلاً من «تقديم تظلم»
- «قرار بيان المزايا المغطاة» بدلاً من «قرار مؤسسة» أو «قرار مزايا» أو «قرار بخصوص حالة خطيرة» أو «البت في موقف دواء من التغطية»
- «قرار بيان المزايا المغطاة سريع» بدلاً من «قرار مستعجل»
- «مؤسسة المراجعة المستقلة» (Independent Review Organization, IRO) بدلاً من «هيئة المراجعة المستقلة» (Independent Review Entity, IRE)

إن معرفة المصطلحات القانونية الملائمة قد تساعدك في التواصل بطريقة أكثر وضوحاً، لذا نقدم لك تلك المصطلحات أيضاً.

**B. أين تحصل على المساعدة****B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة**

أحياناً يكون من المربك بدء أو مواصلة عملية متابعة التعامل مع إحدى المشكلات. وقد يكون هذا صحيحاً لا سيما إذا كنت تشعر بأن صحتك ليست على ما يرام أو أنك لست بكامل قدرتك. وفي أحيانٍ أخرى، قد لا تكون لديك المعرفة اللازمة لاتخاذ الخطوة التالية.

**المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم**

يمكنك الاتصال مع برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي

(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP). يمكن لمستشاري برنامج HICAP الإجابة على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما يجب عليك القيام به حيال مشكلتك. ويعتبر هذا البرنامج غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، والخدمات مجانية. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222.



### المساعدة من برنامج أمناء المظالم في برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare

يمكنك الاتصال مع برنامج أمناء المظالم في برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare والتحدث مع أحد المحامين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. يقدمون مساعدة قانونية مجانية. وبرنامج أمناء المظالم غير تابع لنا أو أي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. رقم هاتفهم هو 1-855-501-3077 وموقعهم الإلكتروني هو [www.healthconsumer.org](http://www.healthconsumer.org).

### المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare. هنالك طريقتان للحصول على مساعدة من برنامج Medicare:

- اتصل على 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي TTY، الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- زُر موقع Medicare الإلكتروني ([www.medicare.gov](http://www.medicare.gov)).

### المساعدة والمعلومات من Medi-Cal

#### المساعدة من خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا

يمكن أن يساعدك مكتب أمين المظالم للرعاية المدارة من Medi-Cal التابع لخدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (Department of Health Care Services DHCS). يمكنهم المساعدة إذا واجهتك مشاكل في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو مغادرتها. كما يمكنهم أيضاً المساعدة إذا انتقلت إلى مكان آخر وواجهتك صعوبة في نقل خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بأمين المظالم من الاثنين إلى الجمعة بين الساعة 8:00 صباحاً و 5:00 مساءً. على الرقم 1-888-452-8609.

#### المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا

تواصل مع إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا

(California Department of Managed Health Care, DMHC) للمساعدة المجانية. تتولى إدارة DMHC مسؤولية الإشراف على الخطط الصحية. وتساعد DMHC الأشخاص في تقديم الطعون بشأن مشكلات خدمات أو فواتير برنامج Medi-cal. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو الذين يعانون من صعوبة في السمع أو التحدث الاتصال برقم خط أجهزة TDD المجاني **1-877-688-9891**. يمكنك زيارة موقع DMHC الإلكتروني على [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). تتولى إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد الخطة الصحية المُشارك بها، يتعين عليك الاتصال بالخطة الصحية على **1-833-522-3767 (TTY: 711)** واستخدام عملية تقديم تظلم خطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. إنَّ استخدام إجراء التظلم هذا لا يحظر عليك الإفادة من أيِّ حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون متوقّرة لديك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم يتعلّق بحالة طارئة، أو تظلم لم تتمّ معالجته من قبل الخطة الصحية الخاصة بك على نحو مرضٍ، أو تظلم لم تتمّ معالجته لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبيّة مستقلة (Independent Medical Review, IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة نزيهة للقرارات الطبيّة التي اتخذتها خطة صحيّة متعلّقة بالضرورة الطبيّة للخدمة المقترحة أو العلاج المقترح، أو قرارات بيان المزايا المغطاة للعلاجات التي هي في طور التجريب أو الخاضعة للدراسة، إضافة إلى النزاعات الخاصة بالدفع نظير خدمات الطوارئ أو الخدمات الطبيّة العاجلة. لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني **(1-888-466-2219)** وخط TDD على الرقم **(1-877-688-9891)** للأشخاص الذي يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) على نماذج الشكاوى ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة والتعليمات عبر الإنترنت.



### C. فهم شكوى وطعون برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا

لديك برنامجي Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على كافة مزايا رعايتك المُدارة من برنامجي Medicare و Medi-Cal. يُطلق على هذا أحياناً «عملية متكاملة» لأنه يجمع أو يدمج عمليات برنامجي Medicare و Medi-Cal.

في بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal. في هذه الحالات، يمكنك استخدام عملية واحدة للحصول على مزايا Medicare وعملية أخرى للحصول على مزايا Medi-Cal. يوضح القسم F4 هذه الحالات.

### D. مشكلات متعلقة بمزاياك

إذا كانت لديك مشكلة أو تحفظ، اقرأ الأجزاء التي تنطبق على حالتك من هذا الفصل. يساعدك المخطط التالي في معرفة القسم الصحيح في هذا الفصل للمشاكل أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو تحفظك بخصوص المزايا أو التغطية المقدمة لك؟	
وهذا يتضمن المشاكل بخصوص ما إذا كانت رعاية طبية معينة (أدوات طبية أو خدمات و/أو العقاقير المقررة بوصفة طبية في القسم B) خاضعة للتغطية أم لا وطريقة تغطيتها والمشاكل المرتبطة بدفع رسوم الرعاية الطبية.	
<p><b>نعم.</b> تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع القسم E "قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون"</p>	<p><b>لا.</b> لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. راجع القسم K "كيفية تقديم شكوى".</p>

### E. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون

تتعامل عملية طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة وإجراء تسويات الطعون بخصوص المشاكل المتعلقة بمزاياك وتغطية الرعاية الطبية الخاصة بك (الخدمات والعناصر وأدوية الوصفات الطبية في القسم B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، فإننا نشير بشكل عام إلى العناصر الطبية والخدمات والعقاقير المقررة بوصفة طبية في القسم B باعتبارها رعاية طبية.

#### E1. قرارات بيان المزايا المغطاة

إن قرار بيان المزايا المغطاة هو قرار نتخذه بخصوص مزاياك وتغطيتك أو بخصوص المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الطبية أو العقاقير الدوائية. على سبيل المثال، يتخذ الطبيب التابع لشبكة التأمين في خطتنا قرار بيان المزايا المغطاة (لصالحك) كلما تلقيت رعاية طبية منهم (راجع الفصل 4، القسم G من كتيب الأعضاء).

يمكنك أنت أو طبيبك أيضاً الاتصال بنا وطلب قرار بيان المزايا المغطاة. قد تكون أنت أو طبيبك غير متأكد مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية ما قبل أن تحصل عليها أم لا، يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة لك.

نتخذ قرار بيان المزايا المغطاة كلما قررنا ما هو خاضع للتغطية بالنسبة والمبلغ الذي ندفعه. وفي بعض الحالات قد نقرر عدم تغطية إحدى الخدمات الطبية أو أحد الأدوية أو أنه لم يعد خاضعاً لتغطية Medicare أو Medi-Cal بالنسبة لك. وإذا لم توافق على قرار بيان المزايا المغطاة، يمكنك تقديم طعن.

## E2. الطعون

إذا اتخذنا قرار بيان المزايا المغطاة ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، يمكنك «الطعن» في القرار. يُعد الطعن طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة اتخذناه وتغييره.

عندما تطعن في قرار لأول مرة، فإن هذا يسمى طعن من المستوى 1. في هذا الطعن، نراجع قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه للتحقق من اتباعنا جميع القواعد بشكل سليم. يقوم مراجعون مختلفين عن المراجعين الذين قاموا باتخاذ القرار الأصلي غير المرغوب فيه بالتعامل مع الطعن الذي قدمته.

في غالبية الحالات، يجب أن تبدأ طعنك بالمستوى الأول 1. إذا مشكلتك الصحية عاجلة أو تنطوي على تهديد وشيك وخطير لصحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد وتحتاج إلى قرار فوري، يمكنك طلب IMR من إدارة الرعاية الصحية المدارة على [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات.

عندما نكمل المراجعة، نعطيك قرارنا. في ظل ظروف معينة، سيتم شرحها لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك طلب «قرار بيان المزايا المغطاة سريع» أو معجل أو «طعن سريع» في قرار بيان المزايا المغطاة.

إذا قلنا لا لجزء من أو كل ما تقدمت بطلبه، فسوف نرسل لك رسالة. إذا كانت مشكلتك بخصوص تغطية الرعاية الطبية من برنامج Medicare، فسوف تخبرك الرسالة أننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO) لمتابعة الطعن في المستوى 2. وإذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية إحدى خدمات أو أدوات القسم D في برنامج Medicare أو برنامج Medicaid، فسوف تخبرك في الرسالة بكيفية تقديم طعن من المستوى الثاني 2 بنفسك. راجع القسم F4 للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر يغطيه كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid، فستعطيك الرسالة معلومات بخصوص كلا النوعين من الطعون من المستوى 2.

وإذا لم تكن راضيًا عن قرار الطعن من المستوى 2، قد يمكنك المضي قدمًا عبر درجات إضافية من الطعون.

## E3. المساعدة بشأن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج أمناء المظالم لدى برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare على الرقم 1-855-501-3077.
- برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222
- مركز المساعدة في قسم إدارة الرعاية الصحية (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. تتولى إدارة DMHC مسؤولية الإشراف على الخطط الصحية. وتساعد DMHC الأشخاص في تقديم الطعون بشأن مشكلات خدمات أو فوائد برنامج Medi-cal. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو الذين يعانون من صعوبة في السمع أو التحدث استخدام خط أجهزة TDD المجاني 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني على [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov).
- طبيبك أو موفر رعاية آخر. حيث بإمكان طبيبك أو موفر رعاية آخر أن يقوم بطلب قرار بيان المزايا المغطاة بالنيابة عنك.
- صديق أو أحد أفراد العائلة. يمكنك تسمية شخص آخر ليقوم بدور «ممثلك» وطلب قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.

- **محام.** يحق لك توكيل محام ولكن لا يلزمك توكيل محام لطلب قرار بيان المزايا المغطاة أو لتقديم طعن.
  - اتصل مع محاميك أو حصل على اسم محام من نقابة المحامين في موقعك المحلي أو خدمة إحالة أخرى. ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك.
  - اطلب محامي المساعدة القانونية من برنامج أمناء المظالم لدى برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare على الرقم 1-855-501-3077.
- املأ نموذج تعيين الممثل إذا كنت تريد محامياً أو شخصاً آخر للعمل كممثل لك. يعطي النموذج شخص ما إذنًا بالتصرف نيابةً عنك.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب نموذج «تعيين ممثل». يمكنك أيضاً الحصول على النموذج من خلال زيارة [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) أو على موقعنا الإلكتروني على [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org). ويجب عليك تزويدنا بنسخة من النموذج الموقع.

#### E4. أي قسم من هذا الفصل يمكن أن يساعدك

توجد أربع حالات تتضمن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون. وكل حالة لها قواعدها ومواعيدها النهائية المختلفة. نقدم تفاصيل عن كل حالة في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم الذي ينطبق:

- **القسم F،** «الرعاية الطبية»
- **القسم G،** «العقاقير المقررة بوصفة طبية ضمن القسم D في برنامج Medicare»
- **القسم H،** «مطالبتنا بتغطية فترة إقامة أطول بالمستشفى»
- **القسم I،** «مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية» (ينطبق هذا القسم فقط على هذه الخدمات: الرعاية الصحية المنزلية ورعاية مركز خدمات تمرير مهني وخدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية [Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF].

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب استخدامه، اتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

## F. الرعاية الطبية

يشرح لك هذا القسم ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشاكل في الحصول على تغطية لرعاية طبية أو إذا أردت منا تعويضك عن حصتنا في التكلفة مقابل رعاية طبية الرعاية الطبية التي تلقيتها.

يدور هذا القسم حول مزاياك للرعاية الطبية الموضحة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء. في بعض الحالات قد تنطبق قواعد مختلفة على العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare. عندما يحصل ذلك، نوضح كيف تختلف قواعد العقاقير المقررة بوصفة طبية في القسم B في برنامج Medicare عن قواعد الخدمات والعناصر الطبية.

### F1. استخدام هذا القسم

يشرح لك هذا القسم ما يمكنك فعله في أيٍّ من المواقف التالية:

1. نعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاجها ولكنك لا تحصل عليها.

ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا إصدار قرار بيان المزايا المغطاة. راجع **القسم F2**.

**2.** لم نوافق على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي موفر رعاية صحية آخر أن يقدمها لك وتعتقد أنه يجب علينا الموافقة.

**ما عليك فعله:** يمكنك تقديم الطعن في قرارنا. راجع القسم **F3**.

**3.** تلقيت رعاية طبية تعتقد أننا نغطيها، لكننا لن ندفعها.

**ما عليك فعله:** يمكنك تقديم طعن بقرارنا بعدم الدفع. راجع القسم **F5**.

**4.** لقد تلقيت ودفعت مقابل رعاية طبية اعتقدت أننا نغطيها وتريد منا أن نعيد لك ما دفعته.

**ما يمكنك فعله:** يمكنك أن تطلب منا إعادة الأموال التي دفعتها. راجع القسم **F5**.

**5.** لقد قللنا أو أوقفنا تغطيتك لرعاية طبية معينة وتعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.

**ما يمكنك فعله:** يمكنك تقديم طعن بقرارنا بخفض أو إيقاف الرعاية الطبية. راجع القسم **F4**.

• إذا كانت التغطية لرعاية في مستشفى أو رعاية صحية منزلية أو رعاية في مركز خدمات ترميز مهني أو خدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF)، تنطبق قواعد خاصة. راجع القسم **H** أو القسم **I** لمعرفة المزيد.

• بالنسبة لجميع الحالات الأخرى التي تتضمن تقليل أو إيقاف التغطية الخاصة بك لرعاية طبية معينة، استخدم هذا القسم (القسم **F**) كدليل لك.

**6.** تعاني من تأخيرات في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.

**ما يمكنك فعله:** يمكنك تقديم شكوى. راجع القسم **K2**.

**F2.** طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة

عندما يتعلق قرار بيان المزايا المغطاة بما تتلقاه من رعاية طبية، يُطلق عليه اسم "قرار المؤسسة المتكامل".

يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك أن يطلب منا قرار بيان المزايا المغطاة من خلال:

• هاتفياً: 1-833-522-3767، TTY: 711.

• بالفاكس: 1-213-438-5748

• خطياً:

Attn: Member Appeals and Grievances Department  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017

قرار بيان المزايا المغطاة الاعتيادي

عندما نُعطيك قرارنا، نستخدم المواعيد النهائية «العادية» ما لم نوافق على استخدام المواعيد النهائية «السريعة». يعني قرار بيان المزايا المغطاة الاعتيادي أن نعطيك إجابة بخصوص:

• الخدمة الطبية أو العناصر خلال 14 يوماً تقويمياً بعد استلامنا لطلبك. بالنسبة لخطط التخصص الواحد، خلال 5 أيام عمل، وفي موعد لا يتجاوز 14 يوماً تقويمياً بعد تلقي طلبك.

- دواء مقرر بوصفة طبية من برنامج Medicare في القسم B خلال 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك.

### قرار بيان المزايا المغطاة سريع

المصطلح القانوني لعملية "قرار بيان المزايا المغطاة سريع" هو "إعادة إصدار قرار مستعجل".

عندما تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن رعايتك الطبية وتطلب صحتك استجابة سريعة، اطلب منا اتخاذ «قرار بيان المزايا المغطاة سريع». يعني قرار بيان المزايا المغطاة السريع أننا سنعطيك إجابة بخصوص:

- الخدمة الطبية أو العنصر خلال 72 ساعة بعد تلقي طلبك أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الطبية تتطلب استجابة أسرع.
- دواء مقرر بوصفة طبية من برنامج Medicare في القسم B خلال 24 ساعة بعد استلامنا لطلبك.

للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع، يجب عليك استيفاء شرطين:

- أنت تطلب تغطية العناصر الطبية و/أو الخدمات التي لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع بشأن الدفع مقابل أدوات أو خدمات حصلت عليها بالفعل.
- قد يؤدي استخدام المواعيد النهائية العادية إلى إلحاق ضرر جسيم بصحتك أو الإضرار بقدرتك على العمل.

نمنحك تلقائياً قرار بيان المزايا المغطاة سريعاً إذا أخبرنا طبيبك بأن صحتك تتطلب ذلك. إذا طلبت بدون دعم من طبيبك، فنقرر ما إذا كان يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة سريع أم لا.

- إذا قررنا أن صحتك لا تستوفي الشروط اللازمة لاتخاذ قرار تغطية سريع، نرسل لك رسالة تخبرك بذلك وسوف نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. تخبرك الرسالة بما يلي:

◦ نمنحك تلقائياً قرار تغطية سريعاً إذا طلب طبيبك ذلك.

- كيفية تقديم "شكوى سريعة" بخصوص قرارنا بمنحك قرار بيان المزايا المغطاة عادياً بدلاً من قرار بيان مزايا مغطاة السريع. لمزيد من المعلومات حول عملية تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، راجع القسم K.

إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، نرسل لك رسالة تشرح الأسباب.

- إذا قلنا لا، يحق لك تقديم طعن. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم طعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.

- إذا قررت تقديم طعن، سنتنقل نحو المستوى 1 من عملية تقديم الطعون (راجع القسم F3).

في ظروف محدودة، يجوز لنا رفض طلبك للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة، مما يعني أننا لن نراجع الطلب. الأمثلة على وقت رفض الطلب تتضمن ما يلي:

- إذا كان الطلب غير مكتمل،
- أو إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابة عنك ولكنه غير مخول قانوناً للقيام بذلك أو
- إذا طلبت سحب طلبك.

إذا رفضنا طلبًا للحصول على قرار تغطية فسنرسل إليك إشعارًا يشرح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض. هذه المراجعة تسمى طعن. تتم مناقشة الطعون في القسم التالي.

### F3. تقديم طعن من المستوى 1

للبدء في إجراءات التقدم بالطعن، يجب عليك، أو على طبيبك المعالج، أو وكيلك الاتصال بنا. اتصل بنا على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

اطلب طعن عادي أو طعن سريع خطياً أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات.

L.A. Care Health Plan  
Attn: Appeals and Grievances  
W 7th Street 1200  
Los Angeles, CA 90017

- إذا طلب طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر مواصلة خدمة أو عنصر تحصل عليه بالفعل أثناء تقديم الطعن فقد تحتاج إلى تعيينه كممثل لك للعمل نيابة عنك.
- إذا قام شخص آخر غير طبيبك بتقديم الطعن نيابة عنك، فقم بتضمين نموذج تعيين ممثل يصرح هذا الشخص لتمثيلك. يمكنك الحصول على نموذج من خلال زيارة [www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf](http://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf) أو على موقعنا [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).
- يمكننا قبول طلبك بالطعن بدون النموذج، إلا أننا لن نتمكن من أن نبدأ أو نكمل مراجعتنا لطلبك حتى نستلمه. إذا لم نحصل على النموذج خلال 44 يوماً تقويمي بعد تلقي طلبك للطعن:
  - نرفض طلبك و
  - نرسل إليك إشعارًا كتابيًا يشرح حقك في مطالبة IRO بمراجعة قرارنا برفض الطعن الذي قدمته.
- يجب أن تقدم طلب الطعن خلال 65 يوماً تقويميًا من تاريخ الرسالة التي أرسلناها إليك لإبلاغك بقرارنا.
- وإذا فاتك الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لذلك، فيمكن أن نعطيك وقتًا إضافيًا لتقديم الطعن. أمثلة على الأسباب الوجيهة: إذا كنت تعاني من مرض خطير أو إذا قدمنا لك معلومات خاطئة بشأن الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عندما تقوم بتقديم الطعن.
- يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات بشأن الطعن الخاص بك. يمكنك أن تقدم لنا أنت وطبيبك معلومات إضافية لدعم الطعن المقدم منك.

يمكنك طلب طعن سريع إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

المصطلح القانوني الذي يشير إلى "طعن سريع" هو "إعادة نظر مستعجلة".



- إذا تقدمت بطعن في قرار اتخذته خطتنا بشأن تغطية رعاية طبية لم تتلقاها، يجب عليك أنت و/أو طبيبك، تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى «طعن سريع» أم لا.
  - **نمنحك تلقائيًا طعن سريع إذا أخبرنا طبيبك بأن صحتك تتطلب ذلك.** إذا طلبت بدون دعم من طبيبك، فنقرر ما إذا كان يمكنك الحصول على طعن سريع أم لا.
  - إذا قررنا أن صحتك لا تستوفي الشروط اللازمة لطعن سريع، نرسل لك رسالة تخبرك بذلك وسوف نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. تخبرك الرسالة بما يلي:
    - نمنحك تلقائيًا طعن سريع إذا طلب طبيبك ذلك.
    - كيفية تقديم "شكوى سريعة" بخصوص قرارنا بمنحك طعن عادي بدلاً من طعن سريع. لمزيد من المعلومات حول عملية تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، راجع القسم K.
  - إذا أخبرناك أننا نتوقف أو نخفض الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل، فقد تتمكن من الاستمرار في تلك الخدمات أو العناصر أثناء الطعن.
  - إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة أو عناصر كانت مغطاة سابقاً، فسوف نرسل إشعاراً قبل اتخاذ الإجراء.
  - وإذا لم توافق على قرارنا، يمكنك تقديم طعن من المستوى 1.
  - نواصل تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت طعن من المستوى 1 خلال 10 أيام تقويمية من التاريخ الوارد في رسالتنا أو بحلول التاريخ السريان المقصود للإجراء، أيهما يأتي لاحقاً.
    - إذا استوفيت هذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو العنصر دون أي تغييرات أثناء انتظار الطعن من المستوى 1.
    - ستحصل أيضاً على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (التي ليست موضوع الطعن الذي قدمته) دون أي تغييرات.
    - إذا لم تقدم طعن قبل هذه التواريخ، فلن تستمر خدماتك أو العنصر أثناء انتظار قرار الطعن.
  - **ننظر في الطعن المقدم من طرفك ونوافيك بالرد.**
  - عندما نراجع الطعن الذي قدمته، سنلقي نظرة أخرى فاحصة على كافة المعلومات المتعلقة بطلبك بخصوص تغطية الرعاية الطبية.
  - ونتحقق من أننا اتبعنا جميع القواعد عندما قلنا لا بشأن طلبك.
  - نجمع المزيد من المعلومات إذا كنا بحاجة إلى ذلك. وقد نتصل بك أو بطبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.
- هناك مواعيد نهائية للطعن السريع.**
- عندما نستخدم المواعيد النهائية السريعة، يجب لك قرارنا خلال 72 ساعة من بعد استلامنا طلب الطعن الخاص بك أو في وقت أسرع إذا كانت حالتك الصحية تستدعي رد أسرع. وسوف نقدم لك القرار في وقت أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.

• إذا لم تقدم لك القرار خلال 72 ساعة، فسوف نرسل طلبك إلي المستوى الثاني 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك تقوم IRO بمراجعته. لاحقاً في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونوضح عملية الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من Medicaid، فيمكنك تقديم طلب عقد جلسة استماع من المستوى 2 إلى الولاية بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في كاليفورنيا تسمى جلسة الاستماع بالولاية جلسة استماع بالولاية. لتقديم طلب عقد جلسة استماع بالولاية، راجع قسم جلسة استماع بالولاية في كتيب الأعضاء هذا.

• إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب علينا التصريح أو توفير تغطية الرعاية الطبية التي وافقنا على تقديمها خلال 72 ساعة من استلام الطعن الذي قدمته أو قبل ذلك إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

• إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فإننا نرسل طعنك إلى IRO للحصول على طعن من المستوى 2.

#### هناك مواعيد نهائية للطعن العادي.

• عندما نستخدم المواعيد النهائية العادية، يجب علينا تزويدك بإجابتنا خلال 30 يوماً تقويمياً بعد تلقينا طعنك لتغطية خدمات لم تتلقاها.

• إذا كان طلبك يتعلق بدواء لم تحصل عليه بوصفة طبية من خلال برنامج Medicare في القسم B، نقدم لك إجابتنا خلال 7 أيام تقويمية بعد أن نحصل على الطعن أو أسرع إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

• إذا لم نعطك الإجابة بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلي المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك تقوم IRO بمراجعته. لاحقاً في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونوضح عملية الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicaid، فيمكنك تقديم طلب عقد جلسة استماع من المستوى 2 إلى الولاية بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في كاليفورنيا تسمى جلسة الاستماع بالولاية جلسة استماع بالولاية. لتقديم طلب عقد جلسة استماع بالولاية، راجع قسم جلسة استماع بالولاية في كتيب الأعضاء هذا.

إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب علينا تصريح أو توفير تغطية الرعاية الطبية التي وافقنا على تقديمها خلال 30 يوماً تقويمياً من اليوم الذي نتلقى فيه طلب الطعن الذي قدمته أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وخلال 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا أو خلال 7 أيام تقويمية من تاريخ وصول الطعن الذي قدمته إلينا إذا كان طلبك بخصوص عقار مقرر بوصفة طبية من خلال برنامج Medicare في القسم B.

إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فلديك حقوق طعن إضافية:

- إذا قلنا لا لجزء من أو كل ما تقدمت بطلبه، نرسل لك رسالة.
- إذا كانت مشكلتك بخصوص تغطية إحدى خدمات أو أدوات Medicare، تخبرك الرسالة أننا أرسلنا حالتك إلى IRO لمتابعة الطعن في المستوى 2.
- وإذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية إحدى خدمات أو أدوات برنامج Medi-Cal، تخبرك الرسالة بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك.

#### F4. تقديم طعن من المستوى 2

في حالة كان ردنا لا بخصوص جزء من أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك رسالة. تخبرك هذه الرسالة إذا ما كانت الخدمة أو العنصر عادة ضمن تغطية Medicare أو Medi-Cal أو كليهما.

• إذا كانت مشكلتك بخصوص خدمات أو عناصر يغطيها برنامج Medicare عادةً، نرسل حالتك تلقائياً إلى المستوى 2 من عملية الطعون بمجرد استكمال الطعن في المستوى 1.

- إذا كانت مشكلتك بخصوص خدمات أو عناصر يغطيها برنامج **Medi-Cal** عادةً، يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. تخيرك الرسالة بكيفية القيام بذلك. نقوم أيضًا بتضمين المزيد من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر قد يغطيه كل من **Medi-Cal** و **Medicare**، فستحصل تلقائيًا على طعن من المستوى 2 مع **IRO**. إضافة إلى الطعن التلقائي من المستوى 2، يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع بالولاية ومراجعة طبية مستقلة مع الولاية. ومع ذلك، لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية.
- إذا كنت مؤهلاً لاستمرار المزايا عند تقديم الطعن من المستوى 1، فقد تستمر أيضًا مزايا الخدمة أو العنصر أو الدواء قيد الطعن خلال المستوى 2. راجع إلى **القسم F3** للحصول على معلومات حول استمرار المزايا أثناء الطعن من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً **Medicare** فقط، فلن تستمر مزايا هذه الخدمة أثناء عملية الطعن من المستوى 2 مع **IRO**.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة تغطيها عادةً **Medi-Cal** فقط، فستستمر مزاياك لهذه الخدمة إذا قمت بتقديم طعن من المستوى 2 خلال 10 أيام تقويمية بعد الحصول على رسالة منّا تتضمن القرار.

#### عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج **Medicare** عادةً

تقوم **IRO** بمراجعة الطعن الذي قدمته. وهي عبارة عن منظمة مستقلة يوظفها برنامج **Medicare**.

الاسم الرسمي الذي يطلق على "منظمة المراجعة المستقلة" (**IRO**) هو "هيئة المراجعة المستقلة". ويطلق عليها أحيانًا "**IRE**".

- هذه المؤسسة غير تابعة لنا وليست وكالة حكومية. اختار برنامج **Medicare** الشركة لتكون منظمة **IRO**، ويشرف برنامج **Medicare** على عملهم.
- نرسل معلومات حول الطعن الذي قدمته («ملف حالتك») إلى هذه المنظمة. ولديك الحق في مطالبتنا بنسخة من ملف حالتك.
- يحق لك إعطاء هيئة المراجعة المستقلة **IRO** معلومات إضافية لدعم الطعن.
- يلقي المراجعون في **IRO** نظرة متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بطعنك.
- إذا كان لديك طعن سريع في المستوى 1، ف لديك أيضًا طعن سريع في المستوى 2.
- إذا كان لديك طعن سريع إلينا في المستوى 1، فستتلقى تلقائيًا طعنًا سريعًا في المستوى 2. يجب أن تعطيك **IRO** إجابة على الطعن من المستوى 2 خلال 72 ساعة من تلقي الطعن الذي قدمته.
- إذا كان لديك طعن عادي في المستوى 1، ف لديك أيضًا طعن عادي في المستوى 2.
- إذا كان لديك طعن عادي في المستوى 1 لدينا، تحصل تلقائيًا على طعن عادي في المستوى 2.
- إذا كان طلبك يتعلق بعنصر أو خدمة طبية، فيجب أن تعطيك **IRO** إجابة على طعن المستوى 2 خلال 30 يومًا تقويميًا من تلقي الطعن الذي قدمته.
- إذا كان طلبك بخصوص دواء مقرر بوصفه طبية من خلال برنامج **Medicare** في القسم B، فيجب أن تعطيك **IRO** إجابة على الطعن من المستوى 2 خلال 7 أيام تقويمية من تلقي الطعن الذي قدمته.

إذا تمنحك IRO إجابتها كتابياً وتشرح الأسباب.

- إذا قالت IRO نعم لجزء أو كل طلب لعنصر أو خدمة طبية، يجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
  - التصريح بتغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة أو
  - تقديم الخدمة خلال 5 أيام عمل بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات العادية أو
  - تقديم الخدمة خلال 72 ساعة من تاريخ حصولنا على IRO للطلبات العاجلة.
- إذا قالت IRO نعم لجزء أو كل طلب عقار مقرر بوصفة طبية من خلال برنامج Medicare في القسم B، فيجب علينا التصريح بالعقار المقرر بوصفة طبية من خلال برنامج Medicare في القسم B محل النزاع أو توفيره:
  - خلال 72 ساعة بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات العادية، أو
  - خلال 24 ساعة من تاريخ حصولنا على IRO للطلبات العاجلة.
- إذا قالت IRO لا لجزء من طعنك أو كله، فإن هذا يعني أنهم يوافقون على أننا يجب ألا نوافق على طلبك (أو جزء من طلبك) بتغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى «تأييد القرار» أو «رفض طعنك».
  - إذا كانت حالتك مستوفية للشروط اللازمة، يمكنك الاختيار من بين ما إذا كنت تريد تصعيد الطعن الخاص بك أم لا.
  - هناك ثلاثة مستويات إضافية لعملية تقديم الطعون بعد المستوى 2، بما مجموعه خمسة مستويات.
  - إذا تم رفض الطعن من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الطعون، يجب أن تقرر ما إذا كنت ستنتقل إلى المستوى 3 وتقدم طعناً ثالثاً. التفاصيل حول كيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الطعن من المستوى 2.
  - يتعامل قاضي في القانون الإداري (Administrative Law Judge, ALJ) أو محامي محكم مع الطعن من المستوى 3. راجع القسم 3 للحصول على المزيد من المعلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

#### عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medi-Cal عادةً

هناك أيضاً طريقتان لتقديم طعن من المستوى 2 بخصوص خدمات وأدوات برنامج Medi-Cal كما يلي: (1) تقديم شكوى من أجل إجراء مراجعة طبية مستقلة أو (2) طلب عقد جلسة استماع بالولاية.

#### (1) مراجعة طبية مستقلة

يمكنك طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR) من مركز المساعدة بقسم إدارة الرعاية الصحية بكاليفورنيا (DMHC). عند تقديم شكوى، ستقوم DMHC بمراجعة قرارنا وتتخذ قرار. تتوفر IMR لأي خدمة أو أداة من خدمات أو أدوات Medi-Cal المشمولة بالتغطية والتي تكون ذات طبيعة طبية. إن IMR هي مراجعة لحالتك يجريها خبراء ليسوا جزءاً من DMHC. إذا كان قرار IMR لصالحك، يجب علينا تقديم الخدمة أو الأداة التي طلبت الحصول عليها. لن تتحمل أي تكاليف مقابل IMR.



يمكنك تقديم شكوى أو تقديم طلب لعقد IMR إذا كانت خطتنا:

- ترفض أو تغير أو تؤخر خدمة أو علاج تابع إلى برنامج Medi-Cal لأن خطتنا قررت أنها غير ضرورية من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاج تجريبي أو استقصائي لحالة طبية خطيرة تابع إلى برنامج Medi-Cal.
- لا توافق على ما إذا كانت إحدى الخدمات أو الإجراءات الجراحية تجميلية أو ترميمية بطبيعتها.
- لن تدفع مقابل خدمات طارئة أو عاجلة تابعة إلى برنامج Medi-Cal حصلت عليها بالفعل.
- لم تقم بحل الطعن من المستوى 1 الذي تقدمت به بخصوص إحدى خدمات برنامج Medi-Cal خلال 30 يوماً تقويمياً بالنسبة لطعن عادي أو 72 ساعة أو أسرع إذا كانت صحتك تتطلب ذلك بالنسبة للطعن السريع.

**ملحوظة:** إذا قدم موفر الرعاية الخاصة بك طعناً نيابةً عنك، ولكننا لم نتلق نموذج تعيين ممثل معتمد لك، فسوف يتوجب عليك إعادة تقديم الطعن إلينا قبل أن تتمكن من التقديم إلى IMR المستوى 2 لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة إلا إذا كان طعنك ينطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ألم شديد أو احتمالية فقد الحياة أو أحد الأطراف أو إحدى وظائف الجسم الرئيسية.

يحق لك الحصول على كل من IMR و جلسة استماع بالولاية ولكن لا يحق لك الحصول على IMR إذا كنت قد قدمت سابقاً أدلة في جلسة استماع بالولاية أو كنت طلبت عقد جلسة استماع بالولاية لنفس المسألة.

في أغلب الحالات، يجب عليك تقديم طعن إلينا قبل طلب عقد IMR. راجع الصفحة 190 للحصول على معلومات حول عملية الطعن في المستوى الأول 1 لدينا. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم شكوى إلى DMHC أو أن تطلب من مركز مساعدة DMHC إجراء IMR.

إذا رُفض علاجك لأنه كان علاجاً تجريبياً أو استقصائياً، فلا يتوجب عليك المشاركة في عملية الطعن لدينا قبل أن تقدم طلب لإجراء IMR.

إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك تنبيه DMHC إليها على الفور دون اللجوء إلى عملية الطعن أولاً.

يجب عليك التقدم بطلب للحصول على IMR خلال 6 أشهر بعد أن نرسل لك قراراً خطياً بخصوص الطعن الذي قدمته. يمكن أن تقبل DMHC طلبك بعد 6 أشهر لسبب وجيه، مثل أن تكون لديك حالة طبية تمنعك من طلب IMR خلال 6 أشهر، أو أنك لم تتلق منا إشعاراً مناسباً بخصوص عملية IMR.

لطلب إجراء IMR:

- املاً نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكوى المتاح على: [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) أو اتصل مع مركز مساعدة DMHC على الرقم 1-888-466-2219. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- إذا كانت لديك نسخ من رسائل أو وثائق أخرى بحوزتك بخصوص الخدمة أو الأداة التي رفضناها، فأرفقها. يمكن لذلك أن يسرع عملية IMR. أرسل نسخاً من الوثائق وليس الأصول. لا يمكن لمركز المساعدة إعادة أية وثائق.



- املاً نموذج المساعد المعتمد إذا كان أحد الأشخاص يساعدك بخصوص IMR الخاصة بك. يمكنك الحصول على النموذج من [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx) أو اتصل مع مركز المساعدة لدى الإدارة على الرقم 1-888-466-2219. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرسل نماذجك بالبريد أو بالفاكس وأية مرفقات إلى:

Help Center  
Department of Managed Health Care  
980 Ninth Street, Suite 500  
-Sacramento, CA 958142725  
فاكس: 5241-255-916

- يمكنك أيضاً تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة/نموذج الشكوى ونموذج المساعد المعتمد عبر الإنترنت [www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx](http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx)

إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فسوف تقوم DMHC بمراجعة حالتك وترسل إليك رسالة خلال 7 أيام تقويمية تخبرك بأنك مؤهل للحصول على IMR. بعد استلام طلبك والوثائق الداعمة من خطتك، سيتم اتخاذ قرار IMR خلال 30 يوماً تقويمياً. يجب أن تتلقى قرار IMR خلال 45 يوماً تقويمياً من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للحصول على IMR، فسوف تقوم DMHC بمراجعة حالتك وترسل إليك رسالة خلال 48 ساعة من تلقي طلب مكتمل يخبرك بأنك مؤهل للحصول على IMR. بعد استلام طلبك والوثائق الداعمة من خطتك، سيتم اتخاذ قرار IMR خلال 3 أيام تقويمية. يجب أن تتلقى قرار IMR خلال 7 أيام تقويمية من تقديم الطلب المكتمل. إذا كنت غير راضٍ عن نتيجة IMR، فلا يزال بإمكانك طلب عقد جلسة استماع بالولاية.

يمكن أن تستغرق IMR وقتاً أطول إذا لم تتلق DMHC جميع السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تراجع طبيب غير تابع إلى شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية من هذا الطبيب وترسلها إلينا. مطلوب من خطتك الصحية الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء التابعين إلى الشبكة.

إذا قررت DMHC أن حالتك غير مؤهلة للحصول على IMR، فسوف تقوم DMHC بمراجعة حالتك من خلال العملية المنتظمة لشكاوى المستهلك. يجب حل شكاوك خلال 30 يوماً تقويمياً من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوك عاجلة، فسيتم حلها أسرع.

## (2) جلسات الاستماع بالولاية

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية للخدمات والبنود التي تغطيها Medi-Cal. وإذا طلب طبيبك أو موفر رعاية آخر خدمة أو أدوات لن نوافق عليه أو لن نستمر في دفع ثمن الخدمة أو الأدوات التي حصلت عليها بالفعل وكان قرارنا لا على الطعن من المستوى الأول 1، فلك الحق في طلب عقد جلسة استماع بالولاية. في معظم الحالات، لديك 120 يوماً لطلب عقد جلسة استماع بالولاية بعد إرسال إشعار «رسالة قرار الطعن» إليك بالبريد.

**ملحوظة:** إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية لأننا أخبرناك بأن إحدى الخدمات التي نتلقاها حالياً سيتم تغييرها أو إيقافها لديك أيام أقل لتقديم طلبك إذا أردت مواصلة الحصول على الخدمة بينما تكون جلسة الاستماع بالولاية معلقة. اقرأ «هل ستستمر المزايا الخاصة بي خلال سير عمليات الطعون من المستوى 2» صفحة 190 للمزيد من المعلومات.



هناك طريقتان لطلب عقد جلسة استماع بالولاية:

**1.** يمكنك إكمال نموذج طلب عقد «جلسة استماع بالولاية» المتوفر بالجزء الخلفي من إشعار بالإجراء. ويجب عليك توفير جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم بالكامل والعنوان ورقم الهاتف، واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك، وبرنامج (برامج) المساعدات المعنية، إضافة إلى سبب مفصل عن رغبتك في عقد جلسة استماع. عندها يمكنك تقديم طلبك من خلال إحدى هذه الطرق:

- إلى دائرة الرعاية الاجتماعية بالمقاطعة على العنوان الموضح في الإشعار.
- إلى دائرة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا:

State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433  
Sacramento, California 94244-2430

- إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية على فاكس رقم 916-309-3487 أو مجاناً على 1-833-281-0903.

**2.** يمكنك الاتصال على دائرة الخدمات الاجتماعية في ولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-743-8525. ينبغي على مستخدم TTY الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت تقديم طلب عقد جلسة استماع عبر الهاتف، ينبغي أن تعرف أن خطوط الهاتف عادةً ما تكون مشغولة للغاية.

إذا كنت لا تزال غير موافق على هذا القرار، يحق لك ما يلي:

- اطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة وسيراجع حالتك مراجع خارجي ليس له صلة بالخطة الصحية
- طلب عقد جلسة استماع بالولاية وسيراجع حالتك أحد القضاة.

يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة وجلسة استماع بالولاية معاً في نفس الوقت. يمكنك أيضاً طلب واحداً قبل الآخر لترى ما إذا كان سيحل مشكلتك أولاً. علي سبيل المثال، إذا طلبت مراجعة طبية مستقلة أولاً، ولم توافق علي القرار، يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية بعد ذلك. ولكن، إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية أولاً، ولكن جلسة الاستماع كانت قد أجريت بالفعل، لا يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة. في هذه الحالة، يكون لجلسة الاستماع بالولاية القرار النهائي.

لن تضطر لدفع أي رسوم مقابل المراجعة الطبية المستقلة أو جلسة استماع بالولاية.

### المراجعة الطبية المستقلة

إذا كنت تريد المراجعة الطبية المستقلة، فيجب عليك طلب إجراء واحدة خلال 180 يوم من تاريخ رسالة إشعار قرار الطعن هذه. ستزودك الفقرة أدناه بمعلومات حول كيفية طلب مراجعة طبية مستقلة. 1 لاحظ أن مصطلح «تظلم» يتحدث عن «شكاوى» و «طعون».

«تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. فإذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، يجب عليك أولاً الاتصال بالخطة الصحية على **1-888-839-9909** واستخدام عملية التظلم بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. إن الاستفادة من إجراءات التظلم هذه لا تمنع أي حقوق أو حلول قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى تقديم تظلم يتعلق بخدمة طارئة، أو تظلم لم تعالجه خطة الرعاية الصحية على نحو مرضٍ، أو تظلم لم تتم معالجته لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، ستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية المتخذة من قبل خطة الرعاية الطبية فيما يتعلق بحالات الضرورة الطبية للخدمة أو العلاج الموصى بهما، قرارات بيان المزايا المغطاة للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية، أو البحثية، وخلافات السداد في حالات الطوارئ، أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (**1-888-466-2219**) وخط اتصال (**1-877-688-9891**) (TDD) للأشخاص الذي يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) على نماذج الشكاوى ونماذج طلب IMR والتعليمات عبر الإنترنت.»

### جلسة استماع بالولاية

إذا كنت تريد عقد جلسة استماع بالولاية، يجب عليك طلب إجراء واحدة خلال 120 يوم من تاريخ رسالة إشعار قرار الطعن هذه. ولكن، إذا استمرت الخطة الصحية الخاصة بك في توفير الخدمة (الخدمات) المتنازع عليها (تعليق المساعدات المدفوعة) خلال عملية طعن الخطة الصحية ورغبت استمرار الخدمات لحين الوصول إلى قرار في جلسة استماع بالولاية الخاص بك، يجب عليك طلب جلسة استماع بالولاية خلال 10 أيام من تاريخ رسالة إشعار قرار الطعن هذه. بالرغم من أن خطتك الصحية يجب أن تعطيك تعليق المساعدات المدفوعة عندما تطلب جلسة استماع بالولاية بهذه الطريقة، يجب أن تبلغ خطتك الصحية أنك ترغب في الحصول على تعليق المساعدات المدفوعة لحين قرار جلسة الاستماع بالولاية. يجب أن تتواصل مع خدمات الأعضاء لدى L.A. Care على الرقم **1-888-839-9909**، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع. إذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو التحدث، يُرجى الاتصال على **TTY 711**.

يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية بالطرق التالية:

- إلكترونياً [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- عبر الهاتف: الاتصال على **1-800-743-8525**. يمكن أن يكون هذا الرقم دائم الانشغال. لذا قد تتلقى رسالة بعودة الاتصال لاحقاً. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيداً، فيرجى الاتصال على **1-800-952-8349 TDD/TTY**.
- كتابياً: املاً نموذج طلب عقد جلسة استماع بالولاية أو أرسل رسالة إلى: أرسل بالبريد أو الفاكس إلى:

البريد: California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

فاكس: **309-3487 (916)** أو الهاتف المجاني **1-833-281-0903**

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على **1-833-522-3767 (TTY: 711)**، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



وإذا كنت ترغب في الحصول على مترجم فوري، يُرجى إخبار قسم جلسات الاستماع بالولاية باللغة التي تتحدث بها. لن يتوجب عليك دفع أي رسوم نظير الحصول على مترجم فوري. قسم جلسات الاستماع بالولاية سيوفر لك واحداً، إذا كنت تعاني من إعاقة، يمكن لقسم جلسات الاستماع بالولاية توفير ترتيبات خاصة مجاناً لمساعدتك على الاشتراك في جلسة الاستماع. رجاء أدرج معلومات عن إعاقتك والترتيبات التي انت بحاجة إليها.

بعد طلب جلسة استماع بالولاية، قد يستغرق الأمر 90 يوماً لاتخاذ قرار بشأن حالتك وإرسال رد إليك. إذا كنت تعتقد بأن الانتظار طوال تلك المدة سيضر بصحتك، قد يمكنك تلقي رداً خلال 3 أيام عمل. اطلب من طبيبك أو خطتك الصحية كتابة رسالة لك بذلك. يجب أن توضح الرسالة أن الانتظار لمدة تصل إلى 90 يوماً لاتخاذ قرار بشأن حالتك سيلحق ضرراً بالغاً بحياتك أو صحتك أو قدرتك على أداء وظائفك الحيوية بكفاءتها القصوى أو استمراريتها أو استعدادتها. ثم تأكد من طلب عقد جلسة استماع عاجلة وقدم الخطاب مشفوعاً بطلب جلسة الاستماع.

يمكنك التحدث في جلسة الاستماع بالولاية بنفسك، أو يمكن لأحد الأقارب أو الأصدقاء أو المحامين أو الأطباء أو الوكلاء التحدث بالنيابة عنك. إذا أردت شخصاً آخر أن يتحدث بالنيابة عنك، إذاً يجب عليك إخبار قسم جلسات الاستماع بالولاية أن هذا الشخص مسموح له بالتحدث بالنيابة عنك. ويُطلق على هذا الشخص اسم ممثل معتمد.

#### المساعدة القانونية

قد يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية. اتصل بقسم المستهلك والشؤون التجارية بمقاطعة لوس أنجلوس 1-800-593-8222. يمكنك أيضاً الاتصال بجمعية المساعدة القانونية المحلية في مقاطعتك على الرقم 1-888-804-3536.

يعطيك قسم جلسات الاستماع بالولاية قراره كتابياً ويشرح الأسباب.

- إذا قال قسم جلسة الاستماع بالولاية نعم لجزء من أو كل طلب العنصر أو الخدمة الطبية، يجب أن نصرح أو نقدم الخدمة أو العنصر خلال 72 ساعة بعد أن نحصل على قرارهم.
- إذا قال قسم جلسات الاستماع بالولاية لا لجزء من طعنك أو كله، فإن هذا يعني أنهم يوافقون على أننا يجب ألا نوافق على طلبك (أو جزء من طلبك) بتغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى «تأييد القرار» أو «رفض طعنك».

إذا كان قرار IRO أو جلسة الاستماع بالولاية هو لا لكل طلبك أو جزء منه، فلديك حقوق طعن إضافية.

إذا توجه الطعن في المستوى 2 إلى IRO، فيمكنك الطعن مرة أخرى فقط إذا كانت قيمة الدولار للخدمة أو البند الذي تريده تستوفي الحد الأدنى من مبلغ محدد. يتعامل ALJ أو محامي محكم مع الطعن من المستوى 3. تشرح الرسالة التي تحصل عليها من IRO حقوق الطعن الإضافية التي يمكنك الحصول عليها.

تصف الرسالة التي تحصل عليها من قسم جلسات الاستماع بالولاية خيار الطعن التالي.

راجع القسم 1 للحصول على معلومات حول حقوق الطعن الخاصة بك من المستوى 2.

#### F5. مشاكل الدفع

نحن لا نسمح لمقدمي الرعاية التابعين لشبكتنا إصدار فواتير لك عن الخدمات والأدوات المغطاة. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لموفري الرعاية تكاليف أقل من التكاليف المدفوعة لموفر رعاية مقابل خدمة مغطاة أو بند. لست مطالباً مطلقاً بدفع قيمة أي فاتورة.

إذا وصلت فاتورة قيمتها أكثر من قيمة الدفعة المشتركة للخدمات والأدوات المغطاة، فأرسل الفاتورة إلينا. ليس عليك أن تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بموفر الرعاية مباشرة وسنهتم بالمشكلة. إذا دفعت الفاتورة، فيمكنك استعادة المبلغ من خطتنا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو العنصر.



للمزيد من المعلومات، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء. فهو يصف الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا بدفع مستحقاتك أو دفع فاتورة تصلك من موفر رعاية. كما يوضح أيضاً كيفية إرسال الأوراق التي تطلب منا الدفع.

إذا كنت تطلب استعادة المبلغ الذي دفعته، فأنت تطلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العناصر التي دفعت تكلفتها خاضعةً للتغطية وإذا كنت قد اتبعت جميع القواعد لاستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر التي دفعت تكلفتها خاضعةً للتغطية، وكنت قد اتبعت جميع القواعد، فسوف نرسل لك تكلفة الخدمة أو العنصر عادةً خلال 30 يوماً تقويمياً ولكن بما لا يتعدى 60 يوماً تقويمياً بعد تلقينا طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت بعد مقابل الخدمة أو الأدوات، فسنرسل الدفعة مباشرةً إلى موفر الرعاية. عند إرسال المبلغ، فإن هذا بمثابة قول **نعم** لمطالبتك بقرار بيان المزايا المغطاة.
- إذا لم تكن الخدمة أو البند مغطاة أو لم تتبع القواعد، فسنرسل إليك رسالة تخبرك بأننا لن ندفع مقابل الخدمة أو البند، مع شرح السبب.

إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، يمكنك تقديم **طعن**. اتبع عملية الطعون الموضحة في **القسم F3**. عند اتباعك لهذه الإرشادات، لاحظ ما يلي:

- إذا قدمت **طعناً** للحصول على التعويض، فيجب أن نعطيك إجابةً خلال 30 يوماً تقويمياً بعد استلامنا لطلب الطعن الذي قدمته.
- إذا طلبت منا أن نرد لك مقابل الرعاية الطبية التي حصلت عليها ودفعت مقابلها بنفسك، فلا يمكنك طلب **طعن سريع**.

إذا كانت إجابتنا على **طعنك لا** وكان برنامج **Medicare** عادةً يغطي الخدمة أو العنصر، فسوف نرسل حالتك إلى IRO. سنرسل لك رسالةً إذا حدث ذلك.

- إذا قامت IRO بعكس قرارنا وقالت بأننا يجب أن ندفع لك، فيجب أن نرسل إليك أو لمزود الخدمة المبلغ خلال 30 يوماً تقويمياً. إذا كانت الإجابة على **طعنك نعم** في أي مرحلة من عملية الطعن بعد المستوى 2، فيجب أن نرسل الدفعة إليك أو إلى موفر الرعاية الصحية خلال 60 يوماً تقويمياً.
- إذا قالت IRO **لا** لطعنك، فإن هذا يعني أنهم يوافقون على أننا يجب ألا نوافق على طلبك. وهذا ما يسمى «تأييد القرار» أو «رفض طعنك». سنتلقى رسالةً تشرح حقوق الطعن الإضافية التي قد تكون لديك. راجع **القسم 1** لمزيد من المعلومات حول المستويات الإضافية للطعن.

إذا كانت إجابتنا على طلب **طعنك هي لا** وكان برنامج Medi-Cal عادةً يغطي الخدمة أو العنصر، يمكنك تقديم **طعن** من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

## G. العقاقير المقررة بوصفة طبية ضمن القسم D في برنامج Medicare

تشمل مزاياك كعضو في خطتنا تغطية العديد من الأدوية المقررة بوصفة طبية. ومعظم هذه الأدوية هي أدوية القسم D من برنامج Medicare. هناك عدد قليل من الأدوية لا يخضع لتغطية القسم D في Medicare، ولكن قد يغطيها برنامج Medi-Cal. ينطبق هذا القسم فقط على طلبات الطعون المتعلقة بأدوية القسم D في برنامج Medicare. سنقول «عقار دوائي» في بقية هذا القسم بدلاً من قول «أحد أدوية القسم D في برنامج Medicare» في كل مرة.

يجب أن يتم استعمال الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيًا ليكون خاضعًا للتغطية. وهذا يعني أن يكون استخدام الدواء معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) أو مدعوم بواسطة مراجع طبية معينة. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن المؤشر المقبول طبيًا.

### G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون في القسم D في برنامج Medicare

فيما يلي بعض الأمثلة على قرارات بيان المزايا المغطاة التي تطلب منا اتخاذها فيما يتعلق بأدوية القسم D في برنامج Medicare:

- مطالبتنا بإجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
    - تغطية دواء بالقسم D في برنامج Medicare ليس مدرجًا على قائمة أدوية خطتنا أو
    - التنازل عن أحد القيود المفروضة على تغطيتنا لأحد الأدوية (مثل حدود الكمية التي يمكنك الحصول عليها من الدواء)
  - تسألنا عما إذا كان عقار دوائي مشمولًا بالتغطية بالنسبة لك (على سبيل المثال عندما يكون العقار الدوائي الخاص بك مدرجًا في قائمة أدوية خطتنا ولكن يجب أن نعتمده قبل أن نغطيه)
- ملحوظة:** إذا أخبرتك الصيدلية بعدم إمكانية صرف وصفتك الطبية كما هي مكتوبة، فستعطيك الصيدلية إشعار مكتوب يشرح لك كيفية الاتصال بنا لطلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة.

قرار بيان المزايا المغطاة الأولي فيما يتعلق بأدوية القسم D في برنامج Medicare يُسمى "البت في موقف دواء من التغطية".

- أنت تطلب منا الدفع مقابل أحد الأدوية قمت بشرائه بالفعل. يُعد ذلك طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة فيما يتعلق بالدفع.
- إذا كنت لا توافق على أحد قرارات التغطية التي اتخذناها، يمكنك تقديم طعن فيه. يوضح لك هذا القسم كل من كيفية طلب قرارات بيان المزايا المغطاة وكيفية تقديم طعن. استخدم الجدول أدناه لمساعدتك.

أي من المواقف التالية ينطبق على حالتك؟			
أنت بحاجة إلى عقار دوائي ليس مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا أو تحتاج منا التنازل عن قاعدة أو قيد على أحد العقاقير الدوائية التي نغطيها.	تريد منا تغطية أحد العقاقير الدوائية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا، وتعتقد أنك تفي بقواعد أو قيود الخطة (مثل الحصول على الموافقة مسبقًا) للدواء الذي تحتاجه.	تريد أن تطلب منا دفع ثمن دواء حصلت عليه بالفعل ودفعت ثمنه.	قلنا لك أننا لن نغطي أو ندفع ثمن الدواء بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا أحد أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة).	يمكنك مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.	يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. (هذا أحد أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة).	يمكنك التقدم بطعن. (وهذا يعني أن تطلب منا أن نعيد النظر).
ابدأ بالقسم G2، ثم راجع القسمين G3 و G4.	راجع القسم G4.	راجع القسم G4.	راجع القسم G5.

**G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare**

إذا كنا لا نغطي الدواء بالطريقة التي تريدها، فيمكنك أن تطلب منا إجراء «استثناء». وإذا رفضنا مطالبتك لنا بالدفع، يمكنك الطعن في قرارنا.

عندما تطلب استثناءً، يجب على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر شرح الأسباب الطبية لاحتياجك لهذا الاستثناء.

يُطلق أحياناً على طلب تغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو طلب إزالة قيد على أحد العقاقير الدوائية طلب "استثناء من كتيب الوصفات".

فيما يلي أمثلة على الاستثناءات التي قد تطلب إجراءها أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر منا:

**1. تغطية دواء ليس مدرجاً على قائمة أدويتنا**

- لا يمكنك الحصول على استثناء لحصة المشاركة في الدفع المطلوبة للدواء.

**2. إزالة أحد القيود المفروضة على أحد الأدوية الخاضعة للتغطية.**

- تنطبق قواعد أو استثناءات إضافية على عقاقير دوائية محددة موجودة في قائمة أدوية خطتنا (راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات).

- القواعد والقيود الإضافية المتعلقة بتغطية أدوية معينة تتضمن ما يلي:

○ مطالبتك باستخدام الدواء المكافئ لأحد الأدوية بدلاً من أدوية العلامة التجارية.

○ الحصول على موافقتنا مقدماً قبل موافقتنا على تغطية الدواء بالنسبة إليك. يُسمى هذا - في بعض الأحيان - "تصريح مسبق" (Prior Authorization, PA).

○ مطالبتك بتجربة دواء مختلف أولاً قبل موافقتنا على تغطية الدواء الذي تطلبه. ويُسمى هذا في بعض الأحيان "العلاج المرحلي".

○ حدود الكمية. بالنسبة إلى بعض الأدوية، يتم فرض قيود على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.

- في حالة موافقتنا على الاستثناء والتنازل عن أحد القيود، بإمكانك طلب استثناء يتعلق بمقدار حصة المشاركة في الدفع المطلوب منك دفعه.

**G3. أشياء مهمة يجب معرفتها حول طلب استثناء**

يجب على طبيبك المعالج أو مقدم وصفات طبية آخر أن يبلغنا بالأسباب الطبية.

يجب أن يقدم لنا طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر بياناً يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء. ولاتخاذ قرار سريع، أرفق هذه المعلومات الطبية التي تحصل عليها من الطبيب أو مقدم وصفات طبية آخر عند طلب إجراء الاستثناء.

عادة، تتضمن قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا على أكثر من عقار دوائي واحد لمعالجة كل حالة معينة. وتلك تسمى عقاقير «بديلة». إذا كان أحد العقاقير الدوائية البديلة بنفس كفاءة العقار الدوائي الذي تطلبه، ولن يسبب لك مزيداً من الآثار الجانبية أو مشكلات صحية أخرى، فإننا عموماً لن نوافق على طلبك بالحصول على استثناء.



**يمكننا أن نقول نعم أو لا لطلبك.**

- إذا قلنا **نعم** لطلبك بالحصول على استثناء، فإن الاستثناء في العادة يستمر حتى نهاية العام التقويمي. ومن شأن هذه الموافقة أن تكون ملائمة ما دام طبيبك يستمر في وصف الدواء لك، ولا يزال استخدام ذلك الدواء آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا قلنا **لا** لطلب الاستثناء الخاص بك، يمكنك تقديم طعن. راجع **القسم G5**، للمعلومات عن تقديم طعن إذا قلنا لا. يوفر القسم التالي معلومات عن كيفية طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك طلب استثناء.

**G4. طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة وتقديم طعن، بما في ذلك طلب استثناء**

- اسأل عن نوع قرار بيان المزايا المغطاة الذي تريده عن طريق الاتصال بالرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات وخطياً أو بالفاكس إلينا. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو مقدم الوصفات الطبية الأخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك ومعلومات حول المطالبة.
- يمكنك أنت أو طبيبك (أو مقدم وصفات طبية أخر) أو شخص آخر يتصرف نيابة عنك أن يطلب قرار بيان المزايا المغطاة. كما يمكنك أيضاً توكيل محام للتصرف نيابة عنك.
- راجع **القسم E3** لمعرفة كيفية تسمية شخص ما كممثل لك.
- لست بحاجة إلى أن تمنح طبيبك أو مقدم الوصفات الطبية الأخر تصريحاً كتابياً لمطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة نيابة عنك.
- إذا كنت تريد مطالبتنا بالدفع مقابل دواء، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء.
- إذا طلبت استثناءً، فامنحنا «بياناً داعماً». يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية لطبيبك أو مقدم الوصفات الطبية الأخر لطلب الاستثناء.
- يمكن للطبيب أو مقدم الوصفات الطبية الأخر إرسال البيان الداعم لنا بالفاكس أو البريد. يمكنهم أيضاً إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان بالفاكس أو البريد.

**اطلب منا اتخاذ «قرار تغطية سريع» إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.**

سوف نعتمد «المواعيد النهائية الاعتيادية» إلا إذا وافقنا على استخدام «المواعيد النهائية السريعة».

- إن قرار بيان المزايا المغطاة الاعتيادي يعني أن نعطيك إجابة خلال 72 ساعة بعد استلامنا بيان طبيبك.
- إن قرار بيان المزايا المغطاة السريع يعني أن نعطيك إجابة خلال 24 ساعة بعد استلامنا بيان طبيبك.

يُطلق على "قرار التغطية السريع" "تحديد تغطية عاجل".

يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة سريع إذا:

- كان لعقار دوائي لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إذا كنت تطلب منا رد ثمن دواء اشتريته بالفعل.

- صحتك أو قدرتك على العمل ستتضرر بشكل خطير إذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية.
- إذا أخبرنا طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر بأن حالتك الصحية تتطلب «قرار تغطية سريعاً»، نوافق و نمنحك إياه. نرسل لك رسالة تخبرك بذلك.
- إذا طلبت اتخاذ قرار تغطية سريع، دون دعم من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر، نقرر ما إذا كان يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة سريع.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تستوفي متطلبات اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة السريع، نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
  - نرسل لك رسالة تخبرك بأننا سنستخدم الموعد النهائي الاعتيادي. تخبرك الرسالة أيضاً كيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا.
  - يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على استجابة خلال 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم K.

#### المواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية سريع

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك إجابتنا خلال 24 ساعة بعد أن نتلقى طلبك. إذا طلبت استثناء، فسندعم لك إجابتنا خلال 24 ساعة بعد أن نحصل على البيان الداعم من طبيبك. وسوف نقدم لك القرار في وقت أسرع إذا طلبت حالتك الصحية ذلك.
- إذا لم تتمكن من الالتزام بهذا الموعد النهائي، سنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون، حيث ستقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول الطعن من المستوى 2.
- إذا قلنا نعم على جزء أو كل ما طلبته، فيجب أن نقدم لك التغطية خلال 24 ساعة بعد استلام طلبك أو بيان داعم من طبيبك.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فسوف نرسل لك رسالة تتضمن الأسباب. تخبرك الرسالة أيضاً كيف يمكنك تقديم طعن.

#### المواعيد النهائية «لقرار التغطية الاعتيادي» فيما يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد

- وإذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية، يجب علينا إعطاءك إجابة خلال 72 ساعة بعد تلقينا طلبك. إذا طلبت استثناء، فسندعم لك إجابتنا خلال 72 ساعة بعد أن نحصل على البيان الداعم من طبيبك. وسوف نقدم لك القرار في وقت أسرع إذا طلبت حالتك الصحية ذلك.
- إذا لم تتمكن من الالتزام بهذا الموعد النهائي، سنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون، حيث ستقوم IRO بمراجعته.
- إذا قلنا نعم على جزء أو كل ما طلبته، فيجب أن نقدم لك التغطية خلال 72 ساعة بعد استلام طلبك أو بيان داعم من طبيبك من أجل الاستثناء.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فسوف نرسل لك رسالة تتضمن الأسباب. تخبرك الرسالة أيضاً كيف يمكنك تقديم طعن.

### المواعيد النهائية لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة العادي بخصوص دواء اشتريته بالفعل

- يتوجب علينا الرد عليك خلال 14 يوماً بعد تلقينا الطلب المقدم منك.
- إذا لم تتمكن من الالتزام بهذا الموعد النهائي، سنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون، حيث ستقوم IRO بمراجعته.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، فسنعيد لك المبلغ خلال 14 يوماً تقويمياً.
- إذا قلنا لا لجزء من طلبك أو كله، فسوف نرسل لك رسالة تتضمن الأسباب. تخبرك الرسالة أيضاً كيف يمكنك تقديم طعن.

### G5. تقديم طعن من المستوى 1

يسمى الطعن المقدم إلى خطتنا بخصوص قرار بيان المزايا المغطاة لدواء من القسم D في برنامج Medicare باسم "إعادة البت".

- ابدأ الطعن العادي أو الطعن السريع عن طريق الاتصال على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار، 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع بما في ذلك العطلات أو خطياً أو من خلال إرسال فاكس إلينا. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو مقدم الوصفات الطبية الأخر) القيام بذلك. يرجى تضمين اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك ومعلومات حول طعنك.
  - يجب أن تقدم طلب الطعن خلال 65 يوماً تقويمياً من تاريخ الرسالة التي أرسلناها إليك لإبلاغك بقرارنا.
  - وإذا فاتك الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لذلك، فيمكن أن نعطيك وقتاً إضافياً لتقديم الطعن. أمثلة على الأسباب الوجيهة: إذا كنت تعاني من مرض خطير أو إذا قدمنا لك معلومات خاطئة بشأن الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عندما تقوم بتقديم الطعن.
  - يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات بشأن الطعن الخاص بك. يمكنك أن تقدم لنا أنت وطبيبك معلومات إضافية لدعم الطعن المقدم منك.
- يمكنك طلب طعن سريع إذا كانت صحتك تتطلب ذلك.

يُطلق أيضاً على الطعن السريع اسم "إعادة البت المستعجلة".

- إذا كنت تطعن في قرار اتخذناه حول دواء لم تستلمه بعد، تقرر أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر ما إذا كنت تحتاج إلى طعن سريع أم لا.
  - متطلبات الطعن السريع هي نفس متطلبات قرار التغطية السريع. راجع القسم G4 لمزيد من المعلومات.
- ننظر في الطعن المقدم من طرفك ونوافيك بالرد.
- نراجع طعنك ونلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك.
  - ونتحقق من أننا اتبعنا القواعد عندما قلنا لا بشأن طلبك.
  - قد نتصل بك أو بطبيبك أو بمقدم وصفات طبية آخر للحصول على مزيد من المعلومات.

### المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نعطيك إجابة خلال 72 ساعة من استلام الطعن الذي قدمته.
  - وسوف نقدم لك القرار في وقت أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
  - إذا لم نقدم لك القرار خلال 72 ساعة، فسوف نرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية الطعون. وبعد ذلك تقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعون من المستوى 2.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب أن نوفر التغطية التي وافقنا على تقديمها خلال 72 ساعة من استلام الطعن الذي قدمته.
- إذا قلنا لالجزء من طلبك أو كله، فسنرسل لك رسالة تشرح الأسباب وتخبرك كيف يمكنك تقديم طعن.

### المواعيد النهائية للطعن العادي من المستوى 1

- إذا استخدم المواعيد النهائية العادية، يجب أن نعطيك إجابتنا خلال 7 أيام تقويمية بعد تلقينا طعنك لتغطية دواء لم تحصل عليه.
- نعطيك قرارنا عاجلاً إذا لم تحصل على الدواء وتتطلبه حالتك الصحية. إذا كنت تعتقد أن صحتك تتطلب ذلك، فاطلب طعنًا سريعًا.
  - إذا لم نقدم لك القرار خلال 7 أيام تقويمية، فسوف نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك تقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعون من المستوى 2.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله:
  - يجب أن نوفر التغطية التي وافقنا على تقديمها بالسرعة التي تتطلبها صحتك ولكن في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية بعد أن نحصل على الطعن الذي قدمته.
  - يجب أن نرسل إليك دفعة مقابل دواء اشتريته خلال 30 يومًا تقويميًا بعد أن نتلقى طلب الطعن الذي قدمته.
- إذا قلنا لالجزء من طلبك أو كله:
  - نرسل لك رسالة تشرح الأسباب وتخبرك كيف يمكنك تقديم طعن.
  - يجب أن نقدم لك إجابتنا حول دفع ثمن الدواء الذي اشتريته خلال 14 يومًا تقويميًا بعد تلقي الطعن الذي قدمته.
    - إذا لم نصدر لك قرارًا خلال 14 يومًا تقويميًا، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك تقوم IRO بمراجعته. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعون من المستوى 2.
- إذا قلنا نعم لجزء من طلبك أو كله، فسنعيد لك المبلغ خلال 30 يومًا تقويميًا بعد أن نتلقى طلبك.
- إذا قلنا لالجزء من طلبك أو كله، فسنرسل لك رسالة تشرح الأسباب وتخبرك كيف يمكنك تقديم طعن.

## G6. تقديم طعن من المستوى 2

إذا قلنا لا لطعنك من المستوى 1، يمكنك قبول قرارنا أو تقديم طعن آخر. إذا قررت تقديم طعن آخر، فإنك تستخدم عملية الطعون من المستوى 2. تراجع IRO قرارنا عندما قلنا لا لطعنك الأول. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان يجب علينا تغيير قرارنا.

الاسم الرسمي الذي يطلق على "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو "هيئة المراجعة المستقلة". ويطلق عليها أحياناً "IRE".

لتقديم طعن من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو مقدم الوصفات الطبية الآخر التواصل مع IRO كتابياً وطلب مراجعة حالتك.

- إذا قلنا لا لاستئناف المستوى 1 الخاص بك، تتضمن الرسالة التي نرسلها إليك تعليمات حول كيفية تقديم طعن من المستوى 2 إلى IRO. تحدد التعليمات من الذي يمكنه تقديم الطعن من المستوى 2 والمواعيد النهائية التي يجب عليك الالتزام بها وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عند التقدم بطعن إلى IRO، نرسل المعلومات التي في حوزتنا بشأن الطعن الذي تقدمت به إلى المنظمة. ويطلق على هذه المعلومات «ملف الحالة» الخاص بك. ولديك الحق في مطالبتنا بنسخة من ملف حالتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب نسخة مجانية من ملف قضيتك، فاتصل على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.
- يحق لك إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم الطعن.

تقوم IRO بمراجعة طعنك من المستوى 2 بخصوص القسم D في برنامج Medicare وتعطيك إجابة كتابية. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات عن IRO.

### المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 2

إذا كانت صحتك تتطلب طعن سريع فاطلب ذلك من IRO.

- إذا وافقوا على طعن سريع فيجب عليهم الرد عليك خلال 72 ساعة بعد تلقي طلب الطعن الذي قدمته.
- إذا قالوا نعم لجزء من طلبك أو كله، يجب علينا توفير تغطية الأدوية المعتمدة خلال 24 ساعة بعد الحصول على قرار IRO.

### المواعيد النهائية للطعن العادي من المستوى 2

إذا كان لديك طعن عادي من المستوى 2، فيجب أن تعطيك منظمة المراجعة المستقلة إجابة:

- خلال 7 أيام تقويمية بعد تلقي الطعن الذي تقدمه بخصوص عقار دوائي لم تحصل عليه.
- خلال 14 يوماً تقويمياً بعد تلقي الطعن الذي تقدمه لدفع ثمن دواء اشتريته.



إذا قالت IRO نعم لجزء من طلبك أو كله:

- يجب أن تقدم تغطية العقاقير الدوائية المعتمدة خلال 72 ساعة بعد حصولنا على قرار IRO.
- يجب أن نعيد إليك ثمن الدواء الذي اشتريته خلال 30 يوماً تقويمياً بعد حصولنا على قرار IRO.
- إذا قالت IRO لا للطعن الذي قدمته، فذلك يعني اتفاقهم مع قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يسمى «تأييد القرار» أو «رفض طعنك».

إذا قالت IRO لا لطلب الطعن من المستوى 2، لديك الحق في تقديم طعن من المستوى 3 إذا كانت القيمة بالدولار لتغطية الأدوية التي تطلبها تلي الحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت القيمة بالدولار لتغطية الأدوية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. في هذه الحالة، يكون قرار الطعن من المستوى 2 نهائياً. ترسل لك IRO رسالة تخبرك بالحد الأدنى لقيمة الدولار اللازمة للاستمرار في طعن من المستوى 3.

إذا كانت القيمة بالدولار لطلبك تفي بالمتطلبات، فعليك أن تختار ما إذا كنت ترغب في المضي قدماً في الطعن.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعن بعد المستوى 2.
- إذا قالت IRO لا للطعن من المستوى 2 واستوفيت شرط مواصلة عملية الطعن، فأنت:
  - قرر ما إذا كنت تريد تقديم طعن من المستوى 3.
  - راجع الرسالة التي أرسلتها IRO إليك بعد طعن المستوى 2 للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم طعن من المستوى 3.

يتعامل ALJ أو محامي محكم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

## H. مطالبتنا بتغطية فترة إقامة أطول بالمستشفى

عند إدخالك إلى مستشفى، يكون لديك الحق في الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نقوم بتغطيتها والتي تعد ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. للمزيد من المعلومات حول تغطية المستشفى لدى خطتنا، راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء.

خلال إقامتك التي تتم تغطيتها بالمستشفى، يتعاون معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. ويساعدون أيضاً في ترتيب إجراءات الرعاية التي ربما تحتاجها بعد المغادرة.

- يطلق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى «تاريخ الخروج».
- سوف يخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى بتاريخ خروجك.



إذا كنت تعتقد بأنه تتم مطالبتك بمغادرة المستشفى في وقت مبكر جداً أو إذا كنت قلقاً بخصوص رعايتك بعد الخروج من المستشفى، فيمكنك طلب إقامة لفترة أطول بالمستشفى. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب ذلك.

بالرغم من الطعون التي نوقشت في هذا القسم H، يمكنك أيضاً تقديم شكوى لدى DMHC وأن تطلب منها إجراء مراجعة طبية مستقلة لاستمرار بقاءك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 للتعرف على كيفية تقديم شكوى لدى DMHC للحصول على مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة بدلاً من عملية الطعن من المستوى الثالث 3.

### H1. معرفة حقوقك المتعلقة ببرنامج Medicare

خلال يومين من دخولك المستشفى سيقوم أحد الأشخاص في المستشفى مثل الممرضة أو موظف حالة بإعطائك إشعاراً خطياً يسمى «رسالة مهمة من برنامج Medicare بخصوص حقوقك». يتلقى كل المشتركين في Medicare نسخة من هذا الإشعار متى تم احتجازهم في المستشفى.

إذا لم تتلق هذا الإشعار، اسأل عنه أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، اتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الاتصال على 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.

• **اقرأ الإشعار بعناية** واسأل أسئلة إذا لم تفهم شيئاً ما. يخبرك الإشعار بحقوقك كمريض في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:

o الحصول على خدمات Medicare الخاضعة للتغطية أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. لديك الحق في معرفة طبيعة هذه الخدمات ومن سيدفع مقابلها وأين يمكنك الحصول عليها.

o كُن جزءاً من أي قرارات بشأن مدة إقامتك بالمستشفى.

o اعرف الجهة التي يمكنك إبلاغها عن أي مخاوف تراودك بشأن الرعاية المقدمة لك في المستشفى.

o تقدم بطعن إذا ظننت أنه سيتم إخراجك من المستشفى قبل الموعد الملائم.

• **وقع على الإشعار** لتوضيح أنك قد حصلت عليه وفهمت حقوقك.

o يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.

o يشير توقيع الإشعار فقط إلى حصولك على المعلومات المتعلقة بحقوقك. لا يعني توقيع الإشعار موافقتك على تاريخ الخروج الذي أبلغك به طبيبك أو موظفي المستشفى.

• **احتفظ بنسخة** من الإشعار الذي وقعت عليه حتى تكون لديك المعلومات متوفرة إذا احتجت إليها.

إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من يوم مغادرتك للمستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.

يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مقدماً إذا كنت:

- اتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصل مع برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- زُر [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

## H2. تقديم طعن من المستوى 1

إذا أردت منا تغطية خدمات المستشفى للمرضى الداخليين الخاصة بك لفترة أطول، قدم طعن. تقوم منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO) بمراجعة طعن المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المخطط لك مناسباً من الناحية الطبية.

إن QIO عبارة عن مجموعة من الأطباء ومختصي الرعاية الصحية الآخرين يتقاضون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. يقوم هؤلاء الخبراء بفحص الجودة والمساعدة في تحسينها للأشخاص الذين يستخدمون برنامج Medicare. وهم ليسوا تابعين لخطتنا.

في كاليفورنيا، إن QIO هي Livanta. اتصل بهم على: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) معلومات الاتصال موجودة أيضاً في الإشعار، «رسالة مهمة من Medicare حول حقوقك»، وفي **الفصل 2**.

اتصل مع QIO قبل أن تغادر المستشفى وليس بعد تاريخ خروجك المحدد.

- إذا أُجريت اتصال قبيل أن تخرج، يمكنك البقاء في المستشفى بعد موعد الخروج المحدد لك دون الدفع مقابل ذلك بينما تنتظر قرار في الطعن الخاص بك من QIO.
- إذا لم تتصل لطلب الطعن وقررت البقاء في المستشفى بعد موعد الخروج المحدد لك، فإنه قد تدفع جميع التكاليف مقابل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد تاريخ خروجك المحدد.
- لأن الإقامة في المستشفى مغطاة من قبل كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal، إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الاستماع إلى طلبك بالاستمرار في الإقامة في المستشفى أو إذا كنت تعتقد بأن حالتك عاجلة وتتنوي على تهديد فوري وخطير على صحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد فيمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا DMHC أو أن تطلب منها إجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 للتعرف على كيفية تقديم شكوى إلى DMHC للحصول على مراجعة طبية مستقلة.

**اطلب المساعدة عند الحاجة إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت:

- اتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.

اطلب مراجعة سريعة: تصرف بسرعة واتصل مع QIO في الولاية لطلب مراجعة سريعة لموعد خروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني لعملية "المراجعة السريعة" هو "مراجعة فورية" أو "مراجعة عاجلة".

#### ما يحدث خلال المراجعة السريعة

- يسألك المراجعون في QIO أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية بعد موعد الخروج المحدد. لست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك القيام بذلك.
- سيطلع المراجعون أيضًا على معلوماتك الطبية، وسيحدثون مع طبيبك، وسيراجعون المعلومات التي أمدهم بها كلٌّ من المستشفى وخطتنا.
- وبحلول ظهر اليوم الذي يلي إخبار المراجعين لخطتنا بشأن الطعن الخاص بك، تحصل على رسالة تتضمن موعد خروجك المحدد. يقدم الرسالة أيضًا أسبابًا لطبيبك والمستشفى ونعتمد أن هذا هو تاريخ الخروج الصحيح المناسب لك طبيًا.

المصطلح القانوني لهذا الشرح المكتوب هو "إشعار تفصيلي للخروج من المستشفى". يمكنك الحصول على نموذج من هذا الإشعار من خلال الاتصال مع خدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.) يمكنك أيضًا الرجوع إلى عينة الإشعار عبر الإنترنت على [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices).

خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي تحتاجها، تمنحك QIO إجابتها على الطعن الذي قدمته.

إذا قالت QIO نعم للطعن الذي قدمته:

- سوف نقدم خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى المغطاة الخاصة بك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا قالت QIO لا للطعن الذي قدمته:

- يعتقدون أن تاريخ الخروج المخطط له مناسب من الناحية الطبية.
- ستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى الداخلي الخاصة بك في ظهر اليوم التالي لإعطائك QIO إجابتها على الطعن الذي قدمته.
- قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تحصل عليها بعد الظهر في اليوم التالي لإعطائك QIO إجابتها على الطعن الذي قدمته.
- يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 إذا رفضت QIO الطعن من المستوى 1 وبقيت في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له.



**H3. تقديم طعن من المستوى 2**

بالنسبة للطعن من المستوى 2، تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الطعن من المستوى 1. اتصل بهم على: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

يجب أن تطلب هذه المراجعة خلال 60 يومًا تقويمياً بعد اليوم التالي لقرار QIO الذي قالت فيه لا للطعن من المستوى 1 الذي قدمته. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال بقائك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية. سيقوم مراجعو QIO بما يلي:

- إلقاء نظرة أخرى متأنية علي جميع المعلومات المتعلقة بطعنك.
  - إخبارك بقرارهم بشأن الطعن من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويمياً من استلام طلبك للمراجعة الثانية.
- إذا قالت QIO نعم للطعن الذي قدمته:
- يجب أن ندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية بالمستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفضت QIO الطعن من المستوى 1.
  - سوف نقدم خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى المغطاة الخاصة بك طالما أن الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا قالت QIO لا للطعن الذي قدمته:
- يتفقون مع قرارهم بشأن طعنك من المستوى 1 ولن يغيروه.
  - يعطونك رسالة تخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
  - يمكنك أيضًا تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم E4 للتعرف على كيفية تقديم شكوى لدى DMHC للحصول على مراجعة طبية مستقلة.
- يتعامل ALJ أو محامي محكم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم 3 للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

**1. مطالبتنا بمواصلة تغطية بعض الخدمات الطبية**

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
  - الرعاية التمريضية المتخصصة في مركز خدمات التمريض المهني، و
  - رعاية إعادة التأهيل كمريض خارجي في CORF معتمد من Medicare. عادةً، هذا يعني أنك تتلقى العلاج من مرض أو حادث، أو أنك تتعافى من عملية جراحية رئيسية.
- مع أي من هذه الأنواع الثلاثة من الخدمات، يحق لك الحصول على خدمات مغطاة طالما يقول الطبيب أنك بحاجة إليها. عندما نقرر إيقاف تغطية أي من هذه الأنواع، يجب علينا إخبارك قبل انتهاء الخدمات الخاصة بك. عندما تنتهي تغطيتك لهذه الخدمة، نتوقف عن دفع ثمنها.

في حال كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جداً، فإنه يمكنك الطعن على قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية التقدم بطعن.

### 11. إشعار مسبق قبل انتهاء تغطيتك

نرسل إليك إشعاراً كتابياً بأنك ستحصل على يومين على الأقل قبل أن نتوقف عن دفع تكاليف رعايتك. وهذا يسمى «إشعار عدم التغطية من Medicare». يخبرك الإشعار بالتاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية الطعن في قرارنا. يجب عليك أنت أو ممثلك التوقيع على الإشعار لإثبات حصولك عليه. يشير توقيع الإشعار فقط إلى حصولك على المعلومات. التوقيع لا يعني أنك توافق على قرارنا.

### 12. تقديم طعن من المستوى 1

في حال كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جداً، يمكنك الطعن في قرارنا. يخبرك هذا القسم عن عملية الطعن من المستوى 1 وما يجب القيام به.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. افهم واتبع المواعيد النهائية التي تنطبق على الأشياء التي يجب عليك القيام بها. يجب أن تتبع خطتنا المواعيد النهائية أيضاً. إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بهذه المواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K للحصول على المزيد من المعلومات حول الشكاوى.
- **اطلب المساعدة عند الحاجة إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى مساعدة في أي وقت:
  - اتصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
  - اتصل مع HICAP على الرقم 1-800-434-0222.
- **تواصل مع QIQ.**
  - راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول QIO وكيفية الاتصال بهم.
  - اطلب منهم مراجعة طعنك واتخاذ قرار بشأن تغيير قرار خطتنا.
- **تصرف بسرعة واطلب «طعن سريع»**. اسأل QIO عما إذا كان من المناسب طبيياً بالنسبة لنا إنهاء تغطية خدماتك الطبية.

### الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة

- يجب عليك الاتصال مع QIO لبدء الطعن بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ سريان «إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare» الذي أرسلناه إليك.
- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الاستماع إلى طلبك بالاستمرار في تغطية خدمات رعايتك الصحية أو إذا كنت تعتقد بأن حالتك عاجلة وتنطوي على تهديد فوري وخطير على صحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد فيمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا DMHC أو أن تطلب منها إجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 للتعرف على كيفية تقديم شكوى لدى DMHC للحصول على مراجعة طبية مستقلة.



المصطلح القانوني للإشعار الخطي هو "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare". للحصول على نسخة عينة، اتصل مع خدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل مع Medicare على 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، على مدار 24 ساعة في اليوم و7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048. أو احصل على نسخة على الإنترنت [www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices](http://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices).

### ماذا يحدث أثناء الطعن السريع

- يسألك المراجعون في QIO أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية. لست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك القيام بذلك.
- يطلع المراجعون على معلوماتك الطبية، ويتحدثون مع طبيبك، ويراجعون المعلومات التي أعطتها لهم خطتنا.
- ترسل خطتنا أيضًا إشعارًا مكتوبًا يشرح أسباب إنهاء تغطية خدماتك. تحصل على الإشعار بحلول نهاية اليوم ويبلغنا المراجعون بطعنك.

### المصطلح القانوني لهذا الإشعار التوضيحي هو "الشرح التفصيلي لعدم التغطية".

- يزودك المراجعون بقرارهم خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجونها.
- إذا قالت QIO نعم للطعن الذي قدمته:
- سوف نقدم خدماتك الخاضعة للتغطية طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا قالت QIO لا للطعن الذي قدمته:
- تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- نتوقف عن دفع تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
- أنت تدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت مواصلة الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات CORF بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك
- عليك أن تقرر ما إذا كنت ترغب في مواصلة هذه الخدمات وتقديم طعن من المستوى 2.

### 13. تقديم طعن من المستوى 2

- بالنسبة للطعن من المستوى 2، تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الطعن من المستوى 1. اتصل بهم على: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).
- يجب أن تطلب هذه المراجعة خلال 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم التالي لقرار QIO الذي قالت فيه لا للطعن من المستوى 1 الذي قدمته. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا واصلت الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.



سيقوم مراجعو QIO بما يلي:

- إلقاء نظرة أخرى متأنية علي جميع المعلومات المتعلقة بطعنك.
  - إخبارك بقرارهم بشأن الطعن من المستوى 2 خلال 14 يوماً تقويمياً من استلام طلبك للمراجعة الثانية.
  - إذا قالت QIO **نعم** للطعن الذي قدمته:
  - نعيد لك التكاليف الخاصة بالرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي كنا قررنا فيه انتهاء التغطية الخاصة بك.
  - سنواصل تقديم تغطية الرعاية طالما كان ذلك ضرورياً طبيياً.
  - إذا قالت QIO **لا** للطعن الذي قدمته:
  - يوافقون على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن يغيروه.
  - يعطونك رسالة تخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
  - يمكنك تقديم شكوى لدى DMHC وأن تطلب منها إجراء مراجعة طبية مستقلة لاستمرار تغطية خدمات رعايتك الصحية. يُرجى مراجعة القسم F4 للتعرف على كيفية طلب المراجعة الطبية المستقلة من DMHC. يمكنك تقديم شكوى لدى DMHC وأن تطلب منها إجراء مراجعة طبية مستقلة إضافةً إلى أو بدلاً من عملية الطعن من المستوى الثالث 3.
- يتعامل ALJ أو محامي محكم مع الطعون من المستوى 3. راجع **القسم** للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

## ج. الانتقال بطعنك إلى مستوى أعلى من المستوى 2

### 1J. الخطوات التالية فيما يخص أدوات وخدمات برنامج Medicare

إذا قدمت طعن من المستوى 1 وطعن من المستوى 2 لخدمات أو عناصر Medicare، وتم رفض كلا الطعنين، فقد يكون لك الحق في مستويات إضافية من الطعن.

إذا كانت القيمة بالدولار لخدمة Medicare أو العنصر الذي قدمت الطعن بخصوصه لا يفي بحد أدنى معين من المبلغ بالدولار، فلا يمكنك الطعن أكثر من ذلك. إذا كانت قيمة الدولار مرتفعة بما يكفي، يمكنك متابعة عملية الطعون. تشرح لك الرسالة التي تحصل عليها من IRO لطعن المستوى 2 الخاص بك الجهة التي يجب الاتصال بها وما يجب القيام به لطلب طعن من المستوى 3.

### الطعن من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الطعون عبارة عن جلسة استماع من ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي القانون الإداري ALJ أو محامي القضاء الذي يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية.

إذا قال ALJ أو قاضي المحامي **نعم** لطعنك، يحق لنا الطعن في قرار المستوى 3 الذي يناسبك.

- إذا قررنا **الطعن** في القرار، نرسل لك نسخة من طلب الطعن من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة. قد ننتظر القرار المتعلق بالطعن من المستوى 4 قبل التصريح بتغطية الخدمة محل النزاع أو تقديمها لك.



- إذا قررنا **عدم الطعن** في القرار، يجب علينا التصريح بتغطية الخدمة أو تقديمها لك خلال 60 يوماً تقويمياً من استلامنا لقرار ALJ أو قاضي المحامي.
- إذا قال ALJ أو محامي التحكيم **لاطعنك**، فقد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت **قبول** قرار رفض الطعن الذي قدمته، فهذا يعني انتهاء عملية الطعون.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله لتقديم طعن من المستوى 4.

#### الطعن من المستوى 4

- يراجع مجلس (المجلس) طعون Medicare الطعن الذي قدمته ويعطيك رداً. المجلس جزء من الحكومة الفدرالية
- إذا قال المجلس **نعم** للطعن من المستوى 4 الخاص بك أو رفض طلبنا لمراجعة قرار الطعن من المستوى 3 الذي يناسبك، فيحق لنا الطعن إلى المستوى 5.
- إذا قررنا تقديم **طعن** على القرار، فسنعلمك بذلك كتابة.
  - إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، يجب علينا التصريح بتغطية الخدمة أو تقديمها لك خلال 60 يوماً من استلامنا لقرار المجلس.

- إذا قال المجلس **لا** أو رفض طلب المراجعة الخاص بنا، فقد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت **قبول** قرار رفض الطعن الذي قدمته، فهذا يعني انتهاء عملية الطعون.
  - إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله لتقديم طعن من المستوى 5.

#### الطعن من المستوى 5

- سيراجع قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية الطعن الذي قدمته وجميع المعلومات ويقرر **نعم** أو **لا**. وهذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

#### J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية

لديك أيضاً حقوق طعن أخرى إذا كان طعنك يتعلق بالخدمات أو العناصر التي يغطيها Medi-Cal عادة. وستخبرك الرسالة التي تحصل عليها من قسم جلسات الاستماع بالولاية على ما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في عملية الطعون.

إذا كنت لا تزال غير موافق على هذا القرار، يحق لك ما يلي:

- اطلب إجراء مراجعة طبية مستقلة وسيراجع حالتك مراجع خارجي ليس له صلة بالخطة الصحية
- طلب عقد جلسة استماع بالولاية وسيراجع حالتك أحد القضاة.

يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة وجلسة استماع بالولاية معا في نفس الوقت. يمكنك أيضاً طلب واحداً قبل الآخر لترى ما إذا كان سيحل مشكلتك أولاً. علي سبيل المثال، إذا طلبت مراجعة طبية مستقلة أولاً، ولم توافق علي القرار، يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية بعد ذلك. ولكن، إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية أولاً، ولكن جلسة الاستماع كانت قد أجريت بالفعل، لا يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة. في هذه الحالة، يكون لجلسة الاستماع بالولاية القرار النهائي.



لن تضطر لدفع أي رسوم مقابل المراجعة الطبية المستقلة أو جلسة استماع بالولاية.

#### المراجعة الطبية المستقلة

إذا كنت تريد المراجعة الطبية المستقلة، فيجب عليك طلب إجراء واحدة خلال 180 يوم من تاريخ رسالة إشعار قرار الطعن هذه. ستزودك الفقرة أدناه بمعلومات حول كيفية طلب مراجعة طبية مستقلة. 1 لاحظ أن مصطلح «تظلم» يتحدث عن «شكاوى» و «طعون».

«تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. فإذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، يجب عليك أولاً الاتصال بالخطة الصحية على 1-888-839-9909 واستخدام عملية التظلم بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. إن الاستفادة من إجراءات التظلم هذه لا تمنع أي حقوق أو حلول قانونية محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى تقديم تظلم يتعلق بخدمة طارئة، أو تظلم لم تعالجه خطة الرعاية الصحية على نحو مُرضٍ، أو تظلم لم تتم معالجته لمدة تزيد عن 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، ستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية المتخذة من قبل خطة الرعاية الطبية فيما يتعلق بحالات الضرورة الطبية للخدمة أو العلاج الموصى بهما، قرارات بيان المزايا المغطاة للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية، أو البحثية، وخلافات السداد في حالات الطوارئ، أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط اتصال (1-877-688-9891) (TDD) للأشخاص الذي يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني للإدارة [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov) على نماذج الشكاوى ونماذج طلب IMR والتعليمات عبر الإنترنت.»

#### جلسة استماع بالولاية

إذا كنت تريد عقد جلسة استماع بالولاية، يجب عليك طلب إجراء واحدة خلال 120 يوم من تاريخ رسالة إشعار قرار الطعن هذه. ولكن، إذا استمرت الخطة الصحية الخاصة بك في توفير الخدمة (الخدمات) المتنازع عليها (تعليق المساعدات المدفوعة) خلال عملية طعن الخطة الصحية ورغبت استمرار الخدمات لحين الوصول إلى قرار في جلسة استماع بالولاية الخاص بك، يجب عليك طلب جلسة استماع بالولاية خلال 10 أيام من تاريخ رسالة إشعار قرار الطعن هذه. بالرغم من أن خطتك الصحية يجب أن تعطيك تعليق المساعدات المدفوعة عندما تطلب جلسة استماع بالولاية بهذه الطريقة، يجب أن تبلغ خطتك الصحية أنك ترغب في الحصول على تعليق المساعدات المدفوعة لحين قرار جلسة الاستماع بالولاية. يجب أن تتواصل مع خدمات الأعضاء لدى L.A. Care على الرقم 1-888-839-9909، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. إذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو التحدث، يُرجى الاتصال على الرقم TTY: 711.

يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية بالطرق التالية:

- إلكترونياً [www.cdss.ca.gov](http://www.cdss.ca.gov)
- عبر الهاتف: الاتصال على 1-800-743-8525. يمكن أن يكون هذا الرقم دائم الانشغال. لذا قد تتلقى رسالة بمعاودة الاتصال لاحقاً. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيداً، فيرجى الاتصال على 1-800-952-8349 TDD/TTY.



- كتابياً: املاً نموذج طلب عقد جلسة استماع بالولاية أو أرسل رسالة إلى: أرسلها بالبريد أو الفاكس إلى:

بالبريد: California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430  
فاكس: 309-3487 (916) أو الهاتف المجاني 1-833-281-0903

هناك نموذج طلب عقد جلسة استماع بالولاية مرفق مع هذه الرسالة. تأكد من إرفاق اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي و/أو رقم تعريف الشركة (Corporate Identification Number, CIN) الخاص بك وسبب طلب عقد جلسة استماع بالولاية. إذا كان هناك شخص ما يساعدك في طلب عقد جلسة استماع بالولاية، يُرجى إضافة اسمه وعنوانه ورقم هاتفه إلى النموذج أو الخطاب. وإذا كنت ترغب في الحصول على مترجم فوري، يُرجى إخبار قسم جلسات الاستماع بالولاية باللغة التي تتحدث بها. لن يتوجب عليك دفع أي رسوم نظير الحصول على مترجم فوري. قسم جلسات الاستماع بالولاية سيوفر لك واحداً. إذا كنت تعاني من إعاقة، يمكن لقسم جلسات الاستماع بالولاية توفير ترتيبات خاصة مجاناً لمساعدتك على الاشتراك في جلسة الاستماع. رجاء أدرج معلومات عن إعاقتك والترتيبات التي انت بحاجة إليها.

بعد طلب جلسة استماع بالولاية، قد يستغرق الأمر 90 يوماً لاتخاذ قرار بشأن حالتك وإرسال رد إليك. إذا كنت تعتقد بأن الانتظار طوال تلك المدة سيضر بصحتك، قد يمكنك تلقي رداً خلال 3 أيام عمل. اطلب من طبيبك أو خطتك الصحية كتابة رسالة لك بذلك. يجب أن توضح الرسالة أن الانتظار لمدة تصل إلى 90 يوماً لاتخاذ قرار بشأن حالتك سيلحق ضرراً بالغا بحياتك أو صحتك أو قدرتك على أداء وظائفك الحيوية بكفاءة القصوى أو استمراريتها أو استعدادتها. ثم تأكد من طلب عقد جلسة استماع عاجلة وقدم الخطاب مشفوعاً بطلب جلسة الاستماع.

يمكنك التحدث في جلسة الاستماع بالولاية بنفسك. أو يمكن لأحد الأقارب أو الأصدقاء أو المحامين أو الأطباء أو الوكلاء التحدث بالنيابة عنك. إذا أردت شخصاً آخر أن يتحدث بالنيابة عنك، إذاً يجب عليك إخبار قسم جلسات الاستماع بالولاية أن هذا الشخص مسموح له بالتحدث بالنيابة عنك. ويُطلق على هذا الشخص اسم ممثل معتمد.

#### المساعدة القانونية

قد يمكنك الحصول على مساعدة قانونية مجانية. اتصل بقسم المستهلك والشؤون التجارية بمقاطعة لوس أنجلوس 1-800-593-8222. يمكنك أيضاً الاتصال بجمعية المساعدة القانونية المحلية في مقاطعتك على الرقم 1-888-804-3536.

### J3. مستويات الطعن 3 و 4 و 5 لطلبات العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا قمت بتقديم طعن من المستوى 1 وطعن من المستوى 2، وتم رفض كلا الطعنين.

إذا كانت قيمة الدواء الذي تقدمت بالطعن بشأنه تطابق قيمة دولارية معينة، يمكنك الانتقال إلى مستويات إضافية من الطعون. يوضح الرد المكتوب الذي تتلقاه بخصوص الطعن من المستوى 2 الذي تقدمت به من الذي يمكنك الاتصال به، والإجراءات التي يلزم إجراؤها لطلب طعن من المستوى 3.

#### الطعن من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الطعون عبارة عن جلسة استماع من ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي القانون الإداري ALJ أو محامي القضاء الذي يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية.



إذا قال ALJ أو محامي التحكيم نعم لطعنك:

- انتهت عملية الطعون.
  - يجب علينا التصريح أو توفير تغطية الأدوية خلال 72 ساعة (24 ساعة للطعون العاجلة) أو الدفع خلال مدة لا تتجاوز 30 يوماً تقويمية بعد استلامنا للقرار.
- إذا قال ALJ أو محامي التحكيم لا لطعنك، فقد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول قرار رفض الطعن الذي قدمته، فهذا يعني انتهاء عملية الطعون.
  - إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله لتقديم طعن من المستوى 4.

#### الطعن من المستوى 4

يراجع المجلس الطعن الذي قدمته ويعطيك رداً. المجلس جزء من الحكومة الفدرالية.

إذا قال المجلس نعم للطعن الذي قدمته:

- انتهت عملية الطعون.
  - يجب علينا التصريح أو توفير تغطية الأدوية خلال 72 ساعة (24 ساعة للطعون العاجلة) أو الدفع خلال مدة لا تتجاوز 30 يوماً تقويمية بعد استلامنا للقرار.
- إذا قال المجلس لا لطعنك، فقد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول قرار رفض الطعن الذي قدمته، فهذا يعني انتهاء عملية الطعون.
  - إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي تتلقاه بما يجب عليك فعله لتقديم طعن من المستوى 5.

#### الطعن من المستوى 5

- سيراجع قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية الطعن الذي قدمته وجميع المعلومات ويقرر نعم أو لا. وهذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

### K. كيفية تقديم شكوى

#### K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها

تُستخدم عملية الشكاوى لأنواع معينة من المشاكل فقط، مثل المشاكل المتعلقة بجودة الرعاية و أوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. وهذه بعض الأمثلة على أنواع المشاكل التي يتم التعامل معها من خلال عملية تقديم الشكاوى.



الشكاوى	مثال
جودة الرعاية الطبية المقدمة إليك	<ul style="list-style-type: none"> <li>• لست راضياً عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.</li> </ul>
احترام خصوصيتك	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعتقد أن شخصاً ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو قام بمشاركة معلومات سرية عنك.</li> </ul>
عدم الاحترام أو خدمة العملاء سيئة أو سلوكيات سلبية أخرى	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعامل معك أحد موفري الرعاية الصحية أو الموظفين بطريقة غير مهذبة أو غير محترمة.</li> <li>• عاملك موظفونا معاملة سيئة.</li> <li>• تعتقد أنه يتم دفعك للخروج من خطتنا.</li> </ul>
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	<ul style="list-style-type: none"> <li>• لا يمكنك الوصول فعلياً (بسبب إعاقة جسدية على سبيل المثال) إلى خدمات الرعاية الصحية والإمكانات المتاحة في عيادة الطبيب أو مقر مزود الرعاية.</li> <li>• لا يوفر طبيبك أو موفر الرعاية مترجم فوري للغة غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية).</li> <li>• لا يمنحك موفر الرعاية وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاجها وتطلبها.</li> </ul>
أوقات الانتظار	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تواجه مشكلة في تحديد موعد أو تضطر إلى الانتظار لوقت أطول من اللازم لتحديده.</li> <li>• الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من المهنيين الصحيين أو خدمات الأعضاء أو غيرهم من موظفي الخطة يجعلونك تنتظر وقتاً طويلاً.</li> </ul>
النظافة	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعتقد أن المركز الطبي أو عيادة الطبيب ليست نظيفة.</li> </ul>
المعلومات التي نوفرها لك	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعتقد أننا فشلنا في إرسال أحد الإشعارات أو الرسائل التي يجب أن تتسلمها.</li> <li>• تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك من الصعب جداً فهمها.</li> </ul>
توقيت الإجراءات التي نتخذها فيما يتعلق بقرارات بيان المزايا المغطاة أو الطعون	<ul style="list-style-type: none"> <li>• تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية أو الرد على طعن تقدمت به.</li> <li>• تعتقد أننا بعد حصولك على قرار بالتغطية أو قرار متعلق بالطعن لصالحك لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد أو توفير الخدمة لك أو رد المبلغ الذي تستحقه مقابل خدمات طبية معينة.</li> <li>• لا تعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى IRO في الوقت المحدد.</li> </ul>

هناك أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك التقدم بشكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. الشكوى الداخلية تتقدم بها إلى خطتنا وتقوم خطتنا بمراجعتها. الشكوى الخارجية تقدمها إلى منظمة غير مرتبطة بخطتنا وتقوم هذه المنظمة بمراجعتها. إذا كنت



بحاجة للمساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، يمكنك الاتصال على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات.

يمكنك إرسال شكواك إلى Medicare للشكاوى الخارجية.

يتوفر نموذج طلب الشكوى الذي يخص Medicare على:

[www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx)

المصطلح القانوني "الشكوى" هو "التظلم".

المصطلح القانوني "لتقديم شكوى" وهو "تقديم تظلم".

## K2. الشكاوى الداخلية

للتقدم بشكوى داخلية، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة يوميًا و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. يمكنك التقدم بشكوى في ذلك الوقت ما لم تكن الشكوى بخصوص دواء من القسم D في برنامج Medicare. إذا كانت الشكوى بخصوص دواء من القسم D في برنامج Medicare، يجب تقديمها خلال 60 يومًا تقويميًا بعد حدوث المشكلة التي تريد أن تقدم شكوى بخصوصها.

- إذا كان الأمر يتطلب إجراء أي شيء آخر، فستخبرك خدمات الأعضاء بذلك.
- كذلك، يمكنك تحرير الشكوى وإرسالها إلينا. وإذا أرسلت شكواك كتابةً، فسنوافيك بالرد على شكواك كتابةً أيضًا.
- يمكن تقديم التظلمات والطعون بالطرق التالية:

**هاتفياً:** اتصل على الرقم 1-833-522-3767 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في

الأسبوع بما في ذلك العطلات

بالتفاكس: 1-213-438-5748

بالبريد: L.A. Care Health Plan

Attention: Appeals & Grievance Department -348

1200 W. 7<sup>th</sup> Street

Los Angeles, CA 90081

عبر الإنترنت: <https://www.lacare.org/online-grievance-form>

- وفي حال كان أحد الأعضاء يريد أن يقوم شخص ما بالتصرف نيابةً عنه (مثل قريب أو محامي) فيجب تعبئة نموذج تعيين ممثل (Appointment of Representative, AOR).

<https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf>

وإرساله إلى L.A. Care بواسطة الفاكس أو على العنوان البريدي المدرج أعلاه. لا يتوجب على الطبيب المعالج للعضو تعبئة نموذج AOR عند التقدم بطعن نيابة عن العضو.

- الأطر الزمنية للتقدم بالتظلمات والطعون



## الطعون

### القسم C (إعادة النظر)

- لدى العضو 60 يوماً من تاريخ الرفض للتقدم بطعن. يمكن قبول الطعون بعد فترة 60 يوماً إذا كان هناك سبب وجيه.
- الإطار الزمني العاجل (72 ساعة):
- الإطار الزمني الاعتيادي: قبل الخدمة 30 يوماً/بعد الخدمة 60 يوماً

### القسم D (إعادة بت)

- لدى العضو 60 يوماً من تاريخ الرفض للتقدم بطعن. يمكن قبول الطعون بعد فترة 60 يوماً إذا كان هناك سبب وجيه.
- الإطار الزمني العاجل (72 ساعة):
- الإطار الزمني الاعتيادي: 7 أيام

## التظلمات

### القسم D:

- يحق للعضو التقدم بتظلم أو تعبير عن عدم الرضا في أي وقت.

### الشكاوى الأخرى كافة

- يحق للعضو التقدم بشكوى أو تعبير عن عدم الرضا في أي وقت.
- الإطار الزمني العاجل للتظلم: 24 ساعة
- الإطار الزمني الاعتيادي: 30 يوماً
- يمكن تمديد الحالة لمدة 14 يوماً إضافية.
- المصطلح القانوني لعملية «الشكوى السريعة» هو «التظلم العاجل».

### المصطلح القانوني لـ "الشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".

نقوم بالرد عليك على الفور إن أمكن ذلك. في حال الاتصال بنا بشأن شكوى ما، فقد نتمكن من الرد عليك في نفس المكالمة الهاتفية. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنقوم بذلك.

- نحيب على غالبية الشكاوى خلال 30 يوماً تقويمياً. إذا لم نتخذ قراراً خلال 30 يوماً تقويمياً لأننا بحاجة للمزيد من المعلومات، نبلغك بذلك خطياً. نوافيك أيضاً بتحديثات عن الحالة والوقت المتوقع لتزويدك بإجابة.
- إذا تقدمت شكوى لأننا رفضنا طلبك بخصوص «قرار التغطية السريع» أو «الطعن السريع»، فنقوم تلقائياً بإتاحة «تقديم شكوى سريعة» لك والرد على شكواك خلال 24 ساعة.



- إذا تقدمت شكوى لأننا أخذنا وقتاً إضافياً لاتخاذ قرار تغطية أو قرار بخصوص طعن، فنقوم تلقائياً بإتاحة «تقديم شكوى سريعة» لك والرد على شكاوك خلال 24 ساعة.

إذا لم نوافق على جزء من شكاوك أو كلها، سنخبرك ونعلمك بالأسباب التي لدينا. نقوم بالرد سواء بالموافقة على شكاوك أو عدم الموافقة عليها.

### K3. الشكاوى الخارجية

#### برنامج Medicare

يمكنك إخبار Medicare بشأن شكاوك أو إرسالها إلى Medicare. يتوفر نموذج طلب الشكاوى الذي يخص Medicare على: [www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx](http://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx). لا تحتاج إلى تقديم شكوى إلى L.A. Care Medicare Plus قبل تقديم شكوى إلى Medicare.

يأخذ برنامج Medicare شكاوك بجدية وتستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أية آراء أو مخاوف أخرى، أو إذا كنت تشعر بأن الخطة الصحية لا تعمل على حل مشكلتك، فيمكنك أيضاً الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.

#### برنامج Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب أمين المظالم للرعاية المُدارة التابع إلى برنامج Medi-Cal لدى دائرة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS) في كاليفورنيا عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-452-8609. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711. اتصل من الاثنين إلى الجمعة بين الساعة 8:00 صباحاً و 5:00 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). تتولى DMHC مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكنك الاتصال بمركز مساعدة DMHC للحصول على المساعدة بخصوص شكاوك فيما يتعلق بخدمات Medi-Cal. بالنسبة للأمور غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC إذا كنت لا توافق على القرار في الطعن من المستوى 1 الخاص بك أو إذا لم تحل الخطة شكاوك بعد 30 يوماً تقويمياً. ومع ذلك، يمكنك الاتصال مع DMHC بدون تقديم طعن من المستوى 1 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن شكوى تنطوي على حالة عاجلة أو حالة تتعلق بتهديد وشيك أو خطير لصحتك أو إذا كنت تعاني من ألم شديد أو عدم موافقتك على قرار خطتنا بشأن شكاوك أو عدم حل خطتنا لشكاوك بعد 30 يوماً تقويمياً.

إليك طريقتين للحصول على المساعدة من مركز الدعم:

- اتصل على الرقم 1-888-466-2219 يمكن لفاقدي حاسة السمع أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو العاجزين عن التحدث الاتصال مجاناً على رقم TTY 1-877-688-9891. المكالمات مجانية.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا ([www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov)).



**مكتب الحقوق المدنية (OCR)**

يمكنك التقدم بشكوى لدى مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights, OCR) في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية (Health and Human Services, HHS) إذا كنت تعتقد بأنك لم تتلق معاملة عادلة. على سبيل مثال، يمكنك التقدم بشكوى بخصوص إمكانية الوصول بسبب الوصول لذوي الإعاقة أو المساعدة اللغوية. إن رقم هاتف OCR هو 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك زيارة [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) للمزيد من المعلومات.

يمكنك أيضاً التواصل مع OCR المحلي كما يلي:

خطياً: Office for Civil Rights  
U.S. Department of Health and Human Services  
90 7th Street, Suite 4-100  
San Francisco, CA 94103  
هاتفياً: 1-800-368-1019  
TDD: 1-800-537-7697  
فاكس: 1-202-619-3818

قد تتمتع أيضاً بحقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (Americans with Disability Act, ADA) وبموجب أي قانون ولاية معمول به. يمكنك الاتصال ببرنامج أمناء المظالم للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-888-452-8609.

**QIO**

عندما تكون شكاوك بشأن جودة الرعاية، فلديك خياران:

- يمكنك تقديم شكاوك بخصوص جودة الرعاية مباشرة إلى QIO.
  - يمكنك تقديم شكاوك إلى QIO وإلى خطتنا. في حال تقديمك طلب شكوى إلى QIO، فإننا نتعاون معهم لحل شكاوك.
- إن QIO هي عبارة عن مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية التي تقدم إلى مرضى Medicare. لمعرفة المزيد حول QIO، راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء.

في كاليفورنيا، تسمى QIO باسم Livanta. رقم هاتف Livanta هو 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).



## الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

### مقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية بعد ترك خطتنا. إذا تركت خطتنا، فسوف تستمر عضويتك في برنامجي Medicare و Medi-Cal طالما كنت مؤهلاً. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

### جدول المحتويات

A.	متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا .....	224
B.	كيفية إنهاء العضوية في خطتنا .....	225
C.	كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل .....	225
C1.	خدماتك من برنامج Medicare .....	225
C2.	خدماتك من برنامج Medi-Cal .....	229
D.	أدواتك وخدماتك الطبية والعقاقير الدوائية حتى تنتهي عضويتك في خطتنا .....	230
E.	حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطتنا .....	231
F.	قواعد ضد مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة .....	232
G.	حقوقك في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا .....	232
H.	كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك في الخطأ .....	232



## A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات محددة من العام. نظراً لاشتراكك في برنامج Medi-Cal، لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة.

إضافة إلى ذلك يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية من كل عام:

- **فترة التسجيل السنوية**، التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage (MA)**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس، وكذلك للمستفيدين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في خطة، من شهر الاستحقاق للقسم A والقسم B حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال، عندما:

- رحلت خارج منطقة خدمتنا،
- تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو برنامج المساعدات الإضافية، أو
- إذا انتقلت مؤخراً إلى دار رعاية مسنين أو مستشفى للرعاية طويلة الأجل أو تتلقى حالياً الرعاية فيها أو خرجت للتو.

وتنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك لتغيير خطتك. على سبيل المثال، في حال حصولنا على طلبك في 18 يناير، تنتهي تغطية الخطة الخاصة بك في 31 يناير. تبدأ التغطية الجديدة الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير في هذا المثال).

إذا تركت خطتنا، يمكنك العثور على معلومات عن:

- خيارات من Medicare في الجدول الموجود في **القسم C1**.
  - خدمات وخيارات برنامج Medi-Cal في **القسم C2**.
- تحصل على المزيد من المعلومات بشأن كيفية إنهاء عضويتك من خلال الاتصال على: خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. كمان أن رقم TTY مدرج أيضاً.
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227، على مدار ساعة 24 في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.
  - برنامج استشارات التأمين الصحي والمحاماة بكاليفورنيا (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)، على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. للمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة [www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP) Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين وحتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى 6:00 مساءً. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- أمين المظالم في الرعاية المدارة لبرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً، أو أرسل بريداً إلكترونياً إلى [MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov).

ملحوظة: إذا كنت مشتركاً في برنامج إدارة العقاقير الدوائية (drug management program, DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع **الفصل 5** من نسختك من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول برامج إدارة العقاقير الدوائية.

## B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، يمكنك التسجيل في إحدى خطط برنامج Medicare الأخرى أو التبديل إلى برنامج Original Medicare. ومع ذلك، إذا رغبت في التحويل من خطتنا إلى خطة Original Medicare، لكنك لم تحدد بعد خطة منفصلة للأدوية المقررة بوصفها طبية من Medicare، يجب عليك طلب إلغاء تسجيلك من خطتنا. هناك وسيلتان يمكنك عبر أيٍّ منهما تقديم طلب لإلغاء تسجيلك:

- يمكنك إرسال طلب مكتوب إلينا. تواصل مع خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بهذا.
- اتصل مع Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي TTY وهم (الأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع والتحدث) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. عند الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضاً التسجيل في برنامج رعاية صحية أو أدوية آخر من برنامج Medicare. توجد المزيد من المعلومات عن الحصول على خدمات برنامج Medicare عندما تترك خطتنا في الجدول الموجود في الصفحة 226.
- اتصل مع Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين وحتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى 6:00 مساءً. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- يتضمن القسم C أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للاشتراك في خطة مختلفة والتي ستنتهي أيضاً عضويتك في خطتنا.

## C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل

لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal إذا اخترت ترك خطتنا.

### C1. خدماتك من برنامج Medicare

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدماتك من برنامج Medicare المدرجة أدناه في أي شهر من السنة. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل السنوية و فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم A. ومن خلال اختيار أحد تلك الخيارات، ستقوم تلقائياً بإنهاء عضويتك في خطتنا.



<p><b>واليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل مع برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>لاستفسارات برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (Program of All-Inclusive Care for the Elderly, PACE)، اتصل بالرقم 1-855-921-PACE (7223).</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل مع برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. للمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة Medi-Medi جديدة.</p> <p>يتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من خطة برنامج Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.</p> <p>سيتم تغيير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك لتتوافق مع خطة Medi-Medi الخاصة بك.</p>	<p><b>1. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>خطة Medicare Medi-Cal (خطة Medi-Medi)</b>، هي نوع من خطط Medicare Advantage. وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم برنامجي Medicare و Medi-Cal، وتجمع مزايا برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطة واحدة. تقوم خطط Medi-Medi بتنسيق جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المغطاة ببرنامج Medicare و Medi-Cal.</p> <p><b>ملحوظة:</b> مصطلح Medi-Medi Plan هو الاسم للخطط المتكاملة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) في كاليفورنيا.</p>
---	--



<p><b>وإليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل مع برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل مع برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. للمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة جديدة للأدوية المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare.</p> <p>يتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p>	<p><b>2. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> مع خطة أدوية مقرر بوصفات طبية منفصلة ببرنامج Medicare</p>
---	---



<p><b>واليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل مع برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل مع برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. للمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</li> </ul> <p>يتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p>	<p><b>3. يمكنك الانتقال إلى:</b></p> <p><b>Original Medicare</b> بدون خطة أدوية مقررة بوصفات طبية ببرنامج Medicare</p> <p>ملاحظة: إذا انتقلت إلى برنامج <b>Original Medicare</b> ولم تسجل في برنامج أدوية وصفات طبية منفصل من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تخبر برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام.</p> <p>يتعين عليك ألا تقوم بإلغاء تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا عندما تحصل على تغطية للأدوية من مصدر آخر مثل صاحب العمل أو النقابة أو مصدر آخر. إذا كانت لديك أسئلة بخصوص فيما إذا كنت بحاجة إلى تغطية تكلفة الدواء، فيرجى الاتصال مع برنامج الدعم والإرشاد والتوجيه والتأمين الصحي (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من يوم الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً إلى الساعة 5:00 مساءً. وللحصول على مزيد من المعلومات أو لإيجاد مكتب محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في كاليفورنيا، يرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a>.</p>
--	---



<p><b>واليك كيفية إجراء ذلك:</b></p> <p>اتصل مع برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والمحاماة بكاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. للمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP المحلي في منطقتك، يُرجى زيارة <a href="http://www.aging.ca.gov/HICAP/">www.aging.ca.gov/HICAP/</a></li> </ul> <p>أو</p> <p>التسجيل في خطة صحية جديدة من Medicare. يتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطتك التابعة إلى برنامج Medi-Cal.</p>	<p><b>4. يمكنك التغيير إلى:</b></p> <p>أي خطة برنامج Medicare صحية خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل السنوية و فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم A.</p>
--	--

## C2. خدماتك من برنامج Medi-Cal

لأسئلة بخصوص كيفية حصولك على خدماتك من برنامج Medi-Cal بعد أن تغادر خطتنا، تواصل مع Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين وحتى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً إلى 6:00 مساءً. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.

- للاستفسارات المتعلقة بالتسجيل، يُرجى الاتصال مع Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 أو 711). أو زُر <https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov>. للأسئلة حول الضمان الاجتماعي، اتصل مع إدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213. أو زُر <https://www.ssa.gov/locator/>
- يُمكنك إنهاء تغطيتك من خلال L.A. Care واختيار خطة صحية أخرى في أي وقت. للمساعدة في اختيار خطة جديدة، اتصل مع Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 أو 711). أو زُر [www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov](https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov). يُمكنك أيضاً طلب إنهاء برنامج Medi-Cal الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زُر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- إن L.A. Care هي الخطة الصحية لأعضاء برنامج Medi-Cal في مقاطعة لوس أنجلوس. يمكنك العثور على مكتبك المحلي على <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx>.
- قد تنتهي الأهلية للحصول على L.A. Care إذا كان أي مما يلي صحيحاً:
  - إذا انتقلت خارج مقاطعة لوس أنجلوس
  - لم يعد لديك برنامج Medi-Cal
  - إذا أصبحت مؤهلاً لبرنامج التنازل الذي يتطلب منك التسجيل في برنامج الرسوم مقابل الخدمات (Fee-For-Service, FFS) من برنامج Medi-Cal.
  - إذا كنت في الحبس أو السجن.
- إذا فقدت تغطيتك من L.A. Care Medi-Cal، فقد تظل مؤهلاً للحصول على تغطية الرسوم مقابل الخدمات (FFS) من برنامج Medi-Cal. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت لا تزال مشمولاً بالتغطية من خلال L.A. Care، فيرجى الاتصال مع خدمات الأعضاء على 1-888-839-9909 (TTY 711).
- ترك L.A. Care والالتحاق بأي خطة صحية أخرى في المقاطعة التي تسكن فيها في أي وقت. اتصل مع Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 أو 711). يمكنك الاتصال من الساعة 8:00 صباحًا وحتى الساعة 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. أو زُر [./https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/](https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/)
- يستغرق الأمر لغاية 30 يومًا لمعالجة طلبك لمغادرة L.A. Care والتسجيل في خطة أخرى في مقاطعتك. لمعرفة حالة طلبك، يُرجى الاتصال مع Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 أو 711).
- يتضمن الأعضاء الذين يمكنهم طلب إلغاء الاشتراك العاجل، على سبيل المثال لا الحصر، الأطفال الذين يتلقون خدمات في إطار برامج التبني المؤقت أو برامج المساعدة على التبني، والأعضاء من ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة والأعضاء المسجلين بالفعل في برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal آخر أو خطة رعاية صحية مُدارة تجارية.
- يمكنك طلب مغادرة L.A. Care عن طريق الاتصال مع مكتب الصحة والخدمات الإنسانية المحلي في مقاطعتك.
- يمكنك العثور على مكتبك المحلي على <http://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx> أو اتصل مع Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (TTY 1-800-430-7077 أو 711).

## D. أدواتك وخدماتك الطبية والعقاقير الدوائية حتى تنتهي عضويتك في خطتنا

إذا تركت خطتنا، فقد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل انتهاء عضويتك وبدء تغطية برنامجي Medicare و Medi-Cal الجديدة. خلال هذا الوقت، تستمر في الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية والرعاية الصحية من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- راجع موفري الرعاية التابعين إلى شبكتنا للحصول على رعايتك الطبية.
- استخدم صيدليات شبكتنا بما في ذلك من خلال خدمات الصيدليات التي نطلبها عبر البريد لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زُر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



- إذا دخلت المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في L.A. Care Medicare Plus، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى خروجك من المستشفى. سيحدث هذا حتى إذا بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

## E. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يتوجب علينا فيها إنهاء عضويتك في خطتنا:

- إذا حدث انقطاع في التغطية التي تحصل عليها في القسم A في برنامج Medicare والقسم B في برنامج Medicare.
- إن لم تعد مؤهلاً للحصول على خدمات Medi-Cal. خطتنا خاصة بالأشخاص المؤهلين لخدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal. ملحوظة: إذا لم تعد مؤهلاً للحصول على برنامج Medi-Cal، فيمكنك الاستمرار مؤقتاً في خطتنا مع مزايا برنامج Medicare، يرجى الاطلاع على المعلومات أدناه حول فترة التقدير. ربما تقوم إدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (California Department of Health Care Services, DHCS) أو مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS) بإلغاء تسجيلك من برنامج Medi-Cal إذا تبين أنك لم تعد مؤهلاً للبرنامج.
- إذا انتقلت إلى منطقة خارج نطاق خدمتنا.
- إذا انتقلت إلى منطقة خارج نطاق خدمتنا لمدة تزيد عن ستة أشهر.
  - إذا انتقلت إلى منطقة ما أو سافرت في رحلة طويلة، اتصل مع خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه يقع في منطقة خدمات خطتنا أم لا.
- في حالة ذهابك إلى السجن أو الحبس لجريمة جنائية.
- إذا كذبت أو حجبت معلومات بشأن تأمين آخر تشترك به ويوفر لك تغطية للأدوية المقررة بوصفة طبية.
- إذا لم تكن أحد مواطني الولايات المتحدة أو تتواجد في الولايات المتحدة بشكل غير قانوني.
  - يجب أن تكون مواطناً بالولايات المتحدة أو تتواجد بها بشكل قانوني لتصبح عضواً في خطتنا.
  - تبلغنا مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) إذا كنت غير مؤهل لأن تبقى عضواً على هذا الأساس.
  - يجب علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تستوف هذه المتطلبات.
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal أو تغيرت ظروفك بحيث لم تعد مؤهلاً لخطة الاحتياجات الخاصة للأهلية الثنائية، فقد تستمر في الحصول على مزاياك من L.A. Care Medicare Plus Plan لمدة ثلاثة أشهر إضافية. سيسمح لك هذا الوقت الإضافي بتصحيح معلومات أهليتك إذا كنت تعتقد أنك لا تزال مؤهلاً. كما سنتلقى منا خطاباً حول التغيير في أهليتك مع إرشادات تصحيح معلومات الأهلية الخاصة بك.
- لكي تبقى عضواً في خطة L.A. Care Medicare Plus Plan، يجب أن تعود مؤهلاً مرة أخرى بحلول آخر يوم من الثلاثة أشهر.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



إذا لم تتأهل بحلول نهاية فترة الثلاثة أشهر، فسيتم إلغاء اشتراكك في خطة *L.A. Care Medicare Plus Plan*. يمكننا أن نجعلك تترك خطتنا للأسباب التالية فقط إذا حصلنا على إذن من Medicare و Medi-Cal أو لأ:

- في حال إعطائك معلومات غير صحيحة لنا عن عمد عند تسجيلك في خطتنا وهذه المعلومات تؤثر على أهليتك بالنسبة لخطتنا.
- في حال تصرفك دائمًا بطريقة تثير المشكلات مما يجعل من الصعب بالنسبة لنا توفير رعاية طبية لك ولأعضاء الآخرين لخطتنا.
- في حال سماحك لشخص ما باستخدام بطاقة هوية الخطة للحصول على الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب).

## F. قواعد ضد مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يمكننا مطالبتك بترك خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك ترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، فاتصل مع برنامج **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، و 7 أيام الأسبوع.

## G. حقك في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، يجب علينا إبلاغك بأسباب إنهاء عضويتك كتابةً. يجب علينا أيضًا توضيح كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول كيفية تقديم شكوى.

## H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو إذا أردت الحصول على المزيد من المعلومات بخصوص إنهاء عضويتك، يمكنك الاتصال مع خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

## الفصل 11: إشعارات قانونية

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل إشعارات قانونية تنطبق على عضويتك في خطتنا. تظهر المصطلحات المهمة وتعريفاتها بالترتيب الهجائي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

### جدول المحتويات

234	A. إشعار بشأن القوانين
234	B. إشعار بشأن عدم التمييز
235	C. إشعار بشأن برنامج Medicare كمسدد ثانٍ وبرنامج Medi-Cal كملاذ أخير للدفع
235	D. إشعار بشأن تحصيل التركة من برنامج Medi-Cal



**A. إشعار بشأن القوانين**

تنطبق العديد من القوانين على كيتيب الأعضاء هذا. قد تؤثر تلك القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى في حال عدم تضمين هذه القوانين أو شرحها في كيتيب الأعضاء. القوانين الأساسية التي تنطبق هي قوانين فيدرالية وولائية تتعلق ببرنامجي Medicare و Medi-Cal. وقد تنطبق أيضاً قوانين أخرى من القوانين الفدرالية والقوانين الخاصة بالولاية.

**B. إشعار بشأن عدم التمييز**

نحن لا نميز ضدك أو نعاملك بشكل مختلف بسبب العرق أو الأصل العرقي أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو النوع أو العمر أو التوجه الجنسي أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو تاريخ المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو الأدلة التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. إضافة إلى ذلك، نحن لا نميز بشكل غير قانوني أو نستبعد الأشخاص أو نعاملهم بشكل مختلف بسبب النسب أو تحديد المجموعة العرقية أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

إذا كنت تريد المزيد من المعلومات أو إذا كانت لديك مخاوف بخصوص التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل مع مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات البشرية على الرقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضاً زيارة [www.hhs.gov/ocr](http://www.hhs.gov/ocr) للحصول على المزيد من المعلومات.
- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي أجهزة TTY الاتصال على 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وتريد تقديم تظلم بشأن التمييز، فاتصل مع .
- هاتفياً: تواصل مع رئيس مسؤول الالتزام التابع ل L.A. Care Health Plan، بالاتصال، على مدار 24 ساعة يومياً، و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات، على الرقم **1-833-522-3767**. أو إذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو التحدث، يُرجى الاتصال على TTY **711**.
- خطياً: املأ نموذج شكوى أو اكتب رسالة وأرسلها إلى:  
L.A. Care Health Plan  
Chief Compliance Officer  
1200 West 7th Street  
Los Angeles, CA 90017
- شخصياً: قم بزيارة مكتب طبيبك أو L.A. Care Health Plan وأذكر بأنك ترغب في تقديم تظلم حقوق مدنية.
- إلكترونياً: قم بزيارة موقع L.A. Care Health Plan [www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form](http://www.lacare.org/members/member-support/file-grievance/grievance-appeal-form) أو أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى [civilrightscoordinator@lacare.org](mailto:civilrightscoordinator@lacare.org).

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



إذا كانت تظلمك يتعلق بالتمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى قسم خدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية، عن طريق الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم 916-440-7370 إذا كنت تعاني صعوبات في التحدث أو السمع، يرجى الاتصال 711 (خدمات الترحيل).
- خطياً: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالة إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights  
Department of Health Care Services  
Office of Civil Rights  
P.O. Box 997413, MS 0009  
Sacramento, CA 7413-95899

تتوفر نماذج الشكاوى على [www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)

- إلكترونياً: أرسل رسالة بريد إلكتروني إلى [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).
- إذا كنت تعاني من إعاقة وكنت تحتاج إلى مساعدة للوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو موفر الرعاية، اتصل مع خدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق بمدخل كرسي متحرك، يمكن لقسم خدمات الأعضاء تقديم المساعدة.

### C. إشعار بشأن برنامج Medicare كمسدد ثانٍ وبرنامج Medi-Cal كمالأخيراً للدفع

أحياناً يجب على شخص آخر الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لإصابة جراء حادث سيارة أو أصبت في العمل، فيجب أولاً أن يقوم التأمين أو تعويض العمال بالدفع.

لدينا الحق والمسؤولية في التحصيل مقابل خدمات Medicare الخاضعة للتغطية التي لم يكن Medicare الدافع الأول مقابلها.

نلتزم بقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية واللوائح المتعلقة بالمسؤولية القانونية للأطراف الأخرى لخدمات الرعاية الصحية للأعضاء. نتخذ جميع التدابير المعقولة لضمان أن يكون Medi-Cal هو الملاذ الأخير للدفع.

### D. إشعار بشأن تحصيل التركة من برنامج Medi-Cal

يجب أن يطلب برنامج Medi-Cal السداد من العقارات الخاضعة للإثبات الخاصة ببعض الأعضاء المتوفين للحصول على مزايا Medi-Cal التي تم تلقيها في أو بعد عيد ميلادهم الخامس والخمسين 55. يشمل السداد الرسوم مقابل الخدمات وأقساط الرعاية المُدارة/مدفوعات رأس المال لخدمات دار المسنين والخدمات المنزلية والمجتمعية وخدمات المستشفى والأدوية المقررة بوصفها طبية ذات الصلة التي يتم تلقيها عندما كان العضو يتلقى العلاج داخل دار المسنين أو كان يتلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز السداد قيمة تركة العضو الخاضعة للتقييم.

لمعرفة المزيد، انتقل إلى موقع الاسترداد من التركة التابع لوزارة خدمات الرعاية الصحية على [www.dhcs.ca.gov/er](http://www.dhcs.ca.gov/er) أو اتصل بالرقم 916-650-0590.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



## الفصل 12: تعريفات الكلمات المهمة

### مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات المهمة المستخدمة في كتيب الأعضاء مع تعريفاتها. المصطلحات مرتبة حسب الترتيب الأبجدي. إذا كنت لا تستطيع العثور على المصطلح الذي تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، اتصل مع خدمات الأعضاء.



**أنشطة الحياة اليومية (Activities of daily living, ADL):** هي الأشياء التي يقوم بها الأشخاص في اليوم العادي، مثل تناول الطعام أو استخدام الحمام أو ارتداء الملابس أو الاغتسال أو تنظيف الأسنان بالفرشاة.

**قاضي القانون الإداري:** قاضٍ يراجع الطعون من المستوى 3.

**برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (AIDS drug assistance program, ADAP):** هو برنامج يساعد في ضمان أن الأفراد المؤهلين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز لديهم وصول لأدوية مرض فيروس نقص المناعة البشرية (Human Immunodeficiency Virus, HIV) المنقذة للحياة.

**مركز جراحات اليوم الواحد:** هو مرفق يقدم الجراحة للمرضى الخارجيين ممن لا يحتاجون إلى رعاية مستشفى ولا يتوقع احتياجهم للرعاية لأكثر من 24 ساعة.

**الطعن:** هو طريقة لإيقاف الإجراء الذي اتخذناه إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار تغطية عن طريق تقديم طعن. **الفصل 9** من كتيب الأعضاء يشرح الطعون، بما في ذلك كيفية تقديم طعن.

**الصحة السلوكية:** هو مصطلح شامل يشير إلى الصحة العقلية وخدمات اضطراب تعاطي المخدرات.

**المنتج البيولوجي:** هو أحد العقاقير المقررة بوصفة طبية يتم تصنيعه من مصادر طبيعية حية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات البيولوجية أكثر تعقيداً من العقاقير الدوائية الأخرى ولا يمكن نسخها بدقة، لذا تسمى الأشكال البديلة بالمنتجات الحيوية المماثلة. (انظر أيضاً "المنتج البيولوجي الأصلي" و"المنتج البيولوجي المماثل").

**دواء حيوي مماثل:** دواء حيوي مشابه جداً، ولكن ليس مطابقاً للمنتج البيولوجي الأصلي. المنتجات الحيوية المماثلة آمنة وفعالة مثل المنتج البيولوجي الأصلي. يمكن استبدال بعض المنتجات الحيوية المماثلة بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انظر "الأدوية الحيوية المماثلة القابلة للتبديل").

**دواء علامة تجارية:** هو دواء مقرر بوصفة طبية تم تحضيره وبيعه من قبل الشركة التي قامت بتحضير الدواء في الأساس. تحتوي الأدوية ذات العلامة التجارية على نفس مكونات الأنواع المماثلة من الأدوية. يتم تصنيع وبيع الأدوية المكافئة من خلال شركات أدوية أخرى.

**مسؤول إدارة الرعاية:** هو الشخص الرئيسي الذي يعمل معك، ومع خطة الرعاية الصحية ومع موفري الرعاية للتأكد من أنك تتلقى الرعاية التي تحتاج إليها.

**خطة الرعاية:** راجع "خطة الرعاية الفردية".

**الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (Care Plan Optional Services) (خدمات CPO):** هي خدمات إضافية اختيارية تندرج تحت خطة الرعاية الفردية (Individualized Care Plan, ICP). لا يقصد بهذه الخدمات أن تحل محل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل المصرح لك بالحصول عليها بموجب برنامج Medi-Cal.

**فريق الرعاية:** راجع "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

**مراكز خدمات Medicare و Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS):** هي الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. **الفصل 2** من كتيب الأعضاء يوضح كيفية التواصل مع مراكز CMS.

**خدمات البالغين المجتمعية (Community-Based Adult Services, CBAS):** برنامج خدمة لمرضى العيادات الخارجية في المرافق يقدم رعاية تمريضية متخصصة وخدمات اجتماعية وعلاجات وظيفية وعلاج النطق والرعاية الشخصية وتدريب ودعم الأسرة/مقدمي الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغيرها من الخدمات المؤهلة الأعضاء الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**الشكوى:** بيان كتابي أو شفهي يوضح أن لديك مشكلة أو تحفظات بشأن خدماتك الخاضعة للتغطية أو الرعاية. ويتضمن هذا أي تحفظات بشأن جودة الخدمة أو جودة الرعاية أو بشأن موفري الرعاية التابعين لشبكتنا أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. الاسم الرسمي الذي يطلق على تقديم شكوى " هو "تقديم تظلم".

### مركز إعادة التأهيل الصحيّ الشامل لمرضى العيادات الخارجية

**(Comprehensive outpatient rehabilitation facility, CORF):** هو مرفق يعمل أساساً على توفير خدمات إعادة التأهيل بعد الإصابة بمرض أو التعرض لحادث أو الخضوع لعملية جراحية كبيرة. ويوفر المرفق مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك خدمات العلاج الطبيعي والخدمات الاجتماعية أو النفسية وعلاج الجهاز التنفسي والعلاج المهني وعلاج النطق وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

**قرار بيان المزايا المغطاة:** هو قرار بشأن ماهية المزايا التي نغطيها. وهذا يتضمن أيضاً قرارات بشأن الأدوية والخدمات الخاضعة للتغطية أو المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية. **الفصل 9** من كتيب الأعضاء يشرح كيفية طلب إصدار قرار بيان المزايا المغطاة.

**الأدوية الخاضعة للتغطية:** هو المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية (over-the-counter, OTC) التي تغطيها خطتنا.

**الخدمات الخاضعة للتغطية:** هو المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى كافة أنواع الرعاية الصحية والخدمات والمساعدات طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية والمعدات، وغير ذلك من الخدمات التي تغطيها خطتنا.

**تدريب مهارات التعامل مع الثقافات المختلفة:** تدريب يوفر توجيه إضافي لموفري الرعاية الصحية لدينا ويساعدهم على فهم خلفيتك الثقافية وقيمك ومعتقداتك على نحو أفضل لتوفير الخدمات التي تلي احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

**إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS):** هي دائرة الولاية في كاليفورنيا التي تتولى مهام إدارة برنامج Medicaid Program (الذي يشار إليه ببرنامج Medi-Cal)

**إدارة الرعاية الصحية المدارة (Department of Managed Health Care, DMHC):** هي إدارة ولاية كاليفورنيا المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الطعون والشكاوى حول خدمات Medi-Cal. تجري DMHC أيضاً مراجعات طبية مستقلة (Independent Medical Reviews, IMR).

**برنامج إدارة العقاقير الدوائية (Drug management program, DMP):** هو برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بشكل آمن المواد الأفيونية الموصوفة وغيرها من الأدوية التي يساء استخدامها بشكل متكرر.

**خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (Dual eligible special needs plan, D-SNP):** خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين لكل من Medicare و Medicaid. إن خطتنا هي خطة D-SNP.

**المعدات الطبية المُعمّرة (Durable medical equipment, DME):** هي بعض الأدوات المحددة التي يطلبها طبيبك لك لاستخدامها في منزلك. ومن الأمثلة على هذه المواد الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة الفرشات التي تعمل بالكهرباء ومستلزمات السكري وأسرة المستشفيات التي يطلبها مقدمو الرعاية للاستخدام المنزلي ومضخات التزويد الوريدي وأدوات إصدار الأصوات ومعدات ومستلزمات الأوكسجين والغمامات وأجهزة المساعدة على المشي.

**الطوارئ:** تكون حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والدواء بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى العناية الطبية الفورية للحيلولة دون الوفاة أو فقد جزء من أجزاء الجسم أو فقدان أو إعاقة خطيرة لوظيفه جسدية (وإذا كنت امرأة حامل، فقدان طفلك الذي لم يولد بعد). الأعراض الطبية قد تكون ناتجة عن مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة كبيرة.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**رعاية الطوارئ:** هي الخدمات الخاضعة للتغطية التي يقدمها موفر رعاية مُدرَّب على توفير خدمات الطوارئ، وتعد هذه الخدمات ضرورية لعلاج حالة طارئة طبية أو تتعلق بالصحة السلوكية.

**الاستثناء:** هو السماح بالحصول على تغطية لدواء غير مشمول بالتغطية عادةً أو السماح باستخدام الدواء دون التقيد بقواعد وقيود معينة.

**الخدمات المستبعدة:** هي الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

**برنامج المساعدات الإضافية:** برنامج Medicare الذي يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات وحصص المشاركة في الدفع. كما يطلق على برنامج المساعدات الإضافية أيضًا "إعانة الدعم المالي لذوي الدخل المتدني" أو "LIS".

**الدواء المكافئ:** هو دواء وصفة طبية معتمد من قبل الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من دواء يحمل اسم علامة تجارية. ويتكون الدواء المكافئ من نفس مكونات الدواء الذي يحمل اسم علامة تجارية. غير أنه يكون أرخص عادةً من الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا وله نفس فعاليته.

**تظلم:** شكوى تقدمها بشأننا أو بشأن أحد موفري الرعاية أو صيدلياتنا التابعة للشبكة. وهذا يتضمن شكوى بخصوص جودة الرعاية التي تتلقاها أو جودة الخدمة التي تقدمها الخطة الصحية لك.

**برنامج الدعم والإرشاد والتأمين الصحي**

**(Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP):** هو برنامج يوفر معلومات واستشارات مجانية وهادفة بشأن برنامج Medicare. **الفصل 2** من كتيب الأعضاء يوضح كيفية الاتصال بمراكز HICAP.

**الخطة الصحية:** هي عبارة عن منظمة تتكون من أطباء ومستشفيات وصيدليات وموفري خدمات طويلة الأجل إضافة إلى موفري رعاية آخرين. كما أنه يضم منسقي رعاية لمساعدتك في إدارة موفري الرعاية والخدمات الخاصة بك. وجميعهم يعملون معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

**تقييم المخاطر الصحية (Health Risk Assessment, HRA):** هي عبارة عن مراجعة تاريخك الطبي ووضعك الحالي. يستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

**مساعد الصحة المنزلية:** هو شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات الممرضة المعتمدة أو المعالج المعتمد، مثل المساعدة بشأن الرعاية الشخصية (كالاستحمام أو استخدام المراحيض أو ارتداء الملابس أو القيام بالتدريبات الموصوفة). لا يحمل مساعدو الصحة المنزلية رخصة تمريض، ولا يقدمون علاجًا.

**رعاية الأمراض العضال:** هو برنامج للرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من أمراض لا يرجى شفاؤها على العيش براحة. يعني تشخيص حالة ميؤوس منها أن الشخص قد تم اعتماده طبيًا على أنه مصاب بمرض عضال مما يعني أن متوسط العمر المتوقع يبلغ 6 أشهر أو أقل.

- ويحق للمسجل الذي يعاني من مرض مزمن اختيار برنامج لرعاية المحتضرين.
- يقدم الفريق المدرب على نحو خاص من موفري الرعاية والأخصائيين الرعاية للأشخاص، بما في ذلك ذوي الاحتياجات البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- نحن مطالبون بإعطائك قائمة بمقدمي خدمات رعاية مرضى الأمراض العضال في منطقتك الجغرافية.

**إعداد الفواتير غير الصحيح/غير الملانم:** موقف يقوم فيه موفر رعاية (مثل طبيب أو مستشفى) بإصدار فواتير لك تزيد عن حصة المشاركة في الدفع لدينا مقابل الخدمات. اتصل مع قسم خدمات الأعضاء إذا حصلت على أي فواتير لا تفهمها.



لأننا ندفع تكلفة خدماتك بالكامل، لا يترتب عليك أي مشاركة في تحمل التكاليف. يجب على مزودي الرعاية عدم إصدار فواتير لك مقابل هذه الخدمات.

**برنامج خدمات الدعم المنزلية (In Home Supportive Services, IHSS):** سيساعد برنامج IHSS في الدفع مقابل الخدمات المقدمة لك بحيث يمكنك البقاء آمنًا في منزلك. إن IHSS بديل عن الرعاية خارج المنزل، كالدور التمريضية أو مؤسسات الرعاية. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل وإعداد الوجبات والغسيل والتسوق من البقالة وخدمات العناية الشخصية (مثل رعاية الأمعاء والمثانة والاستحمام والاستمالة والخدمات الطبية المساعدة) والمرافقة للمواعيد الطبية والإشراف الوقائي على تخلف عقلي. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية في المقاطعة برنامج IHSS.

**المراجعة الطبية المستقلة (IMR):** إذا رفضنا طلبك بالحصول على خدمات طبية أو علاج، يمكنك تقديم طعن. إذا كنت لا تتفق مع قرارنا وكانت مشكلتك بشأن خدمة Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات وأدوية DME يمكنك مطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بإجراء IMR. تتمثل IMR في قيام أطباء غير تابعين لخطينا بمراجعة حالتك. إذا انتهت IMR بقرار لصالحك، يجب علينا تقديم الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف مقابل إجراء IMR.

**منظمة المراجعة المستقلة (Independent review organization, IRO):** عبارة عن منظمة مستقلة يتم استخدامها بواسطة برنامج Medicare لمراجعة الطعون من المستوى 2. وهي غير تابعة لخطينا وليست إحدى الوكالات الحكومية. وتقرر هذه المنظمة فيما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيح أو يجب تغييره. وتشرف Medicare على عملها. والاسم الرسمي لها هو هيئة مراجعة مستقلة.

**خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية):** خطة للخدمات التي ستحصل عليها وكيفية الحصول عليها. قد تتضمن الخطة الخاصة بك خدمات طبية، وخدمات للصحة السلوكية، والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل.

**تلقي العلاج داخل المستشفى:** مصطلح يستخدم عند إدخالك رسميًا إلى مستشفى للخدمات الطبية الماهرة. إذا لم يتم إدخالك رسميًا، فربما يتم التعامل معك بوصفك مريضًا يعالج في العيادات الخارجية بدلاً من كونك مريضًا بالعيادات الداخلية حتى إذا مكثت في المستشفى طوال الليل.

**فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية):** يمكن لفريق الرعاية أن يشمل أطباء أو ممرضات أو استشاريين أو غيرهم من أخصائيي الصحة المتاحين لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. يساعدك فريق الرعاية المخصص لك أيضًا في تحديد خطة الرعاية.

**(D-SNP) المتكاملة:** خطة احتياجات خاصة مزدوجة الأهلية تغطي برنامج Medicare ومعظم أو كل خدمات برنامج Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من برنامجي Medicare و Medicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد بأنهم أفراد مؤهلون للتغطية المزدوجة للحصول على المزايا الكاملة.

**دواء حيوي مماثل قابل للتبديل:** دواء حيوي مماثل يمكن استبداله في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبي المتطلبات الإضافية المتعلقة بإمكانية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

**قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية):** قائمة بالأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية غير المقررة بوصفات طبية (OTC) التي نغطيها. نختار الأدوية في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيدال. كما تخبرك قائمة الأدوية بما إذا كانت هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويتك. يطلق على قائمة الأدوية أحيانًا "كتيب الوصفات".



**الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS):** الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل تساعد في تحسين الحالة الطبية طويلة الأجل. تساعدك معظم هذه الخدمات في البقاء بمنزلك بحيث لا تضطر إلى الذهاب إلى دار مسنين أو مستشفى. تشمل خدمات الدعم طويل الأجل (Long Term Services and Supports, LTSS) التي تغطيها خططنا خدمات المجتمع للبالغين (Community-Based Adult Services, CBAS)، والمعروفة أيضاً باسم رعاية الصحة النهارية للبالغين، ودار المسنين (Nursing Facilities, NF)، والدعم المجتمعي. برامج IHSS والتنازل (c) 1915 هي برامج LTSS التي يقدمها برنامج Medi-Cal خارج خططنا.

**الدعم المالي لذوي الدخل المنخفض (Low-income subsidy, LIS):** راجع برنامج "برنامج المساعدات الإضافية"

**برنامج الطلب عبر البريد:** قد تقدم بعض الخطط برنامجاً للطلب عبر البريد يسمح لك بالحصول على ما يصل إلى 3 أشهر من الأدوية الموصوفة التي تستلزم وصفة طبية مغطاة والتي يتم إرسالها مباشرة إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة وملائمة لأصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.

**برنامج Medi-Cal:** هذا هو اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. وتقوم الولاية بإدارة برنامج Medi-Cal كما تسدد مستحقاته الولاية والحكومة الفيدرالية.

- ويساعد هذا البرنامج الأشخاص محدودي الدخل والموارد في دفع تكلفة الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية.
- ويغطي الخدمات وبعض الأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- وتختلف برامج Medicaid من ولاية لأخرى، ولكن تتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare و Medi-Cal.

**خطط برنامج Medi-Cal:** الخطط التي تغطي مزايا برنامج Medi-Cal فقط، مثل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والمعدات الطبية والنقل. إن مزايا برنامج Medicare منفصلة.

**برنامج Medicaid (أو المساعدة الطبية):** هو برنامج تديره الحكومة الفدرالية والولاية ويساعد الأشخاص محدودي الدخل والموارد في دفع تكاليف الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية. إن برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا.

**ضرورية من الناحية الطبية:** يصف هذا المصطلح الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها للوقاية من حالة صحية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تمنع ذهابك لمستشفى أو دار المسنين. وهذا يعني أن الخدمات أو الصرفيات أو الأدوية تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية. يشمل تعريف الولاية للخدمات الطبية الضرورية طبيًا الخدمات المنطقية والضرورية لحماية الحياة، أو الوقاية من مرض خطير أو إعاقة خطيرة، أو لتخفيف ألم حاد أو التخلص منه.

**برنامج Medicare:** هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً أو أكبر، وبعض الأفراد الأقل من 65 عاماً من ذوي الإعاقة والأشخاص بالمرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (عموماً، هؤلاء المصابون بالفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل أو زراعة كلى). يمكن للأشخاص الذين لديهم Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية من خلال Original Medicare أو خطة رعاية مُدارة (راجع "الخطة الصحية").

**Medicare Advantage:** أحد برامج Medicare ويعرف أيضاً باسم "القسم C في برنامج Medicare" أو "MA" والذي يقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare للشركات لتغطية مزايا برنامج Medicare لك.

**مجلس طعون برنامج Medicare (المجلس):** المجلس الذي يراجع طعون المستوى 4. المجلس جزء من الحكومة الفدرالية.

**الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال برنامج Medicare:** هي الخدمات التي يغطيها القسم A في برنامج Medicare والقسم B في برنامج Medicare. يجب على كافة الخطط الصحية في برنامج Medicare، بما في ذلك خطتنا، أن تغطي كافة الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال القسم A في برنامج Medicare والقسم B في برنامج Medicare.

**برنامج مكافحة داء السكري (Medicare diabetes prevention program, MDPP) من برنامج Medicare:** برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل وزيادة النشاط البدني واستراتيجيات التغلب على تحديات الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

**الشخص المسجل في برنامج Medi-Cal التابع إلى برنامج Medicare:** هو الشخص المؤهل لتغطية برنامجي Medicare وMedicaid. ويسمى أيضاً الشخص المسجل في برنامج Medicaid التابع إلى برنامج Medicare باسم "الشخص المؤهل للتغطية الثنائية".

**القسم A في برنامج Medicare:** هو برنامج Medicare الذي يغطي معظم رعاية المستشفى الضرورية من الناحية الطبية ومركز خدمات التمريض المهني والصحة المنزلية ورعاية المرضى بالأمراض العضال.

**القسم B في برنامج Medicare:** هو برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (على سبيل المثال الفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وزيارات الأطباء) والمستلزمات (على سبيل المثال الكراسي المتحركة والمشايات) الضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة. كما أن القسم B في برنامج Medicare يغطي العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

**القسم C في برنامج Medicare:** هو برنامج Medicare، المعروف أيضاً باسم "Medicare Advantage" أو "MA" الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا برنامج Medicare من خلال خطة MA.

**القسم D من برنامج Medicare:** برنامج مزايا العقاقير المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare. ونطلق على هذا البرنامج "القسم D" اختصاراً. يغطي القسم D في برنامج Medicare العقاقير المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية والتحصين باللقاحات وبعض المستلزمات غير الخاضعة للتغطية في القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare أو في Medicaid. تتضمن خطتنا القسم D في برنامج Medicare.

**أدوية القسم D في برنامج Medicare:** الأدوية التي يمكن تغطيتها ضمن القسم D في برنامج Medicare. استثنى الكونغرس فئات أدوية محددة على وجه الخصوص من التغطية كأدوية من القسم D في برنامج Medicare. قد يقوم برنامج Medicaid بتغطية بعض هذه الأدوية.

**إدارة العلاج الدوائي (Medication Therapy Management, MTM):** مجموعة متميزة من الخدمات أو مجموعة الخدمات التي يقدمها موفرو الرعاية الصحية، بما في ذلك الصيادلة، لضمان أفضل النتائج العلاجية للمرضى. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

**Medi-Medi Plan:** إحدى خطط برنامجي Medicare وMedi-Cal (خطة Medi-Medi) وهي نوع من خطط Medicare Advantage وهي مخصصة للأشخاص الذين لديهم Medicare وMedi-Cal، وتجمع مزايا Medicare وMedi-Cal في خطة واحدة. تقوم خطط Medi-Medi بتنسيق جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات المغطاة ببرنامجي Medicare وMedi-Cal.

**العضو (عضو خطتنا أو عضو خطة):** هو شخص عضو في برنامجي Medicare وMedi-Cal ومؤهل لتلقي الخدمات الخاضعة للتغطية، والذي سجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من قبل مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) والولاية.

**كتيب الأعضاء ومعلومات الإفصاح:** هذا المستند ونموذج تسجيل وأي مرفقات أو ملحقات أخرى تشرح التغطية والإجراءات التي يجب علينا تنفيذها وحقوقك وما يجب عليك فعله بوصفك عضواً في خطتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).



**خدمات الأعضاء:** هو قسم من أقسام خطتنا يتولى مسؤولية الإجابة على أسئلتك حول العضوية والمزايا والتظلمات والطعون. راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء. للمزيد من المعلومات عن خدمات الأعضاء.

**صيدلية تابعة للشبكة:** صيدلية (متجر لبيع الأدوية) توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. إننا نطلق عليها "صيدليات تابعة للشبكة" لأنها وافقت على التعاون مع خطتنا. في أغلب الحالات، نغطي الوصفات الطبية فقط عند صرفها من صيدلية تابعة لشبكتنا.

**موفر رعاية تابع للشبكة:** "موفر الرعاية" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للأطباء والمرضى والأشخاص الآخرين الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. يشمل أيضاً المصطلح المستشفيات والوكالات الصحية المنزلية والعيادات، وغيرها من الأماكن التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية، والمعدات الطبية، والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأجل.

- كما أنها مرخصة ومعتمدة من برنامج Medicare ومن جانب الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- نطلق عليهم "موفرو الرعاية التابعين للشبكة" عندما يوافقون على التعاون مع خطتنا الصحية ويقبلون بالسداد وعدم تخيير الأعضاء مبالغ إضافية.
- أثناء عضويتك في خطتنا، يجب عليك مراجعة الموفرين التابعين للشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. يطلق أيضاً على موفري الرعاية التابعين للشبكة "موفرو الرعاية المشاركين بالخطة".
- **دار أو مرفق ترميز:** هو عبارة عن مرفق يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يمكنهم تلقي الرعاية الخاصة بهم في المنزل، غير أنهم لا يحتاجون إلى دخول المستشفى.

**مكتب أمين المظالم:** مكتب في ولايتك يعمل كمحامي بالنيابة عنك. ويستطيعون الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويستطيعون مساعدتك على فهم ما يمكنك فعله. خدمات مكتب أمين المظالم مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و 9** من كتيب الأعضاء.

**قرار المؤسسة:** تتخذ خطتنا قرار مؤسسة عندما نقرر نحن أو أحد موفري الرعاية لدينا بشأن ما إذا كانت الخدمات مغطاة أو المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. ويطلق على قرار المؤسسة أيضاً "قرارات بيان المزايا المغطاة". **الفصل 9** من كتيب الأعضاء يشرح قرارات بيان المزايا المغطاة.

**المنتج البيولوجي الأصلي: منتج بيولوجي تم اعتماده من قبل هيئة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) ويستخدم للمقارنة للشركات المصنعة التي تصنع نسخة بيولوجية مماثلة. ويسمى أيضاً منتجاً مرجعياً.**

**Original Medicare (التقليدي أو خدمات برنامج Medicare مقابل رسوم):** تقوم الحكومة بتقديم Original Medicare. بموجب Original Medicare، يتم تغطية الخدمات من خلال دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين التي يحددها الكونغرس.

- يمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو موفر رعاية صحية آخر يقبل برنامج Medicare. يتضمن Original Medicare قسمين: القسم A في برنامج Medicare (تأمين المستشفى) والقسم B في برنامج Medicare (التأمين الطبي).
- يتوفر Original Medicare في أي مكان بالولايات المتحدة.
- إذا لم ترغب بالبقاء في خطتنا، يمكنك اختيار Original Medicare

**صيدلانية غير تابعة للشبكة:** الصيدلانية التي لم توافق على التعاون مع خطتنا لتنسيق أو تقديم الأدوية الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تحصل عليها من صيدليات غير تابعة للشبكة ما لم تنطبق شروط معينة.

**موفر رعاية غير تابع للشبكة** أو مرفق غير تابع للشبكة: هو موفر رعاية أو مرفق لا تستخدمه خطتنا أو تمتلكه أو تديره، كما أنه ليس ملتزماً بعقد لتقديم الخدمات الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء يشرح موفري الرعاية أو المرافق غير التابعة للشبكة.

**الأدوية غير المقررة بوصفات طبية (OTC):** الأدوية غير المقررة بوصفة طبية هي دواء أو علاج يستطيع الشخص شراءه بدون وصفة طبية من أخصائي رعاية صحية.

**القسم A:** راجع "القسم A في برنامج Medicare".

**القسم B:** راجع "القسم B في برنامج Medicare".

**القسم C:** راجع "القسم C في برنامج Medicare".

**القسم D:** راجع "القسم D في برنامج Medicare".

**العقاقير الدوائية في القسم D:** راجع "العقاقير الدوائية في القسم D من برنامج Medicare".

**المعلومات الصحية الشخصية (وتعرف أيضاً باسم المعلومات الصحية المحمية)**

**(Protected health information, PHI):** معلومات عنك وعن صحتك مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الطبيب المعالج والسيرة المرضية. راجع إشعار ممارسات الخصوصية للحصول على المزيد من المعلومات حول كيف نقوم بحماية PHI واستخدامها والتصريح بها إضافةً إلى حقوقك بخصوص معلوماتك PHI.

**موفر الرعاية الأولية (Primary care provider, PCP):** هو الطبيب أو موفر رعاية آخر تستخدمه أولاً لغالبية المشاكل الصحية. يتأكدون من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للبقاء في حالة صحية جيدة.

- ويمكن أيضاً أن يتحدثوا مع موفر الرعاية الصحية والأطباء الآخرين بشأن الرعاية الخاصة بك ويقوم بإحالتك إليهم.
- في العديد من خطط Medicare الصحية، يتوجب عليك زيارة موفر الرعاية الأولية قبل زيارة أي موفر آخر للرعاية الصحية.
- راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات بشأن الحصول على رعاية من موفري الرعاية الأولية.

**التصريح المسبق (Prior authorization, PA):** موافقة يجب أن تحصل عليها من قبل تلقي خدمة معينة أو دواء معين أو تذهب إلى موفر رعاية غير تابع للشبكة. قد لا تغطي خطتنا الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة أولاً.

تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية الشبكية فقط إذا حصل طبيبك أو موفر الرعاية الآخر التابع للشبكة على PA منا.

- الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى PA من خطتنا مدرجة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء .

تغطي خطتنا بعض الأدوية فقط إذا حصلت على PA منا.

- الأدوية الخاضعة للتغطية التي تتطلب PA من خطتنا تم وضع علامة عليها في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية والقواعد معلنة على موقعنا الإلكتروني.



**برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE):** هو عبارة عن برنامج يغطي مزايًا برنامجي Medicare و Medicaid معًا بالنسبة للأشخاص البالغين من العمر 55 عامًا أو أكثر والذين يحتاجون مستوى أعلى من الرعاية للعيش بالمنزل.

**الأطراف الصناعية والتقويم:** الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو موفر رعاية صحية آخر، على سبيل المثال لا الحصر، دعامة الذراع والظهر والرقبة والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية والأجهزة المطلوبة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية من الجسم، بما في ذلك مستلزمات الفغر والعلاج بالتغذية سواء من خلال الأمعاء أو الحقن.

**منظمة تحسين الجودة (Quality improvement organization, QIO):** هي مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الآخرين ممن يقدمون يد العون في تحسين جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. تدفع الحكومة الفيدرالية إلى QIO لفحص وتحسين الرعاية المقدمة للمرضى. راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء. للمزيد من المعلومات عن QIO.

**حدود الكمية:** قيد على كمية الدواء الذي يمكنك الحصول عليه. قد نحد من كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية.

**أداة المزايًا في الوقت الفعلي:** بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن المشتركين من خلاله البحث عن الأدوية الخاضعة للتغطية الكاملة والدقيقة وفي الوقت المناسب والمناسبة سريريًا والمخصصة للمنتسبين ومعلومات المزايًا. وهذا يشمل مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف والعقاقير الدوائية البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية كعقار دوائي معين وقيود التغطية (الإذن المسبق والعلاج المرحلي وحدود الكميات) التي تنطبق على العقاقير الدوائية البديلة.

**الإحالة:** الإحالة هي موافقة موفر الرعاية الأولية (PCP) أو موافقتنا على استخدام موفر رعاية آخر غير PCP الخاص بك. وإذا لم تحصل على موافقة أولاً؛ فقد لا نغطي الخدمات. أنت لست بحاجة إلى إحالة لمراجعة أخصائيين معينين، مثل أخصائيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حوال الإحالات في **الفصلين 3 و 4** من كتيب الأعضاء.

**خدمات إعادة التأهيل:** هي عبارة عن العلاج الذي تتلقاه لمساعدتك في التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبرى. راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد بشأن خدمات إعادة التأهيل.

**الخدمات الحساسة:** الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية والصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي (Sexually Transmitted Infections, STI) وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والاعتداء الجنسي والإجهاض واضطراب تعاطي المخدرات ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي وعنف الشريك الحميم.

**منطقة الخدمات:** منطقة جغرافية تقبل فيها الخطة الصحية الأعضاء في حال تقيدها للعضوية بناءً على المكان الذي يعيش فيه الأفراد. بالنسبة للخطة التي تضع قيودًا على الأطباء والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها، عادةً ما تكون المنطقة التي يمكنك أن تحصل فيها على خدمات روتينية (غير طارئة). يمكن فقط للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا الاشتراك في خطتنا.

**مركز خدمات تمريض مهني (Skilled nursing facility, SNF):** هو مرفق تمريض يضم موظفين ومعدات لتقديم رعاية تمريضية متخصصة، وفي معظم الحالات، خدمات إعادة تأهيل متخصصة وخدمات صحية أخرى ذات صلة.

**رعاية مركز خدمات التمريض المهني (SNF):** خدمات إعادة التأهيل ورعاية التمريض المتخصصة المقدمة على أساس مستمر ويومي في مرفق خدمات التمريض المهني. تتضمن أمثلة رعاية مرفق التمريض المتخصص العلاج الطبيعي أو الحقن داخل الوريد (intravenous, IV) التي يعطيها الطبيب أو الممرضة المعتمدة للمريض.

**الاختصاصي:** هو الطبيب الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو عضو محدد من الجسم.

**صيدلية متخصصة:** راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات عن الصيدليات المتخصصة.

**جلسة استماع بالولاية:** في حال طلب طبيبك أو موفر رعاية آخر إحدى خدمات Medi-Cal لا نوافق عليها أو لا نستمر في الدفع مقابل خدمة Medi-Cal تلقيتها بالفعل، يمكنك أن تطلب جلسة استماع بالولاية. إذا كان قرار جلسة الاستماع بالولاية لصالحك، يجب علينا تقديم الخدمة التي طلبت الحصول عليها.

**العلاج المرحلي:** قاعدة تغطية تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل أن نغطي الدواء الذي تطلبه.

**دخل الضمان التكميلي (Supplemental Security Income, SSI):** مزايا شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأفراد ذوي الدخل والمواد المحدودة الذين لديهم إعاقة أو مصابين بالعمى أو يبلغون من العمر 65 عامًا وأكثر. مزايا SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

**الرعاية اللازمة بشكل عاجل:** هي الرعاية التي تتلقاها للتعامل مع مرض أو إصابة أو حالة غير متوقعة لا تُعد طارئة، ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما يتعذر عليك الوصول إليهم لأنه نظرًا لوقتك أو مكانك أو ظروفك، فإنه من غير الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على خدمات من موفري رعاية تابعين إلى الشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير مرئية ولكنها ليست حالة طبية طارئة).

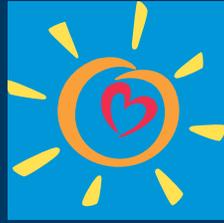


## L.A. Care Medicare Plus Member Services

هاتفياً	1-833-522-3767 المكالمات مجانية لهذا الرقم. على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. تقدم خدمات الأعضاء أيضاً خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 يتطلب هذا الرقم هاتفاً ذا طبيعة خاصة وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات مجانية لهذا الرقم على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك أيام العطلات.
فاكس	1-213-438-5712
خطياً	L.A. Care Medicare Plus Attn: Member Services Department West 7th Street 1200 Los Angeles, CA 90017
الموقع الإلكتروني	medicare.lacare.org

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال مع L.A. Care Medicare Plus على 1-833-522-3767 (TTY: 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم و 7 أيام في الأسبوع، بما في ذلك العطلات. المكالمات مجانية. للحصول على المزيد من المعلومات، زر [medicare.lacare.org](http://medicare.lacare.org).





**L.A. Care**  
HEALTH PLAN®

**For All of L.A.**

[lacare.org](http://lacare.org)



TTY: 711 |

1.833.522.3767

الهاتف المجاني:

