

2021

ءاضعألأ بي تك/ةيطغتلا لي لد



Promise Health Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
(Medicare-Medicaid Plan)
مقاطعة سان دييغو (San Diego)

من 01 يناير 2021 حتى 31 ديسمبر 2021

صحتك وتغطية الأدوية الخاصة بك بموجب خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

مقدمة كتيب الأعضاء

يقدم لك هذا الكتيب معلومات عن تغطيتك بموجب خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan حتى 31 ديسمبر 2021. فهو يوضح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد)، وتغطية أدوية الوصفات الطبية، والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل. تساعدك الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل في البقاء في المنزل بدلاً من الذهاب إلى دار تريض أو مستشفى. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

يعد هذا الكتيب مستنداً قانونياً مهماً. يُرجى الاحتفاظ به في مكان آمن.

يتم تقديم خطة Cal MediConnect Plan من خلال خطة Blue Shield of California Promise Health Plan. وإذا ذكر كتيب الأعضاء هذا كلمات مثل "نحن" أو "إيانا" أو "خاص بنا"، فإن هذه الكلمات تشير إلى خطة Blue Shield of California Promise Health Plan. أما إذا ذكرت كلمات مثل "الخطة" أو "خطتنا"، فإنها تشير إلى خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-905-3825 (TTY: 711), 8:00 a.m. to 8:00 p.m., seven days a week. The call is free.

Español (Spanish): ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los 7 días de la semana.

繁體中文 (Chinese): 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 每週七天辦公，早上8:00 點至晚上8:00 點或。

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711) 8 giờ sáng–8 giờ tối, 7 ngày trong tuần. HOẶC Ban.

Tagalog (Tagalog – Filipino): PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY: 711)번으로 전화해 주십시오, 오후 8시, 7 일 주일 오전 8시.

Հայերեն (Armenian): ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



(Persian/Farsi for Cal-MediConnect Members):فارسی

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیریید (TTY: 711) 1-855-905-3825

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (телетайп: 711).

日本語 (Japanese): 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

(Arabic):العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (رقم هاتف الصم والبكم: 1-855-905-3825 Cal-MediConnect (711: رقم هاتف الصم والبكم)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711)។

Hmoob (Hmong): LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียงน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

(Urdu):اُردُو

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں Cal-MediConnect 1-855-905-3825 (TTY:711).

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعه بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو مسجلة صوتيًا. اتصل على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية.

يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل الآن وفي المستقبل. لتقديم طلب، يرجى الاتصال بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. ستحتفظ العناية بالعملاء بتنسيقك ولغتك المفضلة في السجلات من أجل الاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات في تفضيلاتك، يرجى التواصل مع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.



إخلاء المسؤولية

- ❖ Medicare و Blue Shield of California Promise Health Plan هي خطة صحية تتعاقد مع كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal بهدف تقديم مزايا البرنامجين للمسجلين.
- ❖ يتم اعتبار التغطية بموجب خطة Blue Shield of California Promise Health Plan بأنها تغطية صحية مؤهلة تُعرف باسم "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". فهي تضمن حماية المريض ومتطلبات مشاركة المسؤولية الفردية طبقاً لقانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA). تفضل زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) الإلكتروني www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات عن متطلبات مشاركة المسؤولية الفردية.



كتيب الأعضاء لعام 2021 - جدول المحتويات

قائمة الفصول وأرقام الصفحات هذه هي نقطة البداية للحصول على مزيد من المساعدة بشأن العثور على المعلومات التي تحتاجها، انتقل إلى الصفحة الأولى من الفصل. ستجد قائمة تفصيلية بالموضوعات في بداية كل فصل.

جدول المحتويات

6	الفصل 1: بداية العضوية.....
16	الفصل 2: الموارد وأرقام الهواتف المهمة.....
36	الفصل 3: استخدام التغطية التأمينية لخدمات الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المغطاة.....
55	الفصل 4: مخطط المزايا.....
105	الفصل 5: الحصول على أدوية الوصفات للمريض الخارجي من خلال الخطة.....
121	الفصل 6: ما الذي تدفعه مقابل أدوية وصفات Medicare وMedi-Cal.....
133	الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل أدوية أو خدمات مغطاة.....
138	الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك.....
153	الفصل 9: ما يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى).....
196	الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan.....
205	الفصل 11: الإخطارات القانونية.....
210	الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة.....



الفصل 1: بداية العضوية

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على معلومات حول Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات Medicare وMedi-Cal الخاصة بك، وعضويتك فيها. كما يوضح لك ما الذي تتوقعه وما المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

8	A. مرحبًا بك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
8	B. معلومات حول Medicare وMedi-Cal
8	B1. Medicare
8	B2. Medi-Cal
9	C. مميزات هذه الخطة
9	D. منطقة خدمات Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
10	E. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتصبح عضوًا بالخطة
10	F. ما الذي تتوقعه عند انضمامك لأول مرة إلى خطة صحية
11	G. فريق رعايتك وخطة رعايتك
11	G1. فريق الرعاية
11	G2. خطة الرعاية
12	H. القسط الشهري لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
12	I. كتيب الأعضاء
12	J. المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من جهتنا
12	J1. بطاقة هوية عضو خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الخاصة بك
13	J2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات
14	J3. قائمة الأدوية المغطاة
14	J4. شرح المزايا



- K. كيفية الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا. 15
- K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI). 15



A. مرحباً بك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan هي خطة Cal MediConnect Plan. وخطة Cal MediConnect Plan عبارة عن مؤسسة مكونة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات ومقدمي الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل ومقدمي خدمات الصحة السلوكية إضافةً إلى مقدمي خدمات آخرين. كما تتضمن مديري رعاية وفرق رعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي الخدمات والخدمات. وهم يعملون جميعاً معاً لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

وقد اعتمدت خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan من قبل ولاية كاليفورنيا ومراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) لتوفير الخدمات لك كجزء من خدمات Cal MediConnect.

برنامج Cal MediConnect عبارة عن برنامج ترويجي تحت الإشراف المشترك لولاية كاليفورنيا والحكومة الفيدرالية، بهدف توفير رعاية أفضل للأشخاص المؤهلين للحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal. وبموجب هذا الترويج، ترغب كل من الولاية والحكومة الفيدرالية في اختبار طرق جديدة لتحسين كيفية حصولك على خدمات Medicare و Medi-Cal الخاصة بك.

B. معلومات حول Medicare و Medi-Cal

B.1 Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي لـ:

- الأشخاص بعمر 65 عاماً أو أكبر،
- بعض الأشخاص الأصغر من 65 عاماً الذين يعانون من إعاقات معينة، و
- الأشخاص المصابون بمرض كلوي في المرحلة الأخيرة (فشل كلوي).

B.2 Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. تدير الولاية برنامج Medi-Cal، كما تسدد مستحقته الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة الذين يدفعون أموالاً مقابل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل فضلاً عن التكاليف الطبية، حيث يغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية ما يلي:

- ما الذي يتم احتسابه بمثابة دخل وموارد،
- من يكون مؤهلاً،
- ما الخدمات المغطاة، و
- تكلفة الخدمات.

ويمكن للولايات تحديد كيفية إدارة برامجها طالما أنها تراعي القواعد الفيدرالية.

تم اعتماد خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan من قبل برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا. يمكنك الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal من خلال خطتنا طالما:



- اخترنا أن نقدم الخطة، و
 - يسمح لنا برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- وحتى إذا توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، فستظل مُستحقًا للحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal.

C. مميزات هذه الخطة

ستحصل الآن على كل خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، بما في ذلك الأدوية الموصوفة. ولن تدفع أي مبالغ إضافية للانضمام لهذه الخطة الصحية.

سوف تساعد خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan في جعل مزايا Medicare وMedi-Cal تعمل بصورة أفضل معًا ومن أجلك. تشمل بعض المميزات على:

- ستتمكن من العمل مع خطة صحية واحدة من أجل جميع احتياجات التأمين الصحي لديك.
- سيكون لديك فريق رعاية خاص تساهم أنت في تشكيله. وقد يشملك فريق الرعاية بالإضافة إلى مقدم الرعاية أو الأطباء أو الممرضين أو المستشارين أو المهنيين الصحيين الآخرين.
- وسوف يمكنك التواصل مع أحد مديري الرعاية. هذا هو الشخص الذي يعمل معك، من خلال خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، وكذلك مع فريق رعايتك لمساعدتك في وضع خطة الرعاية.
- وسوف تتمكن من إدارة خطة رعايتك بمساعدة فريق الرعاية ومدير الرعاية الخاصين بك.
- سوف يعمل فريق الرعاية ومدير الرعاية معك للوصول إلى خطة رعاية مصممة خصيصًا من أجلك لتلبية احتياجاتك الصحية. سوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاجها. وهذا يعني على سبيل المثال ما يلي:
 - يتأكد فريق رعايتك من أن أطباءك يعرفون جميع الأدوية التي تتناولها حتى يتأكدوا من أنك تتناول الأدوية المناسبة، ومن ثم يتمكن الأطباء من تقليل أي آثار جانبية قد تحدث بسبب الأدوية.
 - سيتأكد فريق رعايتك من أن نتائج اختباراتك قد وصلت إلى أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين، على النحو الملائم.

D. منطقة خدمات Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

تشتمل منطقة خدماتنا على هذه المقاطعات في ولاية كاليفورنيا: San Diego (سان دييغو).

لا يمكن أن ينضم إلى خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إلا الأشخاص الذين يقطنون في منطقة الخدمة التي تشملها.

في حال انتقالك خارج منطقة خدمتنا، لا يمكنك أن تبقى عضوًا في هذه الخطة. انظر الفصل 8 القسم (J) لمزيد من المعلومات حول آثار التنقل خارج منطقة خدماتنا. وسوف تحتاج إلي أن تتصل بمسؤول الأهلية المحلي بالمقاطعة:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



الاتصال: 1-866-262-9881 هذه المكالمات مجانية. الهاتف النصي: 1-619-589-4459 ساعات العمل: من الساعة 7:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، من الاثنين وحتى الجمعة، ما عدا الإجازات	مقاطعة San Diego (سان دييغو) Department of Social Services (دائرة الخدمات الاجتماعية) - مركز خدمة عملاء موارد الأسرة
---	--

E. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتصبح عضوًا بالخطة

أنت مؤهل للاستفادة من خطتنا طالما أنك:

- تقيم في منطقة خدمتنا، و
 - تبلغ من العمر 21 عامًا وأكبر في وقت التسجيل، و
 - تكون مؤهلاً للانضمام إلى برنامج Medicare الجزء (A)، و Medicare الجزء "ب"، و
 - مؤهل حاليًا لبرنامج Medi-Cal، و
 - كنت من مواطني الولايات المتحدة أو مقيمًا في الولايات المتحدة بصفة شرعية.
- قد توجد قواعد إضافية للأهلية في مقاطعتك. اتصل بالعناية بالعملاء لمزيد من المعلومات.

F. ما الذي تتوقعه عند انضمامك لأول مرة إلى خطة صحية

بمجرد التحاقك بالخطة، سوف تحصل على تقييم المخاطر الصحية (HRA) في غضون أول 45 إلى 90 يومًا من تاريخ سريان تغطيتك. نحن مطالبون باستكمال تقييم المخاطر الصحية الخاص بك. وهذا التقييم هو أساس إعداد خطة الرعاية الفردية الخاصة بك (ICP). كما سيُشمل التقييم أسئلة لتحديد الخدمات ووسائل الدعم الطبية طويلة الأجل (LTSS) الخاصة بك واحتياجاتك الصحية السلوكية والوظيفية. وسوف نتواصل معك لاستكمال تقييم المخاطر الصحية. يمكن استكمال هذا التقييم عن طريق زيارة شخصية أو اتصال هاتفي أو عبر البريد. وسوف نرسل إليك مزيدًا من المعلومات بخصوص هذا التقييم.

إذا كانت خطة **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** جديدة عليك، يمكنك مواصلة زيارة أطباءك الحاليين لفترة معينة من الوقت. يمكنك مواصلة التعامل مع مقدمي الخدمات الحاليين والاحتفاظ بتصاريح الخدمات الموجودة في وقت تسجيلك لمدة تصل إلى 12 شهرًا في حالة الوفاء بكل الشروط التالية:

- تقديمك أنت أو ممثلك أو مقدم الخدمات لطلب مباشر إلينا لاستمرار زيارة مقدم الخدمات الحالي الخاص بك.
- يمكننا اعتماد وجود علاقة قائمة مع مقدم رعاية أولية أو متخصصة، مع بعض الاستثناءات. ونقصد بالعلاقة القائمة أنك تابعت مع مقدم خدمات من خارج الشبكة لمرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ التسجيل المبدئي في خطة **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan**.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع **Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan** على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



- سوف نعتد علاقة قائمة عن طريق مراجعة معلوماتك الصحية المتاحة لدينا أو المعلومات التي تقدمها إلينا.
- ولدينا مهلة 30 يومًا للرد على طلبك. يمكنك أيضًا أن تطلب منا إصدار القرار في وقت أسرع وعلينا أن نرد في غضون 15 يومًا.
- يتعين عليك أنت أو مقدم الخدمات الخاص بك تقديم وثائق تثبت وجود علاقة قائمة وموافقة على شروط معينة عند التقدم بالطلب.

ملاحظة: لا يمكن تقديم هذا الطلب فيما يخص موفري المعدات الطبية المعمرة (DME) أو الانتقالات أو الخدمات المساعدة الأخرى أو الخدمات غير المدرجة في برنامج Cal MediConnect.

بعد انتهاء فترة استمرار الرعاية، سوف تحتاج إلى المتابعة مع أطباء ومقدمي خدمات آخرين ضمن شبكة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan التابعة للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية، ما لم نتوصل إلى اتفاق مع الطبيب الخاص بك من خارج الشبكة. مقدم الخدمات التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو رابطة الأطباء المستقلين (IPA) هي مؤسسة تشكلت بموجب قانون ولاية كاليفورنيا فهي متعاقدة مع خطط التأمين الصحي لتوفير أو ترتيب خدمات الرعاية الصحية للمُسجلين بخطة التأمين الصحي. المجموعة الطبية أو رابطة الأطباء المستقلين (IPA) عبارة عن رابطة من أطباء الرعاية الأولية والأخصائيين والتي تألفت لتوفير خدمات الرعاية الصحية المنسقة لك. انظر الفصل 3 القسم (D) للحصول على مزيد من المعلومات بشأن الحصول على الرعاية.

G. فريق رعايتك وخطة رعايتك

G1. فريق الرعاية

هل تحتاج إلى مساعدة بشأن الحصول على الرعاية التي تريدها؟ يمكن أن يساعدك فريق الرعاية. ربما يشمل فريق الرعاية على طبيبك أو مدير الرعاية أو أي مسؤول صحي تختاره بنفسك.

مدير الرعاية هو شخص حاصل على تدريب لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. سيتم تعيين مدير رعاية لك عند التسجيل في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. يمكن لهذا الشخص أيضًا أن يحيلك إلى الموارد المجتمعية، إذا لم توفر خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الخدمات التي تحتاج إليها.

يمكنك الاتصال بنا على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع لطلب فريق رعاية.

G2. خطة الرعاية

سيعمل فريق الرعاية معك لوضع خطة رعاية. تطلعك خطة الرعاية أنت وأطباءك على الخدمات التي تحتاجها وكيفية الحصول عليها. وتشتمل الخطة على الاحتياجات الطبية والصحة السلوكية وخدمات وسائل الدعم طويلة الأجل. سيتم تصميم خطة رعايتك وفقًا لاحتياجاتك.

ستتضمن خطة الرعاية:

- أهداف الرعاية الصحية.
- جدول زمني للأوقات التي ينبغي عليك الحصول خلالها على الخدمات التي تحتاج إليها.

بعد تقييم المخاطر الصحية، سيلتقي بك فريق الرعاية، حيث سيتحدثون معك عن الخدمات التي تحتاج إليها. ويمكنهم أيضًا إخبارك بالخدمات التي قد تفكر في الحصول عليها. وستكون خطة الرعاية مستندة إلى احتياجاتك. وسيعمل فريق الرعاية معك على تحديث خطة الرعاية سنويًا على الأقل.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



H. القسط الشهري لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ليس لديها قسط شهري.

أ. كتيب الأعضاء

يمثل كتيب الأعضاء هذا جزءًا من عقدنا معك. ويعني هذا أنه يتعين علينا اتباع جميع القواعد الواردة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد أننا قد أقدمنا على فعل شيء مخالف لهذه القواعد، يمكنك أن تقدم التماسًا أو تعترض على إجرائنا. للحصول على معلومات حول كيفية تقديم الالتماس، انظر الفصل 9 القسم د، أو اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب الحصول على كتيب الأعضاء من خلال الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. يمكنك أيضًا الاطلاع على كتيب الأعضاء على الموقع الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect أو تنزيله من نفس الموقع.

يكون العقد ساريًا طوال شهر تسجيلك بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect بين 01 يناير 2021 و 31 ديسمبر 2021.

ل. المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من جهتنا

يجب أن تكون قد تلقيت بالفعل بطاقة هوية عضو خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، ومعلومات عن كيفية الوصول إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية المغطاة.

ل1. بطاقة هوية عضو خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الخاصة بك

بموجب خطتنا، ستحصل على بطاقة واحدة لخدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal، تتضمن الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، وبعض خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. يتعين عليك إظهار هذه البطاقة عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي بطاقة مماثلة للبطاقة التي ستحصل عليها:



إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



في حالة تلف بطاقة Cal MediConnect أو فقدها أو سرقتها، اتصل بالعناية بالعملاء فورًا وسوف نرسل إليك بطاقة جديدة. يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

طالما أنك عضو بخططنا، فلن تحتاج إلى استخدام بطاقة برنامج Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك أو بطاقة برنامج Medi-Cal للحصول على خدمات Cal MediConnect. احتفظ بهذه البطاقات في مكان آمن في حالة احتياجك لها فيما بعد. في حالة قيامك بإظهار بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة هوية عضو خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، قد يرسل مقدم الخدمات الفاتورة إلى Medicare بدلاً من خطتنا وقد تحصل على فاتورة. انظر الفصل 7 القسم (A) لمعرفة ما الذي يجب عليك فعله في حالة حصولك على فاتورة من مقدم خدمات.

يرجى تذكر أنه للحصول على خدمات الصحة العقلية المتخصصة التي قد تتلقاها من خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP)، ستحتاج إلى بطاقة Medi-Cal الخاصة بك للوصول إلى هذه الخدمات.

J2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات

يحتوي دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على قائمة مقدمي الخدمات والصيدليات التابعة لشبكة خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. إذا كنت عضوًا في خطتنا، فيتعين عليك استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الخدمات المغطاة. هناك بعض الاستثناءات عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة (انظر الصفحة 41).

يمكنك طلب الحصول على دليل مقدمي الخدمات والصيدليات من خلال الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. يمكنك أيضًا الاطلاع على دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على الموقع الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect أو تنزيله من نفس الموقع الإلكتروني.

يدرج دليل مقدمي الخدمات والصيدليات مهنيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء والمرضات الممارسات والأطباء النفسيين) والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات) ومقدمي خدمات الدعم (مثل الرعاية الصحية النهارية للبالغين ومقدمي الخدمات الصحية المنزلية) الذين قد تراهم بصفتك عضوًا بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. ويسرد الدليل الصيدليات التي يمكنك التعامل معها للحصول على أدويةك الموصوفة. ويوفر الدليل أيضًا بعض المعلومات حول ما يلي:

- متى تكون الإحالات مطلوبة لرؤية مقدمي الخدمات الآخرين أو الأخصائيين أو المرافق، و
- كيفية اختيار طبيب، و
- كيفية تغيير طبيبك، و
- كيفية العثور على الأطباء أو الأخصائيين أو الصيدليات أو المرافق في منطقتك و/أو المجموعة الطبية/رابطة الأطباء المستقلين، و
- كيفية الوصول إلى الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) أو خدمات الدعم المنزلي (IHSS) أو برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)، و
- معلومات حول كيفية الوصول إلى صيدليات الطلب عبر البريد أو العلاج التسريبي في المنزل أو الرعاية طويلة الأجل.

تعريف مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

- يشتمل مقدمو الخدمات بشبكة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على ما يلي:
 - الأطباء والمرضات وغيرهم من المتخصصين في مجال الرعاية الصحية الذين يمكنك الذهاب إليهم كونك عضوًا في خطتنا؛



- العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض والأماكن الأخرى التي تقدم الخدمات الصحية ضمن خطتنا؛ و
- الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، وخدمات الصحة السلوكية، ووكالات الرعاية الصحية المنزلية، وموردو المعدات الطبية المعمرة، وغيرهم ممن يقدمون السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال برنامج Medicare أو Medi-Cal.

وقد وافق مقدمو الخدمات التابعين للشبكة على قبول السداد من خطتنا نظير الخدمات المغطاة كسداد كامل.

تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- إن الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات (متاجر الأدوية) التي جرى الاتفاق معها لصرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب بالتعامل معها.
- وباستثناء حالات الطوارئ، يتعين عليك صرف وصفاتك الطبية من إحدى الصيدليات التي تشملها الشبكة التابعة لنا إذا كنت ترغب أن تساعدك خطتنا في السداد نظيرها.

اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع لمزيد من المعلومات. يمكن أن يوفر لك قسم العناية بالعملاء والموقع الإلكتروني لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أحدث المعلومات وآخر التطورات حول التغييرات التي قد تطرأ في الصيدليات ومقدمي الخدمات بالشبكة.

J3. قائمة الأدوية المغطاة

تتضمن الخطة قائمة الأدوية المغطاة. نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا. وهذه القائمة توضح لك أدوية الوصفات الطبية المغطاة ضمن خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

وتخبرك "قائمة الأدوية" أيضًا إذا كان هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، مثل وجود حد للكمية التي يمكنك أن تحصل عليها. انظر الفصل 5 (C) للحصول على مزيد من المعلومات بشأن هذه القواعد والقيود.

وسنرسل لك في كل عام معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، لكن قد تجري عليها بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية المغطاة، تفضل بزيارة www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect، أو الاتصال على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

J4. شرح المزايا

عندما تستخدم مزايا الأدوية الموصوفة بالجزء (D) الخاصة بك، فسوف نرسل إليك تقريرًا ملخصًا لمساعدتك في فهم ومتابعة عمليات السداد للأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D). ويُطلق على هذا التقرير الملخص شرح المزايا (EOB).

يوضح شرح المزايا (EOB) لك المبلغ الإجمالي الذي أنفقته، أو الذي أنفقه الآخرون نيابةً عنك، على أدوية الوصفات الطبية بالجزء (D) والمبلغ الإجمالي الذي سددها لكل دواء من أدوية الوصفات الطبية بالجزء (D) الخاصة بك خلال الشهر. يحتوي شرح المزايا (EOB) على معلومات إضافية حول الأدوية التي تتناولها. يوضح لك الفصل 6 مزيدًا من المعلومات عن شرح المزايا (EOB) وكيف يمكن أن يساعدك على تعقب تغطية الأدوية.

كما يتوفر EOB أيضًا عند طلبك الحصول عليه. للحصول على نسخة، اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.



K. كيفية الحفاظ على سجل عضويتك محدثاً

يمكنك الحفاظ على سجل عضويتك حديثاً عن طريق إبلاغنا في كل مرة بتغيير معلوماتك.

يحتاج مقدمو الخدمات والصيدليات التابعة لشبكة الخطة إلى الحصول على المعلومات الصحيحة عنك. فهم يستخدمون سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية التي تحصل عليها وكم ستكلفك. وبسبب ذلك، فمن المهم أن تساعدنا في الحفاظ على معلوماتك محدثة.

وأعلمنا بما يلي:

- أي تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
- إجراء أي تغييرات في أي تغطية تأمين صحي آخر، مثلاً من صاحب عملك أو صاحب عمل زوجك/زوجتك أو تعويضات العاملين.
- وجود أي من مطالبات المسؤولية، مثل مطالبات عن حادث سيارة.
- الدخول إلى دار للرعاية أو مستشفى.
- تلقي الرعاية في إحدى المستشفيات أو غرف الطوارئ.
- إجراء تغييرات في هوية مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي شخص مسؤول عنك).
- كونك أو أصبحت جزءاً من دراسة بحثية سريرية.

في حالة تغيير أي معلومات، يُرجى إبلاغنا بها من خلال الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تشمل المعلومات الواردة في سجل عضويتك على معلومات صحية شخصية (PHI). وتتشرط القوانين الفيدرالية والخاصة بالولاية أن نحفظ بخصوصية المعلومات الصحية الشخصية. نتأكد من حماية معلوماتك الصحية الشخصية. للحصول على مزيد من التفاصيل حول كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، انظر الفصل 8 القسم (C).



الفصل 2: الموارد وأرقام الهواتف المهمة

مقدمة

يوفر لك هذا الفصل معلومات الاتصال للموارد المهمة التي يمكنها مساعدتك في الرد على أسئلتك بخصوص Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ومزايا الرعاية الصحية الخاصة بك. ويمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمدير رعايتك وبالآخرين الذين يمكنهم الدفاع عنك. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

18	A. كيفية التواصل مع العناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan
18	A1. متى تتصل بالعناية بالعملاء
21	B. طريقة الاتصال بمدير الرعاية الخاص بك
21	B1. متى تتصل بمدير الرعاية الخاص بك
23	C. كيفية الاتصال بخط Nurse Advice Call Line
23	C1. متى تتصل بخط Nurse Advice Call Line
24	D. كيفية الاتصال بخط Behavioral Health Crisis Line
24	D1. متى تتصل بخط Behavioral Health Crisis Line
25	E. كيفية الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)
25	E1. متى تتصل ببرنامج HICAP
26	F. كيفية الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة (QIO)
26	F1. متى تتصل بمؤسسة Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement (BFCC-QIO) Organization
27	G. يمكنك الاتصال على برنامج Medicare
28	H. كيفية الاتصال بخيارات الرعاية الصحية التابعة لبرنامج Medi-Cal
29	I. كيفية الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program
30	J. كيفية الاتصال بالخدمات الاجتماعية بالمقاطعة
31	K. كيفية الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة



- 31 K1. الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة بخصوص:
- L. كيفية الاتصال بـ California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا) 32
- M. الموارد الأخرى 33



A. كيفية التواصل مع العناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

الاتصال	1-855-905-3825 هذه المكالمات مجانية. من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو مسجلة صوتيًا من خلال الاتصال بالرقم أعلاه. يتوفر لدينا خدمات المترجم الفوري مجانًا للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال. من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
المراسلة	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
موقع الويب	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

A1. متى تتصل بالعناية بالعملاء

- الاستفسارات حول الخطة
- الاستفسارات الخاصة بالمطالبات أو الفواتير أو بطاقات هوية الأعضاء
- قرارات التغطية التأمينية الخاصة برعايتك الصحية
 - قرار التغطية التأمينية فيما يتعلق برعايتك الصحية هو قرار يخص:
 - مزاياك والخدمات المغطاة أو
 - المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
 - اتصل بنا إذا كانت لديك تساؤلات حول قرار التغطية المتعلقة برعايتك الصحية.
 - للتعرف على المزيد حول قرارات التغطية، انظر الفصل 9 القسم (D).
- الالتزامات الخاصة برعايتك الصحية
 - يعد الالتزام وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة القرار الذي اتخذناه حول التغطية الخاصة بك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا قد ارتكبنا خطأ ما.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect.



- للتعرف على المزيد حول تقديم التماس، انظر الفصل 9 القسم (D)
- الشكاوى الخاصة برعايتك الصحية
 - يمكنك تقديم شكوى بشأننا أو أي مقدم خدمات (بما في ذلك مقدم خدمات غير تابع للشبكة أو تابع للشبكة). مقدم الخدمات التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية. يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية التي حصلت عليها إلينا أو لمؤسسة تحسين الجودة (انظر القسم (F) أدناه).
 - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكاوك. اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
 - إذا كانت شكاوك تتعلق بقرار تغطية لرعايتك الصحية، فيمكنك تقديم التماس (راجع القسم الوارد أعلاه).
 - يمكنك إرسال شكوى فيما يتعلق بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج عبر الإنترنت على www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
 - يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إلى برنامج Cal MediConnect Ombuds Program من خلال الاتصال على الرقم 1-855-501-3077 (الهاتف النصي: 1-855-847-7914)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
 - لمعرفة المزيد بشأن تقديم شكوى حول رعايتك الصحية، انظر الفصل 9 القسم ل.
- قرارات التغطية التأمينية الخاصة بأدويةك
 - قرار التغطية التأمينية فيما يتعلق بأدويةك هو قرار يخص:
 - مزاياك والأدوية المغطاة أو
 - المبلغ الذي سوف ندفعه لك مقابل أدويةك.
 - وهذا ينطبق على أدوية الجزء (D) وأدوية وصفة Medi-Cal وأدوية Medi-Cal خارج الوصفات الطبية.
 - للتعرف على المزيد حول قرارات التغطية المتعلقة بالأدوية الموصوفة لك، انظر الفصل 9 القسم و.
- الالتزامات المتعلقة بأدويةك
 - الالتزام عبارة عن طريقة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.
 - لتقديم التماس بشأن قرار التغطية حول أي من الأدوية الخاصة بك الموجودة في قائمة الأدوية المغطاة (كاتب الوصفات) بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تحمل الأدوية الخاصة ببرنامج Medi-Cal علامة النجمة (*) في كاتب الوصفات.
 - لمزيد من المعلومات حول تقديم التماس يتعلق بأدوية الوصفات، انظر الفصل 9 القسم ل.



- الشكاوى المتعلقة بأدويةك
 - يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بنا أو أي صيدلية. وهذا يشمل شكوى حول أدوية الوصفات الخاصة بك.
 - إذا كانت شكاؤك تتعلق بقرار التغطية الخاص بأدوية الوصفات، يمكنك تقديم التماس. (انظر القسم الوارد أعلاه).
 - يمكنك إرسال شكوى فيما يتعلق بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج عبر الإنترنت على www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
 - لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى فيما يتعلق بأدوية الوصفات لك، انظر الفصل 9 القسم (J).
- الدفع مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
 - لمزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا بالدفع لك، أو سداد فاتورة تلقيتها، انظر الفصل 7 القسم (A).
 - إذا طالبتنا بدفع فاتورة ورفضنا أي جزء من الطلب، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. انظر الفصل 9 القسم (د) للحصول على مزيد من المعلومات حول الالتماسات.



B. طريقة الاتصال بمدير الرعاية الخاص بك

مدير الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك من خلال تنسيق عملية الرعاية. وسيكون مدير الرعاية جزءًا من فريق رعايتك، كما أنه سيكون بمثابة المصدر الرئيسي للاتصال لك. سيتم تعيين مدير رعاية لك عند التسجيل في الخطة الصحية. سيتصل بك مدير الرعاية لتقديم نفسه ومساعدتك على تحديد الاحتياجات الخاصة بك. يمكنك الاتصال بمدير الرعاية عن طريق الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan وتحديد خيار مدير الرعاية من قائمة الانتظار. فور تعيين مدير رعاية لك، سيمكنك أيضًا الاتصال به عن طريق الاتصال بخط هاتفه مباشرةً. لطلب تغيير مدير الرعاية الخاص بك، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

الاتصال	1-855-905-3825 هذه المكالمات مجانية. من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. يمكنك الحصول على المعلومات مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو مسجلة صوتيًا من خلال الاتصال بالرقم الموضح أعلاه. يتوفر لدينا خدمات المترجم الفوري مجانًا للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال. من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.
المراسلة	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Dr. Monterey Park, CA 91755
موقع الويب	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect

B1. متى تتصل بمدير الرعاية الخاص بك

- الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية
 - الاستفسارات حول الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد)
 - الاستفسارات المتعلقة بالنقل
 - الاستفسارات الخاصة بالخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS)
- وتتألف الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل من برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، وبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)، ومرافق التمريض (NF).



تشير الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) إلى مجموعة كبيرة من الخدمات التي تدعم البالغين الذين يعانون من إعاقات وظيفية و/أو أمراض مزمنة للعيش بشكل مستقل في المجتمع أو في مرفق الرعاية طويلة الأجل. تخصص الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) للأعضاء الذين يحتاجون إلى المساعدة لأداء الأنشطة اليومية الروتينية مثل الاستحمام وارتداء الملابس وإعداد الطعام وتناول الأدوية. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة للاستمرار في العيش بصورة مستقلة، فيُرجى الاتصال بالعناية بالعملاء من أجل الإحالة.

تشتمل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) على: برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وخدمات الدعم المنزلي (IHSS) وبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) والرعاية طويلة المدى/الرعاية الوصائية.

يمكنك أحيانًا الحصول على المساعدة فيما يتعلق بالرعاية الصحية اليومية واحتياجات المعيشة.

يمكنك الحصول على هذه الخدمات:

- خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)،
- برامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)،
- الرعاية التمريضية الحاذقة،
- العلاج البدني،
- العلاج المهني،
- علاج النطق،
- الخدمات الاجتماعية الطبية، و
- الرعاية الصحية المنزلية.



C. كيفية الاتصال بخط Nurse Advice Call Line

يوفر خط Nurse Advice Line التابع لخطة Blue Shield Promise of California Health Plan الدعم من خلال ممرضات مسجلات للرد على الأسئلة على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. اتصل بخط Nurse Advice Line على الرقم (800) 609-4166 (الهاتف النصي 711). تتاح الممرضات عبر الهاتف للرد على الأسئلة المتعلقة بالصحة العامة وتوفير التوجيهات لموارد إضافية من أجل مزيد من المعلومات. من خلال خط Nurse Advice Line، يمكن للأعضاء الحصول على ملخص بالمحادثة التي تم إرسالها لهم بالبريد الإلكتروني والتي تشتمل على كل المعلومات والارتباطات للرجوع إليها بسهولة.

<p>(800) 609-4166 (الهاتف النصي 711) هذه المكالمات مجانية.</p> <p>24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع</p> <p>يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعاً بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو مسجلة صوتياً من خلال الاتصال بالرقم الموضح أعلاه.</p> <p>يتوفر لدينا خدمات المترجم الفوري مجاناً للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.</p>	<p>الاتصال</p>
<p>711 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.</p> <p>24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع.</p>	<p>الهاتف النصي</p>

C1. متى تتصل بخط Nurse Advice Call Line

- الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية



D. كيفية الاتصال بخط Behavioral Health Crisis Line

الاتصال	خط Access and Crisis Line في مقاطعة San Diego (سان دييغو) 1-888-724-7240 هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع يتوفر لدينا خدمات المترجم الفوري مجانًا للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع.
الاتصال	مؤسسة رعاية الصحة السلوكية المدارة لخط <u>Blue Shield of California Promise Beacon Health Options - Health Plan</u> 1-855-321-2211 هذه المكالمات مجانية 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع يتوفر لدينا خدمات المترجم الفوري مجانًا للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع

D1. متى تتصل بخط Behavioral Health Crisis Line

- الاستفسارات الخاصة بالصحة السلوكية وخدمات تعاطي المواد.
 - عندما تعاني من أزمة متعلقة بالصحة العقلية، اتصل بخط San Diego Access Crisis line المتاح على مدار 24 ساعة وطوال أيام الأسبوع. وتتوفر معلومات الاتصال أعلاه.
 - عندما تكون لديك أسئلة حول الصحة العقلية وخدمات اضطرابات تعاطي المواد، اتصل بخدمات الصحة السلوكية التابعة لخط Blue Shield of California Promise Health Plan. وتتوفر معلومات الاتصال أعلاه.
 - خطط التأمين الصحي لبرنامج Cal MediConnect ستكون مسؤولة عن استفادة المسجلين من كل خدمات الصحة السلوكية اللازمة طبياً (الصحة العقلية وعلاج تعاطي المواد) المغطاة حالياً بواسطة Medicare و Medi-Cal.
- للاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة، انتقل إلى الصفحة 33.



E. كيفية الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يوفر برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) استشارات مجانية للتأمين الصحي للأشخاص المشتركين في Medicare. يمكن لمستشاري برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) الإجابة على استفساراتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع المشكلة. يمتلك برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) مستشارين مدربين في كل مقاطعة، كما تتوفر الخدمات مجانًا.

لا يرتبط برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

الاتصال	Elder Law and Advocacy 1-858-565-8772 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي	2 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتمكين من إجراء الاتصال.
المراسلة	San Diego County HICAP Office 5151 Murphy Canyon Road, Suite 110 San Diego, CA 92123
موقع الويب	http://www.aging.ca.gov/HICAP/

E1. متى تتصل ببرنامج HICAP

- الاستفسارات بشأن خطة Cal MediConnect أو أسئلة Medicare الأخرى
 - يمكن للمستشارين ببرنامج HICAP الرد على أسئلتك حول التغيير إلى خطة جديدة ومساعدتك فيما يلي:
 - فهم حقوقك،
 - فهم اختيارات خطتك،
 - تقديم الشكاوى المتعلقة بالرعاية الصحية أو العلاج، و
 - حل المشكلات المتعلقة بفواتيرك.



F. كيفية الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة (QIO)

ولايتنا لديها مؤسسة تُعرف باسم Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality Improvement (BFCC-QIO) Organization. وهي عبارة عن مجموعة من الأطباء وغير ذلك من متخصصي الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. لا علاقة لمؤسسة Livanta BFCC-QIO بخططنا.

الاتصال	1-877-588-1123
الهاتف النصي	1-855-887-6668 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	Livanta BFCC-QIO Program Suite 202 . 10820 Guilford Road Annapolis Junction, MD 20701
موقع الويب	https://www.livantaqio.com/en

F1. متى تتصل بمؤسسة Livanta Beneficiary and Family Centered Care Quality (BFCC-QIO) Improvement Organization

- الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية
 - يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بالرعاية التي تلقيتها في حال كنت:
 - تواجه مشكلة فيما يتعلق بجودة الرعاية،
 - تعتقد بأن إقامتك بالمستشفى ستنتهي قريبًا، أو
 - تعتقد بأن خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو مرفق الرعاية التمريضية الحانقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) ستنتهي قريبًا.



G. يمكنك الاتصال على برنامج Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا المصابين بإعاقات محددة والأشخاص الذين وصلوا للمرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (المصابون بالفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب الغسيل الكلوي أو زرع الكلى).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid أو ما يُعرف اختصارًا بـ CMS.

الاتصال	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات لهذا الرقم مجانية، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
الهاتف النصي	1-877-486-2048 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
موقع الويب	www.medicare.gov هذا هو الموقع الرسمي لـ Medicare. فهو يقدّم لك معلومات محدّثة حول Medicare. كما أنه يوفر لك معلومات حول المستشفيات ودور التمريض والأطباء والوكالات الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى. علاوة على ذلك، فإنه يتضمن كتيبات يمكنك طباعتها مباشرة من الكمبيوتر الخاص بك. يمكنك أيضًا العثور على جهات اتصال Medicare في ولايتك من خلال تحديد "النماذج والمساعدة والموارد"، ثم النقر فوق "أرقام الهواتف ومواقع الويب". يحتوي موقع Medicare على الويب على الأداة التالية لمساعدتك في العثور على الخطط في منطقتك: Medicare Plan Finder : يوفر معلومات مخصصة حول خطط الأدوية الموصوفة في برنامج Medicare، وخطط الصحة الخاصة ببرنامج Medicare، وسياسات Medigap (التأمين التكميلي لبرنامج Medicare) في منطقتك. حدد "Find plans" (البحث عن الخطط). إن لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، قد يكون لدى مكتبك المحلية أو المركز الرئيسي لديك القدرة على مساعدتك في زيارة هذا الموقع باستخدام جهاز الكمبيوتر الخاص بها. أو يمكنك الاتصال بـ Medicare على الرقم أعلاه وإعلامهم بما تبحث عنه. سيجدون المعلومات على الموقع الإلكتروني، وسيطبعونها ويرسلونها إليك.



H. كيفية الاتصال بخيارات الرعاية الصحية التابعة لبرنامج Medi-Cal

يمكن أن تساعدك خيارات الرعاية الصحية من Medi-Cal إذا كانت لديك أسئلة تتعلق باختيار برنامج Cal MediConnect plan أو مشكلات أخرى خاصة بالتسجيل.

الاتصال	1-844-580-7272 يتوفر ممثلو خيارات الرعاية الصحية بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
الهاتف النصي	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتمكين من إجراء الاتصال.
المراسلة	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
موقع الويب	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov



I. كيفية الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program

يكون برنامج Cal MediConnect Ombuds Program بمثابة المدافع عنك، حيث يمكنه الرد على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله. يمكن أن يساعدك برنامج Cal MediConnect Ombuds Program أيضًا في حل المشكلات المتعلقة بالخدمات أو الفواتير. لا يرتبط برنامج Cal MediConnect Ombuds Program بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. وتكون خدماته مجانية.

الاتصال	1-855-501-3077. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي	1-855-847-7914 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	Legal Aid Society of San Diego Consumer Center for Health Education & Advocacy 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110
موقع الويب	www.healthconsumer.org



ل. كيفية الاتصال بالخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

إذا كنت بحاجة للمساعدة بشأن مزايا الخدمات الاجتماعية والصحية بمقاطعة San Diego (سان دييغو) لديك، يمكنك الاتصال بـ Social Services Department (دائرة الخدمات الاجتماعية) المحلية بالمقاطعة.

الاتصال	1-866-262-9881 هذه المكالمات مجانية. يتوفر ممثلو الخدمات الصحية والإنسانية بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 5:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة. الوصول إلى خط الخدمة الذاتية متاح على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. يجب على المتصلين إدخال رقم الضمان الاجتماعي (SSN) لاستخدام النظام.
الهاتف النصي	1-619-589-4459 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتمكين من إجراء الاتصال.
المراسلة	Health and Human Services Agency مقاطعة San Diego (سان دييغو) PO Box 85027 San Diego, CA 92186
موقع الويب	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html



K. كيفية الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal عن طريق خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) في حال استيفائك لمعايير الضرورة الطبية.

الاتصال	1-888-724-7240 هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع. يتوفر لدينا خدمات المترجم الفوري مجانًا للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع.

K1. الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة بخصوص:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية المقدمة من المقاطعة
- وتشتمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة على سبيل المثال لا الحصر على:
 - خدمات الصحة العقلية للمرضى الخارجيين،
 - العلاج النهاري،
 - الاستقرار والتدخل في الأزمات،
 - إدارة الحالة المستهدفة،
 - العلاج الداخلي للبالغين، و
 - العلاج الداخلي عند الأزمات.



L. كيفية الاتصال بـ California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا)

تضطلع California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا، DMHC) بمسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن لمركز مساعدة DMHC مساعدتك في تقديم الالتماسات والشكاوى الخاصة بك ضد خطتك الصحية الخاص بك فيما يخص خدمات Medi-Cal.

الاتصال	1-888-466-2219 يتوفر ممثلو DMHC بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 6:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة.
الهاتف النصي	1-877-688-9891 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس	1-916-255-5241
موقع الويب	www.dmhc.ca.gov



M. الموارد الأخرى

كيفية التواصل مع Aging and Independence Services (خدمات الشيخوخة والاستقلالية، AIS) بمقاطعة San Diego (سان دييغو)

توفر AIS الخدمات إلى كبار السن والأشخاص من ذوي الإعاقة وأفراد عائلاتهم للمساعدة في جعلهم في أمان باستمرار في منازلهم وتعزيز الصحة والمعيشة المفعمة بالنشاط والدعاية للمساهمات الإيجابية التي يقدمها كبار السن والأشخاص من ذوي الإعاقة.

الاتصال	1-800-510-2020 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي	711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	Health and Human Services Agency مقاطعة San Diego (سان دييغو) 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101
موقع الويب	/http://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



كيفية التواصل مع Regional Centers (المراكز الإقليمية) بمقاطعة San Diego (سان دييغو)

Regional centers (المراكز الإقليمية) هي شركات خاصة غير هادفة للربح متعاقدة مع Department of Developmental Services (دائرة خدمات النمو) لتوفير أو تنسيق الخدمات ووسائل الدعم للأفراد الذين يعانون من إعاقات متعلقة بالنمو. ولديها مكاتب في جميع أنحاء كاليفورنيا لتوفير الموارد المحلية للمساعدة في العثور على الخدمات الكثيرة المتاحة للأفراد وعائلاتهم والوصول إليها.

الاتصال	1-858-576-2996 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
المراسلة	Regional Center (المركز الإقليمي) بمقاطعة San Diego (سان دييغو) 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123
موقع الويب	/http://sdrc.org



كيفية التواصل مع Legal Aid Society (جمعية المساعدة القانونية) بمقاطعة San Diego (سان دييغو)

بالإضافة إلى برنامج خدمات CMC Ombuds والمركز الصحي للمستهلكين التابع لـ Legal Aid Society (جمعية المساعدة القانونية) بمقاطعة San Diego (سان دييغو)، فإن LASSD توفر أيضًا مجموعة كاملة من الخدمات القانونية الديناميكية. توفر LASSD خدمات قانونية في مجالات قانون الإسكان (على سبيل المثال، الحماية من الطرد وصلاحيات السكن والانتهاكات المتعلقة بالإسكان العادل وما إلى ذلك)، وقانون الأسرة (الطلاق والحضانة وحق الزيارة والنزاعات المتعلقة بالدعم وما إلى ذلك)، وقانون الهجرة (الالتماسات الأسرية وتأشيرات U/T وما إلى ذلك)، وحماية المستهلك (الدفاع في النزاعات المتعلقة بالتحصيل والنزاعات التعاقدية وما إلى ذلك) والمزيد.

الاتصال	1-877-534-2524 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي	1-800-735-2929 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	مكتب Southeast San Diego (جنوب شرق سان دييغو) 110 S. Euclid Avenue San Diego, CA 92114 مكتب Midtown San Diego (ميدلتاون في سان دييغو) 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110 مكتب مقاطعة North (نورث) 216 S. Tremont Street Oceanside, CA 92054
موقع الويب	www.lassd.org



الفصل 3: استخدام التغطية التأمينية لخدمات الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المغطاة

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على قواعد ومصطلحات خاصة يجب عليك معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات المغطاة الأخرى من خلال Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. كما يخبرك بمدير رعايتك، وبكيفية الحصول على الرعاية من أنواع مقدمي الخدمات المختلفين وفي ظل ظروف خاصة معينة (بما في ذلك من الصيدليات أو مقدمي الخدمات من خارج الشبكة)، وما الذي يجب عليك فعله عندما يتم إصدار فاتورة لك مباشرة للخدمات المغطاة من قبل خطتنا وقواعد امتلاك المعدات الطبية المعمرة (DME). وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

- A. معلومات حول "الخدمات" و"الخدمات المغطاة" و"مقدمو الخدمات" و"مقدمو الخدمات بالشبكة" 38
- B. قواعد الحصول على الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) المغطاة من قبل الخطة 38
- C. معلومات حول مدير رعايتك 39
- C1. ما المقصود بمدير الرعاية 39
- C2. كيف يمكنك الاتصال بمدير الرعاية الخاص بك 40
- C3. كيف يمكنك تغيير مدير الرعاية الخاص بك 40
- D. الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية والأخصائيين ومقدمي الخدمات الطبية الآخرين التابعين للشبكة ومقدمي الخدمات الطبية غير التابعين للشبكة 40
- D1. الرعاية من مقدم الرعاية الأولية 40
- D2. الرعاية من الأخصائيين ومقدمي خدمات آخرين تابعين للشبكة 42
- D3. ما الذي يجب عليك فعله عند ترك مقدم خدمات لخطتنا 43
- D4. كيفية الحصول على رعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة 43
- E. كيفية الحصول على الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) 44
- F. كيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد) 44
- F1. ما خدمات الصحة السلوكية الخاصة ببرنامج Medi-Cal المقدمة خارج نطاق خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan من خلال خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو)؟ 45
- G. كيفية الحصول على خدمات النقل 46
- H. كيفية الحصول على الخدمات المغطاة إذا كانت لديك حالة طارئة طبيًا أو حاجة عاجلة للرعاية، أو عند حدوث كارثة 47



- H1. الرعاية إذا كانت لديك حالة طارئة طبيًا 47
- H2. الرعاية الضرورية العاجلة 48
- H3. الرعاية في حالة حدوث كارثة 49
- I. ما الذي يجب فعله في حال محاسبتك على الخدمات المغطاة من خلال خطتنا بشكل مباشر 49
- I1. ما الذي يجب عليك فعله إذا لم تكن الخدمات مغطاة من قبل خطتنا 49
- J. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون في دراسة بحثية سريرية 50
- J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية 50
- J2. الدفع للخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية 50
- J3. معرفة المزيد حول الدراسات البحثية السريرية 51
- K. كيف تتم تغطية خدمات رعايتك الصحية عندما تحصل على الرعاية في إحدى مؤسسات الرعاية الصحية غير الطبية الدينية 51
- K1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية 51
- K2. الحصول على الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية 51
- L. المعدات الطبية المعمرة (DME) 52
- L1. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا 52
- L2. ملكية المعدات الطبية المعمرة عندما تقوم بالتبديل إلى Original Medicare أو Medicare Advantage 52
- L3. مزايا جهاز الأكسجين كعضو في خطتنا 53
- L4. جهاز الأكسجين عندما تقوم بالتبديل إلى Original Medicare أو Medicare Advantage 53



A. معلومات حول "الخدمات" و"الخدمات المغطاة" و"مقدمو الخدمات" و"مقدمو الخدمات بالشبكة"

تمثل الخدمات الرعاية الصحية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، فضلاً عن اللوازم والخدمات الصحية السلوكية وأدوية الوصفة الطبية والأدوية غير الموصوفة طبيًا والمعدات والخدمات الأخرى. تتضمن **الخدمات المغطاة** أيًا من هذه الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. يتم إدراج الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) المغطاة في مخطط المزايا بالفصل 4 القسم (D).

يشمل مقدمو الخدمات كلاً من الأطباء والمرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية والخدمات. يشمل أيضًا مصطلح مقدمو الخدمات كلاً من المستشفيات ووكالات الصحة المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والمعدات الطبية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS).

مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم مقدمو الخدمات الذين يعملون بالتعاون مع الخطة الصحية. وقد وافق مقدمو الخدمات هؤلاء على قبول السداد من جانبنا كسداد كامل. يرسل مقدمو الخدمات التابعون للشبكة الفاتورة إلينا مباشرة نظير الرعاية التي يقدمونها لك. عند مراجعة مقدم الخدمات بالشبكة، فعادةً لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المغطاة.

B. قواعد الحصول على الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) المغطاة من قبل الخطة

تغطي خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan جميع الخدمات المشمولة من خلال Medicare و Medi-Cal. يشمل ذلك الصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS).

سوف تدفع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عمومًا مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) التي تحصل عليها إذا كنت تتبع قواعد الخطة. لكي تتم تغطيتك من قبل خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها من **مزايا الخطة**. وهذا يعني أنه يجب أن تكون مغطاة في مخطط مزايا الخطة. (يوجد المخطط في الفصل 4 القسم (D) من هذا الكتيب).
- يتعين تحديد الرعاية بأنها ضرورية من **الناحية الطبية**. ويُقصد بكلمة **"ضرورية من الناحية الطبية"** أنك بحاجة إلى الحصول على هذه الخدمات للحيلولة دون حدوث حالة طبية أو تشخيصها أو معالجتها أو الحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويشمل هذا الرعاية التي تحول دون دخولك إلى المستشفى أو دار التمريض. كما تعني الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية.
- للحصول على الخدمات الطبية، يتعين أن يكون لديك **مقدم رعاية أولية (PCP)** تابع للشبكة، مهمته أن يأمر بالرعاية أو يخبرك بزيارة طبيب آخر. كعضو بالخطة، يتعين عليك اختيار مقدم خدمات تابع للشبكة ليصبح مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك.
 - في أغلب الحالات، يجب أن تعطيك خطتنا موافقة قبل أن تتمكن من رؤية شخص آخر غير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو استخدام مقدمي خدمات آخرين في شبكة الخطة. ويسمى ذلك **إحالة**. في حالة عدم حصولك على موافقة، ربما لا تقوم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بتغطية الخدمات. لا تحتاج إلى إحالة لرؤية أخصائيين معينين مثل أخصائيي أمراض النساء. للتعرف على المزيد حول الإحالات، انظر الصفحة 44.
 - ينتمي مقدمو الرعاية الأولية (PCP) التابعين لخطتنا إلى مجموعات طبية. عند اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تقوم أيضًا باختيار المجموعة الطبية التي يتبعها. وهذا يعني أن طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك سيقوم



بإحالتك إلى الأخصائيين والخدمات التي تتبع أيضًا مجموعته الطبية. المجموعة الطبية عبارة عن رابطة من أطباء الرعاية الأولية والأخصائيين والتي تألفت لتوفير خدمات الرعاية الصحية المنسقة لك.

○ لا تحتاج إلى إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP) للرعاية الطارئة أو الرعاية العاجلة أو زيارة مقدم الخدمات الصحية النسائية. يمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية بدون إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP). لمعرفة المزيد عن هذا الأمر، انظر الصفحة 44.

○ للتعرف على المزيد حول اختيار مقدم رعاية أولية، انظر الصفحة 43.

● **يتعين عليك الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات بالشبكة التابعين للمجموعات الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP).** في العادة، لن تغطي الخطة الرعاية المقدمة من مقدم الخدمات الذي لا يعمل تحت مظلة خطة التأمين الصحي ومجموعة مقدمي الرعاية الأولية (PCP) الطبية. فيما يلي بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:

○ تغطي الخطة الرعاية الطارئة أو العاجلة المطلوبة من مقدم خدمات من خارج الشبكة. للتعرف على المزيد ومعرفة ما تعنيه حالة الطوارئ أو الرعاية الضرورية العاجلة، انظر القسم (ح) الصفحة 50.

○ إذا كنت في حاجة إلى الرعاية التي تغطيها خطتنا ولا يمكن لمقدمي الخدمات التابعين للشبكة تقديمها لك، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة. يعد التصريح مطلوبًا يجب الحصول عليه من الخطة قبل الحصول على الرعاية. وفي هذه الحالة، سنغطي الرعاية كما لو كنت تحصل عليها من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. للتعرف على المزيد حول الحصول على الموافقة بزيارة مقدم خدمات من خارج الشبكة، انظر القسم (D)، الصفحة 42.

○ تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمات الخطة لفترة قصيرة. يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مركز غسيل كلي معتمد من Medicare.

○ عندما تنضم للخطة لأول مرة، يمكنك المطالبة بمتابعة زيارة مقدمي الخدمات الحاليين. مع وجود بعض الاستثناءات، نحن مطالبون بالموافقة على هذا الطلب إذا كان بإمكاننا تأسيس علاقة حالية تربطك بمقدمي الخدمات (انظر الفصل 1، الصفحة 11). إذا حاز طلبك على الموافقة من جانبنا، يمكنك مواصلة تلقي الخدمات من مقدمي الخدمات الذين تزورهم حاليًا لمدة تصل إلى 12 شهرًا. خلال هذه الفترة، سوف يتصل بك مدير الرعاية الخاص بك لمساعدتك في العثور على مقدمي الخدمات الموجودين بشبكتنا والتابعين لمجموعة مقدم الرعاية الأولية (PCP) الطبية. بعد مرور 12 شهرًا، لن نتمكن من تغطية الرعاية الخاصة بك إذا كنت لا تزال تراجع مقدمي الخدمات غير الموجودين بشبكتنا وغير المنتمين لمجموعة مقدم الرعاية الأولية (PCP) الطبية الخاصة بنا.

C. معلومات حول مدير رعايتك

C1. ما المقصود بمدير الرعاية

مدير الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك من خلال تنسيق عملية الرعاية. وسيكون مدير الرعاية جزءًا من فريق رعايتك، كما أنه سيكون بمثابة المصدر الرئيسي للمعلومات والاتصال لك. سيتم تعيين مدير رعاية لك عند التسجيل في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. سيتصل بك مدير الرعاية لتقديم نفسه ومساعدتك على تحديد الاحتياجات الخاصة بك.



C2. كيف يمكنك الاتصال بمدير الرعاية الخاص بك

يمكنك الاتصال بمدير الرعاية عن طريق الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan وتحديد خيار مدير الرعاية من قائمة الانتظار. فور تعيين مدير رعاية لك، سيمكنك أيضًا الاتصال به عن طريق الاتصال بخط هاتفه مباشرةً.

C3. كيف يمكنك تغيير مدير الرعاية الخاص بك

لطلب تغيير مدير الرعاية الخاص بك، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

D. الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية والأخصائيين ومقدمي الخدمات الطبية الآخرين التابعين للشبكة ومقدمي الخدمات الطبية غير التابعين للشبكة

D1. الرعاية من مقدم الرعاية الأولية

يتعين عليك اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) لتقديم رعايتك وإدارتها. ينتمي مقدمو الرعاية الأولية (PCP) التابعون لخطتنا إلى مجموعات طبية. عند اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تقوم أيضًا باختيار المجموعة الطبية التي يتبعها.

تعريف "مقدم الرعاية الأولية" وما الذي يفعله من أجلك

طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك عبارة عن طبيب مستوفٍ للشروط الحكومية، ومدرب على تقديم الرعاية الطبية الأساسية لك. ويمكن أن يكون مقدم الرعاية الأولية (PCP) عبارة عن ممارس لطب العائلة وممارس عام ومقدم خدمات الطب الباطني وأخصائي يحضر عند الطلب. يمكنك اختيار أخصائي يعمل كطبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك إذا وافق هذا الأخصائي على تقديم كل الخدمات التي يوفرها أطباء الرعاية الأولية في العادة. لطلب أن يعمل الأخصائي كمقدم الرعاية الأولية الخاص بك، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة). قد يكون طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك عبارة عن عيادة، مثل المراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا (FQHC) أيضًا. سوف تحصل على رعايتك الروتينية أو رعايتك الأساسية من طبيب الرعاية الأولية (PCP). يمكن لطبيب الرعاية الأولية (PCP) تنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحتاج إليها أيضًا. تتضمن هذه الخدمات المغطاة ما يلي:

- الأشعة السينية
- الفحوصات المخبرية
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء الأخصائيين
- دخول المستشفى، و
- رعاية المتابعة

ينتمي أطباء الرعاية الأولية (PCP) التابعين لخطتنا إلى مجموعات طبية معيّنة. المجموعة الطبية أو جمعية الممارس المستقل (IPA) هي مؤسسة تشكلت بموجب قانون ولاية كاليفورنيا الذي يتعاقد مع خطط التأمين الصحي لتوفير أو ترتيب خدمات الرعاية الصحية للمسجلين بخطة التأمين الصحي. عند اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تقوم أيضًا باختيار المجموعة الطبية التي يتبعها. وهذا يعني أن طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك سيقوم بإحالتك إلى الأخصائيين والخدمات التي تتبع أيضًا مجموعته الطبية.



وفي معظم الحالات، يتعين عليك زيارة مقدم الرعاية الأولية (PCP) للحصول على إحالة قبل زيارة أي من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين أو الأخصائيين. يمكنك إحالة نفسك إلى أخصائي التوليد وأمراض النساء (OB/GYN) ضمن مجموعتك الطبية المتعاقد معها، أو جمعية ممارسة مستقلة (IPA) للكشف الروتيني بواسطة لطاخة بابا نيكولاو وفحص الحوض وفحص الثدي سنويًا. وبمجرد موافقة المجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك على هذه الإحالة، يمكنك تحديد موعد مع الأخصائي أو مقدم خدمات آخر لتلقي العلاج الذي تحتاجه. سيبلغ الأخصائي طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك عند الانتهاء من العلاج أو الخدمة حتى يتسنى لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك مواصلة إدارة الرعاية الخاصة بك.

لنتمكن من الحصول على خدمات معينة، سيحتاج طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة، أو في بعض الحالات، من المجموعة الطبية التابع لها طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "التصريح المسبق".

اختيارك لمقدم الرعاية الأولية

عندما تصبح عضوًا بخطتنا، فيجب أن تختار مقدم خدمات بالخطة ليكون مقدم رعايتك الأولية. لاختيار طبيب رعاية أولية، يمكنك:

- استخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات. ابحث في فهرس "أطباء الرعاية الأولية" الموجود في الجزء الخلفي من الدليل للعثور على الطبيب الذي تريد. (تم وضع الفهرس حسب الترتيب الأبجدي للأسماء الأخيرة للأطباء)؛ أو
- انتقل إلى موقعنا على الويب على www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect وابحث عن طبيب الرعاية الأولية الذي ترغب به، أو
- اتصل بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan للحصول على المساعدة (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة).

لمعرفة ما إذا كان مقدم الرعاية الصحية الذي تريده متاحًا أو يقبل مرضى جددًا، يُرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات المتوفر على الموقع الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect، أو الاتصال بالعناية بالعملاء (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة).

إذا كان يوجد ضمن خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أخصائي معين أو مستشفى محددة تريد أي منهما، فمن المهم معرفة ما إذا كانا تابعين للمجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية. يمكن البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات المتوفر على الموقع الإلكتروني التالي www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect، أو التقدم بطلب للعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan للتحقق لمعرفة ما إذا كان مقدم الرعاية الأولية الذي ترغب به يقوم بعمل إحالات إلى هذا الأخصائي أو يستخدم هذه المستشفى.

خيار تغيير مقدم الرعاية الأولية

يمكنك تغيير طبيب الرعاية الأولية لأي سبب وفي أي وقت. كما أنه يحتمل أن يقوم طبيب الرعاية الأولية بالانسحاب من شبكة خطتنا. إذا انسحب طبيب الرعاية الأولية من شبكة خطتنا، فيمكننا مساعدتك في إيجاد طبيب رعاية أولية جديد ضمن شبكة خطتنا إذا كان الطبيب الموجود لديك حاليًا قد انسحب من شبكتنا.

يمكنك اتباع الخطوات الواردة في فقرة "اختيارك لطبيب الرعاية الأولية" أعلاه لتغيير طبيب الرعاية الأولية. احرص على الاتصال بالعناية بالعملاء لإبلاغهم بقيامك بتغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة).



فور تقديم طلب التغيير، سيتم تعيين طبيب رعاية أولية (PCP) جديد وكذلك المجموعة الطبية التي يتبعها في اليوم الأول من الشهر التالي لتقديم طلب تغيير طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك.

تتم طباعة اسم طبيب الرعاية الأولية الخاص بك ورقم هاتف مكتبه على بطاقة عضويتك. إذا قمت بتغيير طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك، فستحصل على بطاقة عضوية جديدة.

تذكر أن مقدمي الرعاية الأولية (PCP) التابعين لخطتنا ينتمون إلى مجموعات طبية. إذا قمت بتغيير طبيب الرعاية الأولية، فربما تقوم بهذا الإجراء بتغيير المجموعات الطبية أيضًا. عندما تطلب التغيير، فتأكد من إعلام العناية بالعملاء بما إذا كنت تزور أخصائيًا أو كنت تحصل على خدمات أخرى مغطاة تتطلب موافقة مقدم الرعاية الأولية. وستساعدك العناية بالعملاء في ضمان استمرار تلقي الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى في حالة تغيير مقدم الرعاية الأولية.

الخدمات التي يمكنك الحصول عليها بدون الحصول على الموافقة أولاً من مقدم الرعاية الأولية

في أغلب الحالات، سوف تحتاج إلى الحصول على موافقة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل زيارة مقدمي الخدمات الآخرين. يُطلق على هذه الموافقة اسم **إحالة**. يمكنك الحصول على الخدمات مثل تلك الخدمات المدرجة أدناه بدون الحصول على موافقة من طبيب الرعاية الأولية أولاً:

- خدمات الطوارئ من مقدمي الخدمات بالشبكة أو من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة.
- الرعاية الضرورية العاجلة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة.
- الرعاية الضرورية العاجلة من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة عندما لا يمكنك الوصول إلى مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمات الخطة).
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى الطبي المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمات الخطة. (يرجى الاتصال بالعناية بالعملاء قبل مغادرة منطقة الخدمات. يمكننا مساعدتك في عمل غسيل الكلى عندما تكون بالخارج.)
- لقاحات الأنفلونزا، ولقاحات التهاب الكبد B ولقاحات التهاب الرئوي طالما كنت تحصل عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة.
- الرعاية الصحية الروتينية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. وهذا يشمل فحوصات الثدي وصور الثدي الشعاعية التشخيصية (الأشعة السينية للثدي) وفحوصات باب وفحوصات منطقة الحوض طالما كنت تحصل عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت مستحقًا لتلقي خدمات من مقدمي الرعاية الصحية الهنود، فقد تزور مقدمي الخدمات هؤلاء دون إحالة.

D2. الرعاية من الأخصائيين ومقدمي خدمات آخرين تابعين للشبكة

الأخصائي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. وهناك أنواع كثيرة من الأخصائيين. فيما يلي بعض الأمثلة:

- أطباء الأورام يقدمون الرعاية لمرضى السرطان.
- أطباء القلب يقدمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشكلات بالقلب.
- أطباء العظام يقدمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشكلات بالعظام أو المفاصل أو العضلات.



سيقوم طبيب الرعاية الأولية (PCP) بإحالتك عندما تحتاج إلى رعاية متخصصة أو خدمات إضافية يتعذر عليه توفيرها. وبمجرد موافقة المجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك على هذه الإحالة، يمكنك تحديد موعد مع الأخصائي أو مقدم خدمات آخر لتلقي العلاج الذي تحتاجه. سيبلغ الأخصائي طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك عند الانتهاء من العلاج أو الخدمة حتى يتسنى لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك مواصلة إدارة الرعاية الخاصة بك.

سيحتاج طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة بالنسبة إليك لتلقي خدمات محددة. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "التصريح المسبق". على سبيل المثال، يجب الحصول على تصريح مسبق لكل الإقامات غير الطارئة الخاصة بالمرضى المقيمين بالمستشفيات. في بعض الحالات، قد يحق للمجموعة الطبية التابع لها طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك التصريح لك بالحصول على الخدمة، بدلاً من خطتنا.

إذا كانت لديك أي استفسارات حول المسؤول عن تقديم التصاريح المسبقة للخدمات والموافقة عليها، فاتصل بالمجموعة الطبية التي ينتمي إليها طبيب الرعاية الأولية (PCP). يمكنك أيضاً الاتصال بالعناية بالمعملاء. للحصول على مزيد من المعلومات عن الخدمات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً، يُرجى الاطلاع على مخطط المزايا الوارد بالفصل 4، القسم (D).

D3. ما الذي يجب عليك فعله عند ترك مقدم خدمات خطتنا

يمكن لمقدم الخدمات التابع للشبكة الذي تتعامل معه الانسحاب من خطتنا. إذا غادر أحد مقدمي الخدمات الخاصين بك خطتنا، فليدك حقوق وإجراءات وقائية معينة نوجزها فيما يلي:

- على الرغم من أن شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بنا قد تتغير خلال العام، إلا أنه يجب أن نوفر لك الفرصة دائماً للتواصل مع مقدمي خدمات مؤهلين.
- سنبدل جهداً بحسن نية لنقدم لك إخطاراً قبلها بمدة 30 يوماً على الأقل، بحيث يكون أمامك وقت كافٍ لتحديد مقدم خدمات جديد.
- سنساعدك في تحديد مقدم خدمات مؤهل جديد لمواصلة إدارة احتياجاتك الصحية.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي معين، فسيكون لديك الحق في طلب الاستمرار في تلقي العلاج اللازم طبيًا، وستتعاون معك لضمان ذلك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نضع محل مقدم الخدمات السابق مقدم خدمات مؤهلاً، أو أن الرعاية التي تتلقاها لا تدار كما ينبغي، فإن لديك الحق في تقديم التماس بشأن قرارنا.

إذا اكتشفت أن أحد مقدمي الخدمات الخاص بك قد غادر خطتنا، فيرجى الاتصال بنا حتى تتمكن من مساعدتك في العثور على مقدم خدمات جديد وإدارة رعايتك. يرجى التواصل مع العناية بالمعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

D4. كيفية الحصول على رعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة

إذا كنت بحاجة إلى الحصول على رعاية طبية يطلب برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal من خطتنا تغطيتها في حين يتعذر على مقدمي الخدمات في شبكتنا توفيرها، يمكنك الحصول على هذه الرعاية من أحد مقدمي الخدمات من خارج الشبكة. يتحمل طبيب الرعاية الأولية مسؤولية تقديم طلب للحصول على تصريح مسبق لتوفير خدمات خارج الشبكة. ينبغي الحصول على تصريح من الخطة أو المجموعة الطبية التابع لها مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك قبل طلب الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة. في هذه الحالة، ستدفع القيمة نفسها التي كنت ستدفعها في حالة حصولك على الرعاية من مقدم الخدمات المنتمي إلى الشبكة.

إذا قمت بزيارة مقدم خدمات من خارج الشبكة، فيتعين أن يكون مقدم الخدمات مؤهلاً للمشاركة في برنامجي Medicare و/أو Medi-Cal.



- يتعذر علينا الدفع لمقدم خدمات غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare و/أو Medi-Cal.
- إذا قمت بزيارة مقدم خدمات ليس مؤهلاً للمشاركة في Medicare، فيجب أن تدفع كامل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها.
- يجب أن يخبرك مقدمو الخدمات إذا كانوا غير مؤهلين للمشاركة في Medicare.

E. كيفية الحصول على الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS)

تتكون الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) من خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)، ومرافق التمريض (NF). يمكن الحصول على الخدمات في منزلك أو الجمعية أو المرفق. الأنواع المختلفة للخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل موضحة أدناه:

- **خدمات البالغين المجتمعية (CBAS):** عبارة عن برنامج الخدمة داخل المنشآت للمرضى الخارجيين، والذي يقدم الرعاية التمريضية الحاذقة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية وتدريب ودعم الأسرة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغير ذلك من الخدمات إذا كنت تفي بمعايير الأهلية السارية.
- **برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)** عبارة عن برنامج خاص بولاية كاليفورنيا، يقدم خدمات منزلية ومجتمعية (HCBS) للعملاء المسنين المقعدين المستحقين لتلقي رعاية تمريضية داخل منشأة ولكنهم يرغبون في البقاء وسط المجتمع.
 - يمكن أن يتأهل الأفراد المستحقون لبرنامج Medi-Cal البالغ عمرهم 65 عامًا فأكثر من ذوي الإعاقة لهذا البرنامج. يعد هذا البرنامج بديلاً للاحتجاز بمنشأة تمريضية.
 - قد تشمل خدمات كبار السن متعددة الأغراض على سبيل المثال لا الحصر على: رعاية نهائية للمسنين/ مركز دعم، مساعدة سكن مثل وسائل التكيف البدني والأجهزة المساعدة، ومساعدة رعاية شخصية وروتينية، ورقابة وقائية، وإدارة للرعاية، وغير ذلك من أنواع الخدمات.
- **مرفق التمريض (NF):** مرفق يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يمكنهم العيش في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى.

سوف يساعدك مدير الرعاية في فهم كل برنامج على حدة. لمعرفة المزيد حول أي من هذه البرامج، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan للتواصل مع أحد مديري الرعاية (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة).

F. كيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا المشمولة في Medicare وMedi-Cal. توفر لك خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الحصول على خدمات الصحة السلوكية المشمولة في Medicare. لا يتم توفير خدمات الصحة السلوكية المغطاة ضمن برنامج Medi-Cal من خلال خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، بيد أنه يمكن للأعضاء المستحقين لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الحصول عليها من خلال خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو).



F1. ما خدمات الصحة السلوكية الخاصة ببرنامج Medi-Cal المقدمة خارج نطاق خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan من خلال خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو)؟

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal عن طريق خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) في حال تلبيةك لمعايير الضرورة الطبية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal والمقدمة من قبل خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو) ما يلي:

• خدمات الصحة العقلية (التقييم والعلاج وإعادة التأهيل والتأمين ووضع الخطة)

• خدمات دعم الأدوية

• العلاج النهاري المكثف

• إعادة التأهيل النهارية

• التدخل وقت الأزمات

• استقرار الأزمات

• خدمات العلاج الداخلي للبالغين

• خدمات العلاج الداخلي عند الأزمات

• خدمات مرفق الصحة النفسية

• خدمات مستشفى المرضى الداخليين المتعلقة بالحالات النفسية

• إدارة الحالة المستهدفة

تقدم لك خدمات الأدوية لدى Medi-Cal من خلال خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو) في حال استيفائك لمعايير الضرورة الطبية لخدمات الأدوية لدى Medi-Cal. تتضمن خدمات الأدوية لدى Medi-Cal المقدمة من قبل خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو) ما يلي:

• خدمات علاج المرضى الخارجيين المكثفة

• خدمات العلاج الداخلي

• الخدمات المجانية لأدوية المرضى الخارجيين

• خدمات علاج الإدمان

• خدمات نالتريكسون للاعتماد على الأدوية الأفيونية

بالإضافة إلى خدمات الأدوية لدى Medi-Cal المذكورة أعلاه، قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات المرضى الداخليين الطوعية لإزالة السموم في حال استيفائك لمعايير الضرورة الطبية.



توافر خدمات الصحة السلوكية

لديك مجموعة كبيرة من الخدمات المتاحة لك. يمكنك الرجوع بنفسك إلى مقدم الخدمات المتعاقد معه أو أن تتم إحالتك من قبل مقدم الرعاية الأولية (PCP)، أو أحد أفراد الأسرة، أو غير ذلك. لا يوجد "مدخل خطأ" عند الوصول إلى الخدمات. يمكنك الاتصال بالجهات التالية للحصول على المساعدة اللازمة لتلقي الخدمات:

- خط أزمات المقاطعة وإحالاتها (County Crisis and Referral Line) (يُرجى الرجوع إلى الفصل 2، القسم (ك) الوارد في هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل).
- خدمات اضطراب تعاطي المواد - خدمات الصحة السلوكية بمقاطعة San Diego (سان دييغو) (يرجى الاتصال بالرقم 888-724-7240 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع).
- خط Behavioral Health Line في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (يُرجى الرجوع إلى الفصل 2، القسم (D) الوارد بهذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل).
- العناية بالمعلماء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة).

عملية تحديد الخدمات الطبية الضرورية

يتم تحديد الضرورة الطبية من قبل مقدم خدمات حاصل على ترخيص مناسب. تُستخدم معايير الضرورة الطبية من قبل كل من خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قبل خبراء الصحة السلوكية وجهات معنية أخرى، وهي تتفق مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan والمقاطعة

إذا كنت تتلقى خدمات من خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو من المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك إلى جهة أخرى بما يتوافق مع احتياجاتك كعضو. ويمكن لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan للمقاطعة إحالتك عن طريق الاتصال بالجهة التي تتم الإحالة إليها. سيتم كذلك ملء استمارة الإحالة من قبل مقدم الخدمات المحيل، وسيتم إرسالها إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.

عملية حل المشكلات

إذا نشأ خلاف ما بينك وبين المقاطعة أو خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، فستستمر في تلقي رعاية الصحة السلوكية اللازمة طبياً، بما في ذلك الأدوية الموصوفة، حتى تتم تسوية الخلاف. تتعاون خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مع المقاطعة في تطوير عمليات حل مشكلات مناسبة ولا تؤثر سلباً على الخدمات التي تحتاج إلى تلقيها. يمكنك أيضاً استخدام عملية الالتزامات في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو المقاطعة، اعتماداً على الجهة المتنازع معها.

G. كيفية الحصول على خدمات النقل

خدمات النقل الطبية عبارة عن خدمات الإسعاف الطارئ. تعد خدمات نقل الإسعاف الطارئ إلى أول مستشفى تقبل العضو بالفعل لتقديم الرعاية الطارئة له مغطاة فيما يتعلق بخدمات الطوارئ. وتشمل هذه الخدمات خدمات الإسعاف والنقل بسيارات الإسعاف المقدمة من خلال الاتصال بنظام الاستجابة للطوارئ على الرقم "911".

النقل الطبي لغير حالات الطوارئ (NEMT) يعد مشمولاً ضمن خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. تعد خدمات النقل الطبي لغير حالات الطوارئ (NEMT) مناسبة إذا تم توثيق عدم تناسب حالة العضو مع أي وسيلة أخرى من وسائل النقل (يمكن أن تشكل خطراً على صحة هذا الشخص)، وأنه يتعين من الناحية الطبية نقل العضو بواسطة سيارة إسعاف. يمكن توفير خدمات النقل من خلال سيارة إسعاف، أو سيارة المرضى المزودة بنقلات، أو خدمات النقل الطبي عن طريق سيارة



مجهزة بكرسي متحرك. يجب إجراء عملية نقل عضو من مستشفى إلى مستشفى أخرى أو مرفق آخر، أو من مرفق إلى المنزل عندما:

- تكون الحالة ضرورية من الناحية الطبية، و
- تتم بناءً على طلب مقدم خدمات بالخطة، و
- يتم التصريح بذلك من قبل خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

كما تقدم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خدمات النقل لغير الحالات الطبية (NMT) من عيادة طبيبك وإليها. تقدم خدمات النقل عبر سيارة أجرة، أو سيارة ركاب، أو أي وسائل أخرى. يجب أن يكون جميع الأعضاء ممن يحتاجون إلى خدمة النقل مستحقين للحصول على الخدمات خلال الشهر الخاص بطلب خدمة النقل. يتم تنظيم ترتيبات خدمات النقل الطبي لغير حالات الطوارئ وخدمات النقل لغير الحالات الطبية من قبل قسم العناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan للتواصل مع قسم النقل، أو الاتصال بهم مباشرة على الرقم 1-877-433-2178 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. كما يوصى بشدة بإجراء الترتيبات اللازمة للانتقال قبلها بما لا يقل عن أربع وعشرين (24) ساعة.

H. كيفية الحصول على الخدمات المغطاة إذا كانت لديك حالة طارئة طبيًا أو حاجة عاجلة للرعاية، أو عند حدوث كارثة

H1. الرعاية إذا كانت لديك حالة طارئة طبيًا

تعريف الحالة الطارئة الطبية

الحالة الطارئة طبيًا عبارة عن حالة طبية تتضمن أعراضًا مثل إصابة خطيرة أو ألم حاد. الحالة خطيرة للغاية، حال عدم تلقيها العناية الطبية على الفور، ويمكن لك أو لأي شخص حكيم على قدر معقول من الخبرة بالصحة والطب التوقع بأن تتسبب فيما يلي:

- خطر كبير على صحتك أو صحة الجنين؛ أو
- ضرر بالغ للوظائف الجسدية؛ أو
- خلل كبير في أي جزء أو عضو بالجسد؛ أو
- في حالة المرأة الحامل عندما تصل إلى مرحلة الولادة النشطة، عندما:
 - لا يوجد وقت كافٍ للنقل الآمن لك كعضوة إلى مستشفى أخرى قبل الولادة.
 - قد يمثل النقل إلى مستشفى أخرى تهديدًا لصحتك أو سلامتك كعضوة أو لجنينك.

ماذا تفعل إذا كانت لديك حالة طبية طارئة

إذا كنت تعاني من إحدى الحالات الطارئة طبيًا:

- **احصل على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل على 911 أو انتقل إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل للحصول على سيارة إسعاف إذا كنت بحاجة إليها. لست بحاجة للحصول على موافقة أو إحالة أولاً من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.
- **تأكد بأسرع ما يمكن أنك أخبرت خطتنا بحالتك الطارئة.** نحتاج إلى متابعة رعايتك أثناء مرورك بهذه الحالة الطارئة. يجب عليك أنت أو أي شخص آخر الاتصال لإعلامنا برعايتك الطبية الطارئة، عادة في غضون 48



ساعة. ومع ذلك، لن تكون ملزمًا بسداد مبلغ خدمات الطوارئ بسبب تأخير إشعارنا بها. اتصل بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. يوجد رقم هاتف العناية بالعملاء الخاص بنا على بطاقة هوية عضويتك.

الخدمات المغطاة في حالة طارئة طبية

قد تحصل على تغطية رعاية الطوارئ وقتما تحتاج إليها، وفي أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها. إذا كنت بحاجة إلى إسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، فستقوم خطتنا بتغطية ذلك. لمعرفة المزيد، انظر "مخطط المزايا" الوارد في الفصل 4 القسم (D).

في 2021، تُقدم Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لأعضائنا التغطية الطبية الطارئة متى احتجت إليها في أي مكان في العالم. وسنغطي ما يصل إلى \$25,000 في التكاليف الطارئة. لمعرفة المزيد، انظر "مخطط المزايا" الوارد في الفصل 4، القسم (D).

بعد انتهاء الطوارئ، قد تحتاج إلى رعاية متابعة للتأكد من تحسن حالتك. سنغطي رعاية المتابعة الخاصة بك. في حال حصولك على رعاية الطوارئ من مقدمي خدمات من خارج الشبكة، سنحاول الوصول إلى مقدمي خدمات تابعين للشبكة لتولي رعايتك في أسرع وقت ممكن.

الحصول على الرعاية الطارئة إذا لم تكن طارئة

قد يكون من الصعب أحيانًا عليك معرفة إذا ما كانت الحالة التي لديك هي حالة طوارئ طبية أو متعلقة بالصحة السلوكية. ربما تذهب إلى رعاية الطوارئ ويقول الطبيب لك أنها ليست حالة طوارئ بالفعل. في حال اعتقدت بشكل معقول أن صحتك كانت في خطر كبير، سنقوم بتغطية رعايتك.

ولكن بعد أن يقول الطبيب إن الحالة لم تكن حالة طارئة، سنقوم بتغطية رعايتك الإضافية فقط في الحالات التالية:

- الذهاب إلى مقدم خدمات تابع للشبكة، أو
- تعتبر الرعاية الإضافية التي تلقيتها "رعاية ضرورية" ويجب عليك اتباع القواعد للحصول على هذه الرعاية. (انظر القسم التالي.)

H2. الرعاية الضرورية العاجلة

تعريف الرعاية الضرورية العاجلة

الرعاية الضرورية العاجلة عبارة عن رعاية تحصل عليها لأجل مرض مفاجئ أو إصابة أو حالة ليست طارئة، ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، إذا ساءت حالتك الصحية واحتجت لعلاجها.

الرعاية الضرورية العاجلة عندما تكون في منطقة خدمة الخطأ

في معظم الحالات، سنقوم بتغطية الرعاية العاجلة فقط في الحالات التالية:

- حصولك على هذه الرعاية من مقدم خدمة تابع للشبكة، و
- اتباعك للقواعد الأخرى الواردة في هذا الفصل.

ومع ذلك، إن لم تتمكن من الوصول إلى مقدم الخدمات التابع للشبكة، فنقوم بتغطية الرعاية الضرورية العاجلة التي حصلت عليها من مقدم خدمات خارج الشبكة.



للوصول إلى الخدمات العاجلة بعد ساعات العمل، يحق لك:

الاتصال بخط Nurse Advice line التابع لخطة Blue Shield of California Promise Health Plan على الرقم (800) 609-4166 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. يمكن للممرضة توجيهك إلى مركز رعاية عاجلة في شبكة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

الرعاية الضرورية العاجلة عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة

عندما تكون خارج منطقة خدمات الخطة، فقد لا تكون لديك القدرة للحصول على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة. في هذه الحالة، ستغطي خطتنا الرعاية الضرورية العاجلة التي حصلت عليها من أي مقدم خدمات.

تُقدم Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لأعضائنا التغطية الطبية الضرورية العاجلة متى احتجت إليها في أي مكان في العالم. وسنغطي ما يصل إلى \$25,000 في التكاليف الضرورية العاجلة. لمعرفة المزيد، انظر "مخطط المزايا" الوارد في الفصل 4، القسم (D).

H3. الرعاية في حالة حدوث كارثة

في حالة إعلان حاكم ولايتك أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة أو رئيس الولايات المتحدة عن حالة كوارث أو طوارئ في منطقتك الجغرافية، فإنه لا يزال يحق لك الحصول على رعاية من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني التالي للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية الضرورية أثناء أي كارثة: www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect.

أثناء حدوث الكارثة المعلن عنها، ولم يكن بإمكانك الاستعانة بمقدم خدمات تابع للشبكة، سنتيح لك الحصول على الرعاية المطلوبة من مقدمي خدمات خارج الشبكة دون تكلفة عليك. إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمة من الصيدليات التي تقع ضمن الشبكة وقت الكارثة المعلن عنها، يمكنك صرف الأدوية الموجودة بالوصفة الطبية من صيدلية تقع خارج الشبكة. يُرجى مراجعة الفصل 5 للحصول على مزيد من المعلومات.

1. ما الذي يجب فعله في حال محاسبتك على الخدمات المغطاة من خلال خطتنا بشكل مباشر

في حال إرسال مقدم الخدمات فاتورة لك بدلاً من إرسالها لمسؤول الخطة، يجب عليك أن تطلب منا دفع حصتنا من الفاتورة.

يحظر عليك دفع الفاتورة بنفسك. وفي حال قيامك بذلك، قد لا تتمكن الخطة من رد المبلغ لك.

إذا دفعت أكثر من حصتك مقابل خدماتك المغطاة أو في حال حصولك على فاتورة بها التكلفة الكاملة للخدمات الطبية المغطاة، انظر الفصل 7 القسمين (A) و (B) لمعرفة ما يجب عليك القيام به.

1.1 ما الذي يجب عليك فعله إذا لم تكن الخدمات مغطاة من قبل خطتنا

تغطي Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan جميع الخدمات:

- المقررة بأنها ضرورية من الناحية الطبية، و
- المدرجة في مخطط مزايا الخطة (انظر الفصل 4 القسم (D))، و
- التي حصلت عليها باتباع قواعد الخطة.



في حال حصولك على خدمات غير مغطاة من قبل خطتنا، يتعين عليك دفع التكلفة بأكملها بنفسك.

إذا أردت معرفة إذا ما كنا سندفع مقابل أي خدمة طبية أو رعاية، فيحق لك مطالبتنا. ويحق لك أيضًا مطالبتنا بذلك كتابيًا. إذا قلنا إننا لن ندفع مقابل الخدمات المقدمة لك، فلديك الحق بتقديم التماس على قرارنا.

يوضح الفصل 9 الأقسام (D) و (E) و (F) و (Z) ما يجب عليك فعله في حال أردت منّا تغطية خدمة أو بند طبي. كما يوضح لك أيضًا كيفية تقديم التماس لقرار التغطية الخاص بنا. يمكنك أيضًا الاتصال بالعناية بالعملاء لمعرفة المزيد بشأن حقوق الائتماس الخاصة بك.

سندفع لك مقابل بعض الخدمات إلى حد معين. إذا تخطيت الحد، فيجب عليك دفع التكلفة بأكملها للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمات. اتصل بالعناية بالعملاء لمعرفة الحدود ومدى اقترابك من الوصول إليها.

ل. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون في دراسة بحثية سريرية

ل1. تعريف الدراسة البحثية السريرية

الدراسة البحثية السريرية (التي يطلق عليها أيضًا تجربة سريرية) هي طريقة يقوم الأطباء من خلالها باختبار أنواع جديدة من الأدوية أو الرعاية الصحية. إنهم يطلبون متطوعين لمساعدتهم في الدراسة. هذا النوع من الدراسة يساعد الأطباء في تحديد النوع الجديد من الرعاية الصحية أو الدواء الذي يتسم بالفاعلية والأمان.

بمجرد اعتماد Medicare لدراسة أردت أن تكون جزءًا منها، سيتصل بك شخص يعمل بالدراسة. وسيخبرك هذا الشخص بشأن الدراسة ويطلعك بما إذا كنت مستحقًا لتكون جزءًا منها. يمكن أن تكون جزءًا من الدراسة طالما تستوفي الشروط المطلوبة. يجب عليك أيضًا فهم وقبول ما يجب عليك فعله فيما يخص الدراسة.

وأثناء وجودك في الدراسة، قد تظل مسجلًا في خطتنا. بهذه الطريقة ستواصل الحصول على الرعاية من خطتنا غير المرتبطة بالدراسة.

إذا أردت المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فليست بحاجة للحصول على اعتماد منا أو من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. لا يحتاج مقدمو الخدمات الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة أن يكونوا جزءًا من مقدمي الخدمات داخل الشبكة.

يجب أن نخبرنا قبل بدء المشاركة في دراسة بحثية سريرية.

إذا خططت أن تكون جزءًا من دراسة بحثية سريرية، فيجب عليك أنت أو مدير الرعاية الخاص بك الاتصال بالعناية بالعملاء لإعلامنا بمشاركتك في تجربة سريرية.

ل2. الدفع للخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت لإجراء دراسة بحثية سريرية توافق عليها Medicare، فلن تكون ملزمًا بدفع مقابل الخدمات المغطاة بموجب الدراسة، وستسدد Medicare مقابل الخدمات المغطاة بموجب الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المتعلقة بالرعاية. بمجرد التحاقك بدراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، ستتم تغطيتك فيما يتعلق بمعظم البنود والخدمات التي حصلت عليها كجزء من الدراسة. ويشتمل ذلك على:

- الإقامة في المستشفى والوجبات يغطيها برنامج Medicare حتى إن لم تكن جزءًا من الدراسة.

- عملية جراحية أو إجراء طبي آخر يعتبر جزءًا من الدراسة البحثية.

- علاج أي أعراض جانبية ومضاعفات للرعاية الجديدة.



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

J3. معرفة المزيد حول الدراسات البحثية السريرية

يمكنك التعرف على المزيد بشأن الالتحاق بدراسة بحثية سريرية من خلال قراءة "برنامج Medicare والدراسات البحثية السريرية" على موقع Medicare الإلكتروني التالي (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

K. كيف تتم تغطية خدمات رعايتك الصحية عندما تحصل على الرعاية في إحدى مؤسسات الرعاية الصحية غير الطبية الدينية

K1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية عبارة عن مكان يقدم رعاية يمكنك الحصول عليها بشكل طبيعي في أي مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية متخصصة. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية حاذقة مخالفًا لمعتقداتك الدينية، فسنعطي الرعاية في مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية.

يمكنك اختيار الحصول على الرعاية الصحية في أي وقت ولأي سبب. هذه الميزة هي لخدمات المرضى الداخليين في الجزء (A) ببرنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية). وسيقوم برنامج Medicare فقط بالدفع مقابل خدمات الرعاية الصحية غير الطبية المقدمة من جانب المؤسسات الدينية للرعاية الصحية غير الطبية.

K2. الحصول على الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية

للحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية غير طبية دينية، يتعين عليك توقيع وثيقة قانونية تنص على أنك ضد الحصول على العلاج الطبي "غير المستثنى".

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

لن يتم تغطيتك من خلال خطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية الشروط التالية:

- يجب اعتماد المرفق الذي يقدم الرعاية من جانب Medicare.
- تقتصر تغطية خدمات خطتنا على أوجه الرعاية غير الدينية.
- في حال حصولك على خدمات من هذه المؤسسة تم تقديمها لك في المرفق، ينطبق ما يلي:
 - يجب أن تكون لديك حالة طبية تتيح لك الحصول على خدمات مغطاة فيما يتعلق برعاية المستشفى للمريض الداخلي أو رعاية مرفق الرعاية الترميضية الحاذقة.
 - يتعين عليك الحصول على موافقة من جانبنا قبل دخولك إلى المرفق أو لن تتم تغطية إقامتك.



لا يوجد حد لعدد الأيام التي تغطيها الخطة لكل إقامة في المستشفى. لمعرفة المزيد، يُرجى الرجوع إلى "مخطط المزايا" الوارد في الفصل 4، القسم (D).

L. المعدات الطبية المعمرة (DME)

L1. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا

تشير المعدات الطبية المعمرة إلى معدات معينة طلبها مقدم الخدمات بغرض استخدامها في منزلك. من أمثلة هذه المعدات الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المرااتب التي يتم توصيلها بالطاقة والمستلزمات المتعلقة بداء السكري وأسرّة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل ومضخات التسريب الوريدي والأجهزة المساعدة على الكلام وجهاز الأكسجين والمستلزمات والردادات والمشايات.

ستمتلك دائمًا عناصر معينة مثل الأطراف الصناعية.

في هذا القسم، نناقش معدات طبية معمرة (DME) يتعين عليك استئجارها. وكعضو في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، لن تمتلك عادة المعدات الطبية المعمرة بغض النظر عن مدى الفترة التي استأجرتها خلالها.

في مواقف معينة، قد تنقل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ملكية المعدات الطبية المعمرة إليك اعتمادًا على ما إذا كنت تلبي واحدة من المعايير التالية أو جميعها:

- لديك حاجة طبية مستمرة للعناصر التي تكلف أقل من \$150 و/أو مضخات التسريب/المضخات غير المعوية، اعتماد الطبيب أو
- إذا كان الجهاز أو المعدة مصممة لتكون مناسبة لك.

في حالات معينة، سنقوم بنقل ملكية عناصر معدات طبية معمرة لك. اتصل بالعناية بالمعلاء لمعرفة المتطلبات التي يتعين عليك استيفائها والأوراق التي يجب عليك تقديمها.

L2. ملكية المعدات الطبية المعمرة عندما تقوم بالتبديل إلى Original Medicare أو Medicare Advantage

في برنامج Original Medicare، يمتلك الأشخاص أنواعًا معينة من المعدات الطبية المعمرة بعد 13 شهرًا من استئجارها. في خطة Medicare Advantage، يمكن للخطة تحديد عدد الأشهر التي يتعين على الأشخاص خلالها تأجير أنواع معينة من المعدات الطبية المعمرة قبل امتلاكها.

ملاحظة: يمكنك إيجاد تعريفات خطط Original Medicare و Medicare Advantage Plans في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات حولها في كتيب Medicare وأنت لعام 2021. إذا لم تكن بحوزتك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare على (www.medicare.gov) أو من خلال الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

سيُتبعين عليك سداد 13 دفعة على التوالي بموجب Original Medicare أو سيتعين عليك سداد عدد الدفعات على التوالي المحدد من قبل خطة Medicare Advantage لامتلاك العنصر التابع للمعدات الطبية المعمرة في حالة:

- لم تصبح مالكًا للمعدات الطبية المعمرة أثناء عضويتك في خطتنا، و
- تركت خطتنا وبدأت بالحصول على مزايا Medicare خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.



إذا قمت بسداد الدفعات للعنصر التابع للمعدات الطبية المعمرة بموجب Original Medicare أو خطة Medicare Advantage قبل انضمامك إلى خطتنا، فلا يتم حساب دفعات Original Medicare أو Medicare Advantage هذه ضمن عدد الدفعات التي تحتاج إليها بعد ترك خطتنا.

- سيتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة على التوالي بموجب Original Medicare أو عدد الدفعات الجديدة على التوالي المحدد من قبل خطة Medicare Advantage لامتلاك العنصر التابع للمعدات الطبية المعمرة.
- ليست هناك أي استثناءات لهذه الحالة عند عودتك إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.

L3. مزايا جهاز الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على جهاز الأكسجين المشمول للتغطية بواسطة Medicare وكنت عضوًا في خطتنا، فإننا سنغطي ما يلي:

- إيجار جهاز الأكسجين
- توفير الأكسجين ومحتوياته
- الأنابيب والملحقات ذات الصلة لتوفير الأكسجين ومحتوياته
- صيانة وإصلاح جهاز الأكسجين

يتعين إرجاع جهاز الأكسجين إلى المالك عندما لا تكون ضرورية من الناحية الطبية بالنسبة لك أو إذا تركت خطتنا.

L4. جهاز الأكسجين عندما تقوم بالتبديل إلى Original Medicare أو Medicare Advantage

عندما يكون جهاز الأكسجين ضروريًا من الناحية الطبية ولكنك تركت خطتنا وانتقلت إلى Original Medicare، فإنه يمكنك استئجارها من المورد لمدة 36 شهرًا. وتغطي مدفوعات الإيجار الشهرية الخاصة بك جهاز الأكسجين والمستلزمات والخدمات المدرجة أعلاه.

إذا كان جهاز الأكسجين ضروريًا من الناحية الطبية بعد استئجاره لمدة 36 شهرًا:

- يتعين على المورد توفير جهاز الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا آخرين.
- يتعين على المورد توفير جهاز الأكسجين والمستلزمات لفترة تصل إلى 5 سنوات إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية.
- إذا كان جهاز الأكسجين ما زال ضروريًا من الناحية الطبية في نهاية فترة الخمس سنوات:
- لا يكون المورد مطالبًا بتوفيره، ويمكنك اختيار الحصول على جهاز بديل من أي مورد.
- تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
- ستقوم بالاستئجار من مورد لمدة 36 شهرًا.
- يتعين على المورد حينها توفير جهاز الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا آخرين.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما كان جهاز الأكسجين ضروريًا من الناحية الطبية.



عندما يكون جهاز الأكسجين ضروريًا من الناحية الطبية ولكنك تركت خطتنا وانتقلت إلى خطة Medicare Advantage plan، فإن الخطة ستغطي ما تغطيه Original Medicare على الأقل. يمكنك سؤال خطة Medicare Advantage plan الخاصة بك عن جهاز الأكسجين والمستلزمات التي تغطيها وعن تكاليفك المنتظرة.



الفصل 4: مخطط المزايا

مقدمة

يخبرك هذا الفصل بالخدمات التي تغطيها Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan وأي قيود أو حدود على هذه الخدمات ومقدار ما تدفعه لكل خدمة. ويخبرك أيضًا بالمزايا غير المغطاة بموجب خطتنا. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

56	A. خدماتك المغطاة وتكاليفك الثرية.....
56	B. قواعد ضد مقدمي الخدمات الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات.....
56	C. مخطط المزايا بخطتنا.....
58	D. مخطط المزايا.....
101	E. المزايا المغطاة خارج Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.....
101	E1. برنامج California Community Transitions (CCT).....
101	E2. Medi-Cal Dental Program.....
102	E3. رعاية المحتضرين.....
103	F. المزايا غير المغطاة من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو Medicare أو Medi-Cal.....



A. خدماتك المغطاة وتكاليفك النثرية

يطلعك هذا الفصل على الخدمات التي تدفع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مقابلها. كما يبلغك أيضًا بالمبلغ الذي يجب أن تدفعه مقابل كل خدمة من الخدمات. يمكنك أيضًا التعرف على الخدمات غير المغطاة. المعلومات حول مزايا الأدوية الواردة في الفصل 5 الأقسام (B) و (C) و (D). كما يوضح هذا الفصل القيود المفروضة على بعض الخدمات.

ستتم محاسبتك بالنسبة لبعض الخدمات بتكلفة نثرية تسمى المشاركة في السداد. وهي عبارة عن مبلغ ثابت (على سبيل المثال، \$5) تدفعه في كل مرة تحصل فيها على هذه الخدمة. عليك دفع مبلغ "المشاركة في السداد" في وقت الحصول على الخدمة الطبية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في فهم ما الخدمات التي تتم تغطيتها، فاتصل بمدير الرعاية الخاص بك و/أو بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

B. قواعد ضد مقدمي الخدمات الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات

لا نسمح لمقدمي خدمات خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بمحاسبتك على الخدمات المغطاة. ندفع لمقدمي الخدمات مباشرة، ونحميك من أي رسوم. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لمقدم الخدمات أقل من التكاليف التي يتقاضاها مقابل خدمة ما.

يجب ألا تتلقى فاتورة من أي مقدم خدمات نظير خدمة مغطاة. إذا حدث ذلك معك، فانظر الفصل 7 القسم (A) أو اتصل بالعناية بالعملاء.

C. مخطط المزايا بخططنا

يخبرك مخطط المزايا بالخدمات التي تدفع الخطة مقابلها. يبين هذا المخطط فئات الخدمات مرتبةً أبجديًا ويوضح الخدمات المغطاة.

سوف ندفع مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط عند استيفاء القواعد التالية.

- يجب أن يتم تقديم الخدمات المغطاة من قبل Medicare و Medi-Cal وفقًا للقواعد المحددة من Medicare و Medi-Cal.
- يتعين أن تكون الخدمات (تشمل الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المواد والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، فضلًا عن المستلزمات والمعدات والأدوية) ضرورية طبيًا. ويُقصد بكلمة ضرورية من الناحية الطبية أنك بحاجة إلى الخدمات للحيلولة دون حدوث حالة طبية أو تشخيصها أو معالجتها أو الحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويشمل هذا الرعاية التي تحول دون دخولك إلى المستشفى أو دار التمريض. كما تعني الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تقي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية. وتكون الخدمة ضرورية من الناحية الطبية عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الأرواح، لمنع الإصابة بمرض خطير أو إعاقة كبيرة أو لتخفيف ألم حاد.
- أنت تحصل على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة. يقصد بمقدم الخدمات التابع للشبكة مقدم الخدمات الذي يعمل بالتعاون معنا. في أغلب الحالات، لن ندفع مقابل الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمات خارج الشبكة. يحتوي الفصل 3، القسم (D)، على مزيد من المعلومات حول استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة وغير التابعين لها.
- لديك مقدم للرعاية الأولية (PCP) أو فريق رعاية يقدم ويدير رعايتك. في أغلب الحالات، يجب أن يعطيك طبيب الرعاية الأولية موافقة قبل أن تتمكن من رؤية مقدم خدمات غير طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو استخدام مقدمي خدمات آخرين في شبكة الخطة. ويسمى ذلك إحالة. يحتوي الفصل 3، القسم (D) على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة، ويوضح متى لا تكون في حاجة إلى إحالة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



- يجب أن تتلقى الرعاية اللازمة من مقدمي الخدمات التابعين للمجموعة الطبية لطبيب الرعاية الأولية الخاص بك. انظر الفصل 3 القسم (D) للحصول على مزيد من المعلومات.
- بعض الخدمات الواردة في مخطط المزايا مغطاة فقط في حالة حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على موافقة منّا أولاً. ويطلق على ذلك التصريح المسبق. الخدمات المغطاة التي تحتاج للتصريح المسبق أولاً يرمز إليها في مخطط المزايا بخط مائل.
- جميع الخدمات الوقائية مجانية. سترى هذه التفاحة 🍏 بجانب الخدمات الوقائية في مخطط المزايا.
- قد تتوفر الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (CPO) بموجب خطة الرعاية المخصصة. توفر لك هذه الخدمات مساعدة أكبر في المنزل، مثل الوجبات أو المساعدة لك أو لمقدم الرعاية أو مقابض الاستحمام والمنحدرات. ويمكن لهذه الخدمات مساعدتك في العيش بصورة مستقلة أكبر ولكنها لا تحل محل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) التي يسمح لك تلقئها بموجب برنامج Medi-Cal. تشمل أمثلة خدمات CPO التي قدمتها Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan في السابق على: Partners in Care Foundation لإدارة الحالات وإجراء التقييمات والخدمات المنزلية والمجتمعية و LifeSpring لوجبات التوصيل إلى المنازل. إذا احتجت إلى مساعدة أو كنت ترغب في معرفة كيف يمكن لخدمات CPO مساعدتك، فتواصل مع مدير الرعاية الخاص بك.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>فحص أنورزم الأورطي البطني </p> <p>سوف ندفع مقابل الفحص مرة واحدة بالموجات فوق الصوتية للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي الخطة هذا الفحص فقط إذا كنت تعاني من عوامل خطر معينة وحصلت على إحالة بشأنها من قبل الطبيب أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو أخصائية التمريض السريري.</p>
0\$	<p>الوخز الإبري للألم المزمن أسفل الظهر</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة على ما يلي:</p> <p>تتم تغطية ما يصل إلى 12 زيارة خلال 90 يومًا للمستفيدين من Medicare في ظل الظروف التالية:</p> <p>لغرض هذه الميزة، يتم تعريف الألم المزمن أسفل الظهر بأنه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أطول؛ • غير محدد، بمعنى عدم وجود سبب جهازي يمكن تحديده (أي، غير مرتبط بمرض نقلي أو التهابي أو معدٍ أو ما إلى ذلك)؛ و • غير مرتبط بجراحة؛ و • غير مرتبط بالحمل. <p>سنتم تغطية ثماني جلسات إضافية لهؤلاء المرضى الذين يُظهرون تحسُّنًا. لا يمكن إعطاء أكثر من 20 من علاجات الوخز الإبري سنويًا.</p> <p>يتعين إيقاف العلاج إذا كان المريض لا يتحسن أو تتراجع حالته.</p> <p>يتم توفير المزايا من خلال عقد مبرم مع American Specialty Health Plans of California, Inc (ASH Plans). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في ASH Plans، يمكنك التواصل مع ASH Plans على الرقم <800> 678-9133، [الهاتف النصي: 710-2746 (877)]، من الاثنين إلى الجمعة، من 5 صباحًا حتى 6 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بالعبارة بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect أو استخدام خيار البحث عن طبيب على www.blueshieldca.com لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في ASH Plans.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>الوخز الإبري</p> <p>نلتزم بسداد تكلفة خدمتين بحد أقصى للوخز بالإبر للمرضى الخارجيين في أي شهر تقويمي واحد، أو غالبًا إذا كان ذلك ضروريًا طبيًا.</p> <p>يتم توفير المزايا من خلال عقد مبرم مع American Specialty Health Plans of California, Inc (ASH Plans). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في ASH Plans، يمكنك التواصل مع ASH Plans على الرقم <800> 678-9133، [الهاتف النصي: <877> 710-2746]، من الاثنين إلى الجمعة، من 5 صباحًا حتى 6 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بالعبارة بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect أو استخدام خيار البحث عن طبيب على blueshieldca.com لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في ASH Plans.</p>	
0\$	<p>خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) الإضافية</p> <p>توفر Teladoc استشارات الأطباء عبر الهاتف أو الفيديو 365/7/24. يمكن لأطباء Teladoc تشخيص وعلاج الحالات الطبية الأساسية ويمكنهم أيضًا وصف دواء معين. Teladoc هي خدمة تكميلية غير مخصصة لتحل محل الرعاية التي يقدمها طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. يرجى تسجيل الدخول إلى blueshieldca.com/teladoc أو إلى تطبيق Blue Shield of California لطلب زيارة. إذا كانت لديك أسئلة، يمكنك التواصل مع Teladoc عبر الهاتف على الرقم 1-800-Teladoc (1-800-835-2363) [الهاتف النصي: 711]، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع، ولمدة 365 يومًا في السنة.</p>	
0\$	<p>فحص إساءة استخدام الكحول وتقديم الاستشارات</p> <p>سوف ندفع مقابل فحص واحد لإساءة استخدام الكحول (SBIRT) للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول لكن ليسوا مدمنين له. ويشتمل ذلك على الحوامل.</p> <p>إذا تم تشخيصك حالتك بإساءة استخدام الكحول، يمكنك الحصول على أربع جلسات استشارة وجهًا لوجه كل عام (إذا كنت قادرًا ومنتبهًا أثناء الاستشارات) مع مقدم رعاية أولية مؤهل أو ممارس في مكان رعاية أولية.</p> <p>وعادة ما يشتمل التدخل الوجيز (التدخلات الوجيزة) على جلسة إلى 3 جلسات، مدة كل منها 15 دقيقة، وتتم وجهًا لوجه، أو عن طريق الهاتف، أو عن طريق أساليب الرعاية الصحية عن بُعد.</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>تشمل خدمات الإسعاف المغطاة خدمات الإسعاف البري والطائر عبر الطائرات العادية أو المروحية. سوف تأخذك الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنه أن يقدم لك الرعاية.</p> <p>يتعين أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي بحيث يمكن لطرق الوصول لمكان الرعاية الأخرى أن تهدد صحتك أو حياتك. يجب أن تتم الموافقة على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى من جانبنا.</p> <p>في الحالات التي لا تعد طارئة، يمكننا أن ندفع مقابل الإسعاف. يتعين أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي بحيث يمكن لطرق الوصول لمكان الرعاية الأخرى أن تهدد حياتك أو صحتك.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>الفحص الجسدي السنوي</p> <p>تتمتع بالتغطية لفحص جسدي روتيني واحد كل 12 شهرًا إضافة إلى زيارة العافية السنوية الخاصة بك. تشتمل هذه الزيارة على مراجعة شاملة لتاريخك الطبي والأسري، وتقييم من الرأس إلى أخمص القدمين وخدمات أخرى، والإحالات والتوصيات التي قد تكون مناسبة.</p> <p>لا تتم تغطية أي إجراءات تشخيصية أو معملية أو أنواع أخرى من الخدمات المطلوبة بموجب هذه الميزة، وتسد مبلغ تقاسم التكلفة الخاص بخطتك لكل من هذه الخدمات بصورة منفصلة.</p>
0\$	<p>زيارة العافية السنوية </p> <p>يمكنك الحصول على فحص سنوي. وذلك لتقديم أو تحديث خطة الوقاية بناءً على عوامل الخطر الحالية الخاصة بك. سوف ندفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p>
0\$	<p>قياس كتلة العظم </p> <p>سوف ندفع مقابل إجراءات محددة للأعضاء المستحقين (عادة، الشخص المعرض لفقدان كتلة العظام أو تخلخل العظام). تحدد هذه الإجراءات كتلة العظام أو هشاشتها أو تعمل على اكتشاف جودتها.</p> <p>سوف ندفع مقابل هذه الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا أو أكثر إذا كانت ضرورية طبيًا. وسندفع أيضًا مقابل زيارة طبيب للنظر في النتائج والتعليق عليها.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>فحص سرطان الثدي (صور الثدي الشعاعية)</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صورة ثدي شعاعية أساسية للأعمار ما بين 35 و39 عامًا • صورة ثدي شعاعية واحدة كل 12 شهرًا للنساء من عمر 40 عامًا فأكثر • فحوصات الثدي السريرية مرة واحدة كل 24 شهرًا 	
0\$	<p>خدمات إعادة التأهيل القلبية</p> <p>سوف ندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل القلبية مثل التدريب والتنقيف وتقديم الاستشارات. يتعين على الأعضاء استيفاء شروط معينة فيما يتعلق بإحالة الطبيب. سوف نغطي برامج إعادة التأهيل القلبية المكثفة، التي تعد أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبية.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	
0\$	<p>زيارة خفض معدل الإصابة بالأمراض القلبية (القلب) الوعائية (علاج مرض القلب)</p> <p>ندفع مقابل زيارة واحدة في السنة أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية لمقدم الرعاية الأولية للمساعدة في خفض خطر مرض القلب. خلال هذه الزيارة، يمكن لطبيبك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مناقشة استخدام الأسبرين، • فحص ضغط الدم، و/أو • تقديم النصائح لك للتأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا. 	
0\$	<p>فحص المرض القلبي الوعائي (القلب)</p> <p>ندفع مقابل اختبارات الدم للتحقق من مرض القلب الوعائي مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). تعمل اختبارات الدم هذه أيضًا على فحص العيوب نظرًا لارتفاع معدل خطورة مرض القلب.</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>فحص السرطان العنقي والمهبلي</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● لجميع النساء: تجرى فحوصات باب وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا ● بالنسبة للنساء الأكثر عرضة لسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: اختبار باب واحد كل 12 شهرًا ● بالنسبة للنساء اللاتي أجري اختبار باب الاستثنائي خلال آخر 3 سنوات وفي سن الإنجاب: اختبار باب واحد كل 12 شهرًا ● للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن من 30 إلى 65 عامًا: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو باب إضافة إلى اختبار HPV مرة كل 5 أعوام 	
0\$	<p>خدمات تقويم العمود الفقري</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تقويم العمود الفقري لتصحيح الارتصاف 	
0\$	<p>فحص سرطان القولون والمستقيم</p> <p>بالنسبة للأشخاص البالغين من العمر 50 عامًا وأكبر، سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تنظير سيني مرن (أو حقنة باريوم شرجية تشخيصية) كل 48 شهرًا ● تحليل دم خفي في البراز، كل 12 شهرًا ● اختبار الدم الخفي في البراز أو الاختبار الكيميائي المناعي للبراز القائم على الغايك، كل 12 شهرًا ● الفحص القولوني المستقيمي من خلال فحص DNA كل 3 أعوام ● تنظير قولوني كل عشر سنوات (ولكن ليس خلال الـ 48 شهرًا التالية للتنظير السيني التشخيصي) ● تنظير قولوني (أو حقنة باريوم شرجية تشخيصية) للأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، كل 24 شهرًا. <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)</p> <p>يعد برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) برنامج خدمات للمرضى الخارجيين داخل مرفق يحضر إليه الأفراد وفقًا لجدول زمني معين. وهو برنامج يقدم رعاية تربية حاذقة وخدمات اجتماعية وعلاجات (بما في ذلك العلاج المهني والطبيعي والتخاطب) والرعاية الشخصية وتدريب ودعم الأسرة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغير ذلك من الخدمات. سوف نقوم بالدفع لصالح CBAS في حالة استيفائك للمعايير.</p> <p>ملاحظة: إذا لم يكن مرفق خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) متوفرًا، يمكننا تقديم هذه الخدمات بشكل منفصل.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>الحصول على الاستشارات للإقلاع عن التدخين أو إيقاف استخدام التبغ </p> <p>إذا كنت تستخدم التبغ، ولا تظهر عليك أي علامات أو أعراض لأمراض تتعلق بالتبغ، وترغب أو تحتاج إلى الإقلاع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فسوف ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين خلال فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. وتقدم هذه الخدمة لك مجانًا. تشمل كل محاولة إقلاع أربع زيارات استشارية وجهاً لوجه. <p>إذا كنت تتعاطى التبغ وأصبحت بأحد الأمراض المتعلقة بالتبغ، أو كنت تتناول دواءً قد يتأثر بالتبغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سوف ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين خلال فترة 12 شهرًا. تشمل كل محاولة استشارة أربع زيارات وجهاً لوجه. <p>إذا كنت حاملاً، يمكنك تلقي استشارات غير محدودة للإقلاع عن تعاطي التبغ من خلال تصريح مسبق.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات الأسنان</p> <p>تُتاح خدمات أسنان معينة بما في ذلك التنظيف والحشو والأطقم من خلال برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental Program. انظر القسم (F) لمزيد من المعلومات حول هذه الميزة.</p> <p>سيغطي Denti-Cal ما يصل إلى \$1,800 في الخدمات كل عام تقويمي. يمكنك الرجوع إلى موقع Denti-Cal على الويب وكتيب المستفيدين بخدمات California Medi-Cal Dental لمزيد من المعلومات على www.denti-cal.ca.gov.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات.</p> <p>يجب التحديث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>فحص الاكتئاب </p> <p>سوف ندفع مقابل فحص اكتئاب واحد كل عام. يجب أن يتم إجراء الفحص في مكان للرعاية الأولية الذي يمكنه أن يقدم علاج المتابعة والإحالات.</p>
0\$	<p>فحص مرض السكري </p> <p>سوف ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات مستوى الجلوكوز في حالة الصيام) إذا كان لديك أي عامل من عوامل الخطر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم المرتفع) • تاريخ معدلات الكوليسترول وثلاثي غليسريد غير طبيعية (اضطراب شحومات الدم) • السمنة • تاريخ ارتفاع مستوى السكر في الدم (الجلوكوز) <p>يمكن تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثل المرور بحالة زيادة الوزن ووجود تاريخ مرضي بمرض السكري في العائلة.</p> <p>بناءً على نتائج الاختبار، يمكنك التأهل للحصول على ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات</p> <p>سوف ندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأفراد الذين يعانون من مرضى السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● مستلزمات مراقبة جلوكوز الدم، بما في ذلك ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> ○ مراقبة الجلوكوز بالدم ○ شرائط اختبار نسبة الجلوكوز بالدم ○ أجهزة الوخز وإبر الوخز ○ حلول التحكم في نسبة الجلوكوز للتأكد من دقة أشرطة الاختبار وأجهزة المراقبة ○ بالنسبة لأشرطة الاختبار وأجهزة قياس سكر الدم، تعد الشركة المصنعة المفضلة هي Abbott. لن تتطلب أجهزة قياس سكر الدم وأشرطة اختبار FreeStyle® (المصنوعة بواسطة Abbott) من طبيبك الحصول على موافقة مقدّمًا (تُعرف أحيانًا باسم "التصريح المسبق") من الخطة. تتطلب أجهزة قياس سكر الدم وأشرطة الاختبار من الشركات المصنعة الأخرى من طبيبك الحصول على موافقة مقدّمًا (تُعرف أحيانًا باسم "التصريح المسبق") من الخطة ● للأفراد الذين يعانون من مرض السكري ذوي مرض القدم السكري الشديد، سوف ندفع مقابل ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> ○ زوج من الأحذية العلاجية المصنوعة خصيصًا (بما في ذلك الحشوات) وزوجان إضافيان من الحشوات كل عام تقويمي، أو ○ زوج من الأحذية العميقة شامل التركيب وثلاثة أزواج من الحشوات كل عام (غير شامل الحشوات غير المفصلة القابلة للإزالة المقدمة مع هذه الأحذية) ● سوف ندفع مقابل التدريب لمساعدتك في إدارة مرض السكري الذي تعاني منه، في بعض الأحيان. لمزيد من التفاصيل، اتصل بالعملاء. <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	
	<p>المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>(للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية المعمرة (DME)", انظر الفصل 12 من هذا الكتيب.)</p> <p>تتم تغطية العناصر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الكراسي المتحركة • العكازات • أنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة • مجسات الضغط الجافة للمراتب • المستلزمات المتعلقة بداء السكري • أسرة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل • مضخات التسريب بطريق الوريد وال مثبتة على عمود • المستلزمات والمضخات المعوية • الأجهزة المساعدة على الكلام • جهاز الأكسجين والمستلزمات • الرذاذات • المشابيات • المقبض المنحني القياسي أو عصا رباعية الأرجل والمستلزمات البديلة • جهاز الجر العنقي (يُعلق على الباب) • محفز نمو العظام • معدات رعاية غسيل الكلى <p>قد تتم تغطية عناصر أخرى.</p> <p>سندفع مقابل جميع المعدات الطبية المعمرة التي يدفع Medi-Cal و Medicare مقابلها عادة. إذا كان المورد في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو علامة تصنيع معينة، يمكنك أن تسأله إن كان بإمكانه عمل طلب خاص بها من أجلك.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>0\$</p> <p>في حالة حصولك على رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة واحتجت إلى رعاية داخلية بعد استقرار حالة الطوارئ التي تعاني منها، يتعين أن تعود إلى المستشفى المغطاة ضمن الشبكة لمواصلة تغطية الرعاية الخاصة بك، وإلا فإنه يتعين أن يتم التصريح لك بالحصول على رعاية داخلية في المستشفى غير المغطاة ضمن الشبكة من خلال الخطبة. إذا كانت إقامتك مصرحًا بها، فستكون تكاليفك مماثلة للتكاليف التي ستدفعها خلال إقامتك في مستشفى تابعة للشبكة.</p>	<p>الرعاية في حالات الطوارئ</p> <p>الرعاية الطارئة تعني الخدمات:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● المقدمة من مقدم الخدمات المدرب على تقديم خدمات الطوارئ، و ● الضرورية لعلاج حالة طبية طارئة. <p>الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات ألم حاد أو إصابة بالغة. الحالة خطيرة للغاية، حال عدم تلقيها العناية الطبية على الفور، يمكن لأي شخص حكيم على قدر معقول من الخبرة بالصحة والطب التوقع بأن تتسبب فيما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خطر كبير على صحتك أو صحة الجنين؛ أو ● ضرر بالغ للوظائف الجسدية؛ أو ● خلل كبير في أي جزء أو عضو بالجسد؛ أو ● في حالة المرأة الحامل عندما تصل إلى مرحلة الولادة النشطة، عندما: <ul style="list-style-type: none"> ○ لا يوجد وقت كافٍ للنقل الآمن لك كعضوة إلى مستشفى أخرى قبل الولادة. ○ قد يمثل النقل إلى مستشفى أخرى تهديدًا لصحتك أو سلامتك كعضوة أو لجنينك. <p>ستعمل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على تعويضك بمبلغ يصل إلى 25,000\$ في الخدمات الطارئة التي يتم تلقيها في أي مكان خارج الولايات المتحدة كل عام تقويمي. ولن نعوضك إلا إذا كانت الخدمات التي تلقيتها تلبى معايير الرعاية الطارئة المدرجة أعلاه. انظر قسم "التغطية العاجلة والطارئة على مستوى العالم" في نهاية هذا المخطط لمزيد من المعلومات.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>مبلغ المشاركة في السداد بقيمة 0\$ مقابل الخدمات الطبية والتشخيصية.</p> <p>بالنسبة لعناصر الوصفة الطبية، قد يتم دفع مبلغ المشاركة في السداد الخاص بالوصفات.</p>	<p>خدمات تنظيم الأسرة</p> <p>يسمح لك القانون باختيار أي مقدم خدمات للحصول على خدمات تنظيم الأسرة المحددة. وهو ما يعني أي طبيب أو أي عيادة أو أي مستشفى أو أي صيدلانية أو أي مكتب لتنظيم الأسرة.</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي ● الاختبارات التشخيصية والمخبرية لتنظيم الأسرة ● وسائل تنظيم النسل (اللولب أو عمليات الزرع أو الحقن أو حبوب منع الحمل أو الرقعة أو الحلقة) ● مستلزمات تنظيم الأسرة ذات الوصفة (الواقي الذكري والإسفننج والرغوة والشريحة والحجاز العازل وغطاء عنق الرحم) ● الاستشارات وتشخيص العقم والخدمات ذات الصلة ● الاستشارات والفحوصات والعلاجات للعدوى المنقولة جنسياً (STI) ● الاستشارات والفحوصات لفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب والإيدز والحالات الأخرى المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية ● منع الحمل الدائم (يجب أن تبلغ من العمر 21 عامًا فأكثر لكي يتاح لك اختيار هذه الوسيلة لتنظيم الأسرة. كما يجب عليك التوقيع على نموذج الموافقة على التعقيم الفيديري قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن خلال ما لا يزيد عن 180 يومًا قبل تاريخ الجراحة.) ● الاستشارة الجينية <p>سندفع أيضًا مقابل بعض الخدمات الأخرى لتنظيم الأسرة. ومع ذلك، يتعين عليك الذهاب إلى مقدم خدمات تابع لشبكة مقدمي الخدمات الخاصة بنا للحصول على الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● علاج الحالات الطبية للعقم (لا تشمل هذه الخدمة الطرق الصناعية للحمل.) ● علاج الإيدز والحالات الأخرى المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية ● الاختبار الجيني



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>برامج التنقيف المتعلقة بالصحة والعافية</p> <p>إننا نقدم العديد من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتتضمن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فصول التنقيف الصحي؛ • فصول التنقيف المتعلق بالتغذية؛ • الإقلاع عن التدخين والتبغ؛ و • الخط الساخن للتمريض <p>يوفر خط Nurse Advice Line التابع لخط Blue Shield of California Promise Health Plan الدعم من خلال ممرضات مسجلات للرد على الأسئلة على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. اتصل بخط Nurse Advice Line على الرقم (800) 609-4166 (الهاتف النصي 711). تتاح الممرضات عبر الهاتف للرد على الأسئلة المتعلقة بالصحة العامة وتوفير التوجيهات لموارد إضافية من أجل مزيد من المعلومات. من خلال خط Nurse Advice Line، يمكن للأعضاء الحصول على ملخص بالمحادثة التي تم إرسالها لهم بالبريد الإلكتروني والتي تشتمل على كل المعلومات والارتباطات للرجوع إليها بسهولة.</p>	
0\$	<p>فصول اللياقة وعضوية النادي الصحي</p> <p>SilverSneakers® برنامج اللياقة</p> <p>ممارسة التمارين الرياضية والأنشطة التعليمية والاجتماعية مع إمكانية الوصول إلى:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الآلاف من مواقع اللياقة على مستوى الدولة التي يمكنك استخدامها في أي وقت. • أجهزة التمارين وفصول اللياقة من SilverSneakers. • الأنشطة والأحداث الاجتماعية. • فصول SilverSneakers FLEX™ مثل اليوغا والرقص اللاتيني والتاي تشي. • يمكنك الشعور بأنك في فصل بدون أن تغادر منزلك من خلال SilverSneakers Life 	



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>الخدمات السمعية</p> <p>سنتحمل تكاليف اختبارات السمع والتوازن التي تُجرى من جانب مقدم الخدمات الخاص بك. ستخبرك هذه الاختبارات بما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. ستتم تغطيتها كإحدى مزايا مريض خارجي عندما تحصل عليها من طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم خدمات آخر مؤهل.</p> <p>تغطي Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ما يصل إلى 2,000\$ لمزايا المعينات السمعية التكميلية للأذنين معًا كل عام مالي (من 1 يناير إلى 31 ديسمبر). تشمل مزايا المعينات السمعية على:</p> <ul style="list-style-type: none"> المعينات السمعية القوالب مستلزمات التعديلات الملحقات <p>إضافة إلى الميزة التكميلية أعلاه، قد يغطي Medi-Cal ما يصل إلى 1,510\$ لمزايا المعينات السمعية كل عام مالي (من 1 يوليو إلى 30 يونيو).</p> <p>إذا كنت حاملاً، أو تقيمين في مرفق رعاية ترميزية، فسنقوم أيضاً بالدفع مقابل المعينات السمعية، بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> القوالب والمستلزمات والحشوات عمليات الإصلاح التي تتكلف أكثر من 25\$ لكل عملية إصلاح مجموعة أولية من البطاريات ست زيارات للتدريب والتعديل والتركييب من خلال نفس البائع بعد الحصول على المعينات السمعية فترة تجريبية عند استئجار المعينات السمعية <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	
0\$	<p>فحص فيروس نقص المناعة البشرية</p> <p>إننا ندفع مقابل إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية كل 12 شهرًا للأشخاص:</p> <ul style="list-style-type: none"> الذين يطلبون إجراء فحص تشخيصي لفيروس نقص المناعة البشرية، أو الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. <p>بالنسبة للنساء الحوامل، نقوم بالدفع مقابل إجراء ثلاثة من اختبارات فحص فيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل.</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>0\$</p>	<p>رعاية وكالة الصحة المنزلية</p> <p>قبل الحصول على خدمات الصحة المنزلية، يجب أن يخبرنا الطبيب أنك تحتاج إليها ويجب تقديمها من خلال وكالة الصحة المنزلية.</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التمريض الماهرة بدوام جزئي أو متقطع والمساعدة الصحية المنزلية (تتم تغطيتها بموجب ميزة الرعاية الصحية المنزلية، ويجب ألا يزيد إجمالي خدمات التمريض الماهر والمساعدة الصحية المنزلية لديك عن 8 ساعات يوميًا و35 ساعة أسبوعيًا). • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق • الخدمات الاجتماعية والطبية • المعدات والمستلزمات الطبية <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
<p>ستدفع 0 دولارًا لكل زيارة علاجية مغطاة للحقن في المنزل.</p>	<p>العلاج بالحقن في المنزل</p> <p>سندفع مقابل العلاج بالحقن في المنزل، والذي يُعرّف بأنه أدوية أو مواد بيولوجية تُعطى في الوريد أو تُحقن تحت الجلد وتقدم لك هذه الخدمة في المنزل. يلزم إجراء ما يلي لإجراء الحقن في المنزل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو الجلوبيولين المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة؛ و • اللوازم، مثل الأنابيب أو القسطرة. <p>سنغطي خدمات الحقن في المنزل التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتعليمهم غير مدرجين بالفعل في مزايا المعدات المعمرة الطبية؛ • مراقبة عن بعد؛ و • خدمات المراقبة لتزويد العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مقدم الرعاية المؤهل للعلاج بالحقن في المنزل. <p>قد تنطبق قواعد التفويض على الخدمات. يجب عليك التحدث إلى طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>ستدفع 0\$ لكل توصيل إلى المنازل مشمول بالتغطية</p>	<p>توصيل الوجبات إلى المنازل</p> <p>عند الخروج من مستشفى رعاية داخلية أو البقاء مرفق الرعاية التمريضية (SNF)، نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 وجبة و10 وجبات خفيفة كل حالة خروج • سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة إلى ثلاثة تسليمات منفصلة حسب الحاجة • التغطية تقتصر على صرف الدواء مرتين في السنة <p>لمزيد من المعلومات ، يمكنك الاتصال بعناية العملاء من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (على أرقام الهواتف مطبوعة على خلف هذا الكتيب).</p>
<p>0\$</p>	<p>رعاية المحتضرين</p> <p>يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج للمرضى المحتضرين معتمد من Medicare. لك الحق في اختيار وسيلة رعاية المحتضرين إذا قرر مقدم الخدمات ومدير الرعاية الطبية للمحتضرين تشخيص حالتك بأنها متأخرة. وهذا يعني أن مرضك في مرحلة متقدمة جدًا لا يُتوقع معها أن تعيش لأكثر من ستة أشهر. يمكن لطبيب المرضى المحتضرين أن يكون مقدم خدمات داخل الشبكة أو خارجها.</p> <p>ستدفع الخطة التكاليف التالية أثناء تلقيك خدمات رعاية المحتضرين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية المخصصة لعلاج الأعراض والألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية <p>تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>رعاية المحتضرين (يُتبع)</p> <p>تتحمل Medicare فواتير خدمات المحتضرين والخدمات المغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare.</p> <ul style="list-style-type: none"> • انظر القسم (F) من هذا الفصل لمزيد من المعلومات. • عندما تكون مشتركًا في برنامج المحتضرين المعتمد من قبل خدمات الجزأين (A) و(B) من برنامج Medicare التي تتعلق بمرض لا يُرجى شفائه من قبل Medicare. لا تدفع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مقابل هذه الخدمات. <p>بالنسبة للخدمات المغطاة من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan وليست المغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ستغطي خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الخدمات المغطاة في الخطة والتي ليست مغطاة في الجزأين (A) أو (B) من برنامج Medicare. كما ستغطي الخطة الخدمات سواء أكانت تتعلق بحالتك المتأخرة أم لا. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات. <p>بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بميزة الجزء (D) في Medicare الخاصة بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا تتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على الفصل 5 الأقسام (B) و(C) و(D). <p>ملاحظة: إذا احتجت لرعاية لا تتعلق بالمحتضرين، فيجب عليك الاتصال بمدير الرعاية لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالمحتضرين عبارة عن رعاية لا تتعلق بحالتك المتأخرة. للتحدث مع مدير الرعاية الخاص بك، اتصل بالعناية بالعملاء على رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة وحدد خيار مدير الرعاية من قائمة الانتظار.</p> <p>تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية للمحتضرين (مرة واحدة فقط) للمرضى المحتضرين الذين لم يختاروا ميزة المحتضرين.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
<p>0\$</p>	<p>التطعيمات </p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● لقاح الالتهاب الرئوي ● لقاحات الأنفلونزا، واحدة كل موسم من مواسم الأنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات أنفلونزا إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية ● لقاح التهاب الكبد B إذا كنت معرضًا للإصابة بدرجة كبيرة أو متوسطة بالتهاب الكبد B ● اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا للخطر وكانت تستوفي قواعد التغطية الخاصة بالجزء (B) من Medicare <p>سندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد التغطية الخاصة بالجزء (D) من Medicare. اقرأ الفصل 6 القسم (ج) لمعرفة المزيد.</p> <p>ندفع أيضًا مقابل كل اللقاحات للبالغين على النحو الموصى به من قبل Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP).</p>	
<p>0\$</p> <p>يجب عليك الحصول على اعتماد من البرنامج للاستمرار في الحصول على رعاية المريض الداخلي في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، والخدمات الضرورية من الناحية الطبية الأخرى المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● غرفة نصف خاصة (أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية طبيًا) ● الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض المنتظمة ● تكاليف وحدات الرعاية الخاصة، مثل الرعاية المركزة أو وحدات الرعاية القلبية ● الأدوية والعقاقير ● الفحوصات المخبرية ● الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى ● المستلزمات الطبية والجراحية المطلوبة <p>تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>0\$</p> <p>يجب عليك الحصول على اعتماد من البرنامج للاستمرار في الحصول على رعاية المريض الداخلي في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.</p>	<p>الرعاية داخل المستشفى (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأجهزة مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرف الجراحة والتعافي • العلاج البدني والمهني وعلاج النطق • خدمات تعاطي المواد للمرضى الداخليين • في معظم الحالات، الأنواع التالية من زراعة الأعضاء: القرنية والكلية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب والرئة والنخاع العظمي والخلايا الجذعية واستئصال سرطان القولون <p>إذا كنت بحاجة إلى زرع عضو، فسيقوم مركز زراعة الأعضاء المعتمد من Medicare بمراجعة حالتك ويقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية زراعة العضو. قد يكون مقدمو خدمات زراعة الأعضاء من داخل أو خارج منطقة الخدمات. في حال قبول مانحي الأعضاء المحليين سعر Medicare، فإنه بإمكانك الحصول على خدمات زراعة الأعضاء محليًا أو خارج نمط الرعاية الخاص بمجتمعك. في حال توفير Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan خدمات زراعة الأعضاء خارج نمط الرعاية الخاص بمجتمعنا وقد اخترت إجراء زراعة العضو هناك، سنقوم بترتيب الأمر أو دفع تكاليف السكن والسفر لك ولشخص آخر.</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدم، بما في ذلك التخزين والنقل • خدمات الأطباء <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>الرعاية الصحية العقلية للمرضى الداخليين</p> <p>سنتحمل تكاليف خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none">● إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية المستقلة، فسنتحمل تكاليف أول 190 يومًا. وبعد ذلك، ستقوم هيئة الصحة العقلية المحلية بالمقاطعة بالدفع مقابل خدمات الطب النفسي للمريض الداخلي الضرورية طبيًا. سيتم تنسيق التصريح بالرعاية بعد مرور مدة الـ 190 يومًا المحددة مع هيئة الصحة العقلية المحلية بالمقاطعة.○ لا تنطبق فترة الـ 190 يومًا على خدمات الصحة العقلية للمرضى الداخليين المقدمة في وحدة الطب النفسي بالمستشفى العامة.● إذا كنت تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر، فسنتقوم أيضًا بالدفع مقابل الخدمات التي يتم تلقيها في مؤسسة الأمراض النفسية (IMD). <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>إقامة المرضى الداخليين: خدمات مغطاة في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية حادقة (SNF) خلال إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة</p> <p>إذا لم تكن إقامة المرضى الداخليين معقولة وضرورية من الناحية الطبية، فلن ندفع مقابلها.</p> <p>ومع ذلك، في حالات معينة تكون رعاية المرضى الداخليين غير مغطاة خلالها، قد نواصل الدفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو مرفق التمريض. لمزيد من التفاصيل، اتصل بالعملاء.</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات الأطباء ● الاختبارات التشخيصية، مثل الفحوصات المخبرية ● العلاج بالأشعة السينية والراديو والتتنظير، بما في ذلك الخدمات والمواد الخاصة بالفني ● الضمادات الجراحية ● الشرائح والجائز والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور والخلع ● الأجهزة التعويضية وأجهزة التقويم، بخلاف الأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. هذه هي الأجهزة التي: <ul style="list-style-type: none"> ○ تستبدل أحد الأعضاء الداخلية بجسم الإنسان، سواءً كله أو جزء منه (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو ○ تستبدل وظيفة من وظائف أحد الأعضاء الداخلية بجسم الإنسان المصابة أو القاصرة، سواءً كلها أو جزء منها. ● الساق والذراع والظهر ودعامات الرقبة والدعامات والأرجل والأذرع والعيون الاصطناعية. وهذا يشمل التعديلات والإصلاحات وعمليات الاستبدال اللازمة بسبب التعرض لكسر أو اهتراء أو فقدان أو تغيير في حالة المريض ● العلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج المهني <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>مستلزمات وخدمات مرض الكلى</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التعليم الخاصة بمرض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدة الأعضاء في اتخاذ القرارات المناسبة بشأن رعايتهم. يجب أن تكون مصابًا بمرض الكلى المزمّن من المرحلة الرابعة ويجب على طبيبك إحالتك. سنقوم بتغطية ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التعليم الخاصة بمرض الكلى. • علاجات الكلى للمريض الخارجي، بما في ذلك علاجات الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمات بشكل مؤقت كما هو موضح في الفصل 3 القسم (D). • علاجات غسيل الكلى للمريض الداخلي إذا تم إدخالك كمريض داخلي إلى مستشفى للرعاية الخاصة. • تدريب الغسيل الكلوي الذاتي، يتضمن تدريبك أنت وأي شخص يساعدك في علاجات غسيل الكلى بالمنزل. • مستلزمات وأجهزة الغسيل الكلوي المنزلي. • خدمات دعم منزلي معينة مثل الزيارات الضرورية من قبل العاملين المدربين بمجال غسيل الكلى للتحقق من عمليات الغسيل المنزلي الخاص بك وللمساعدة في الحالات الطارئة ولفحص معدات ووحدات الإمداد بالمياه الخاصة بالغسيل. <p>تدفع مزايا الأدوية للجزء (B) من برنامج Medicare بعض الأدوية الخاصة بغسيل الكلى. للحصول على معلومات، يُرجى الاطلاع على "الأدوية الموصوفة للجزء ب من برنامج Medicare" بهذا المخطط.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>فحص سرطان الرئة </p> <p>ستدفع الخطة مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تبلغ من العمر 55 إلى 80 عامًا، و • ستقوم بزيارة استشارية وخاصة باتخاذ القرار المشترك إلى طبيبك أو مقدم خدمات مؤهل آخر، و • قمت بتدخين علبة سجائر واحدة على الأقل يوميًا لمدة 30 سنة دون وجود علامات أو أعراض الإصابة بسرطان الرئة أو تدخن الآن أو أقلعت عن التدخين خلال آخر 15 عامًا. <p>بعد الفحص الأول، ستدفع الخطة مقابل فحص آخر كل عام من خلال طلب كتابي من طبيبك أو مقدم خدمات مؤهل آخر.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>العلاج بالتغذية الطبية </p> <p>هذه الميزة مخصصة للأشخاص الذين لديهم مرض السكري أو مرضى الكلى من دون الحاجة للغسيل. كما أنها خاصة بعملية زرع الكلى عند الإحالة من جانب طبيبك.</p> <p>سنتحمل تكاليف ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الشخصية خلال العام الأول الذي تتلقى فيه خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب Medicare. (يشمل ذلك خطتنا، وأي خطة Medicare Advantage أو Medicare أخرى.) قد نعتد خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>إننا نقوم بالدفع مقابل ساعتين للخدمات الاستشارية الشخصية كل عام بعد ذلك. في حال تغير حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فإنه يمكنك الحصول على ساعات إضافية من العلاج مع إحالة طبيبك. يجب على الطبيب وصف هذه الخدمات وتجديد الإحالة في كل عام في حال كان علاجك ضروريًا في العام التقويمي التالي. قد نعتد خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>برنامج الوقاية من السكري من Medicare (MDPP)</p> <p>ستدفع الخطة مقابل خدمات MDPP. تم تصميم MDPP لمساعدتك في زيادة السلوك الصحي. فهي يوفر تدريبًا عمليًا في:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التغيير طويل المدى في النظام الغذائي، و • النشاط البدني المتزايد، و • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط الحياة الصحي. <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	
0\$	<p>الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare</p> <p>تتم تغطية هذه الأدوية بموجب الجزء (B) من برنامج Medicare. ستقوم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بالدفع مقابل الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي لا تعطىها لنفسك عادةً، ويتم حقنها أو شربها أثناء تلقيك خدمات مركز الجراحة المتنقل أو خدمات الطبيب أو المريض الخارجي للمستشفى • الأدوية التي تتناولها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل الرذاذات) المعتمدة بموجب الخطة • عوامل التجلط التي تحقنها بنفسك إن كنت تعاني من الهيموفيليا • الأدوية المثبطة للجهاز المناعي، في حال تم تسجيلك في الجزء (A) من Medicare في وقت زرع الأعضاء • أدوية هشاشة العظام التي تم حقنها. يتم الدفع مقابل هذه الأدوية في حال كنت ملازمًا للمنزل وكان لديك كسر بالعظم يصدق الطبيب على أنه له علاقة بتخلُّل العظم التالي للإياس ولا يمكنك حقن الدواء بنفسك • المستضدات • أدوية معينة مضادة للسرطان عن طريق الفم وأدوية مضادة للغثيان • أدوية معينة لغسيل الكلى المنزلي بما في ذلك الهيبارين وترياقه (عندما يكون ضروريًا من الناحية الطبية) والتخدير الموضعي والأدوية المنبهة لتكوين الكريات الحمر (مثل Epoetin Alfa-epbx، أو Aranesp®) • والغلوبيولين المناعي داخل الوريد للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية <p>نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) والجزء (B) من Medicare.</p> <p>تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare (يُتبع)</p> <p>يوضح الفصل 5 ميزة الدواء الموصوف للمريض الخارجي. كما يوضح القواعد التي يتعين عليك اتباعها لتغطية الوصفات.</p> <p>يوضح الفصل 6 ما تدفعه للحصول على أدوية وصفات المرضى الخارجيين من خلال خطتنا.</p>
0\$	<p>برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)</p> <p>برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) عبارة عن برنامج إدارة حالة معينة يقدم الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) إلى الأفراد المستحقين لبرنامج Medi-Cal.</p> <p>لتكون مؤهلاً، يجب أن تبلغ من العمر 65 عامًا أو أكثر، وتعيش في منطقة الخدمات بالموقع وتكون مستعداً للخدمة في حدود تكلفة برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض ومناسباً لخدمات إدارة الرعاية ومستحقاً حالياً لـ Medi-Cal ومعتمداً أو قابلاً للاعتماد للوضع في مرفق التمريض.</p> <p>تتضمن خدمات برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مركز الدعم/الرعاية النهارية للبالغين • المساعدة السكنية • مساعدة الرعاية الشخصية والرعاية الروتينية • الإشراف الوقائي • إدارة الرعاية • الرعاية المؤقتة • وسائل الانتقال • خدمات الوجبات • الخدمات الاجتماعية • خدمات التواصل <p>تغطي هذه الميزة حتى \$5,356.25 سنوياً.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>الانتقال في الحالات الطبية غير الطارئة</p> <p>تتيح هذه الميزة النقل الذي يعتبر الأكثر فاعلية من حيث التكلفة وفي المتناول. ويشتمل ذلك على ما يلي: الإسعاف وسيارة للمرضى مزودة بنقلات وخدمات النقل الطبي بالسيارة المزودة بكرسي المقعدين والتنسيق مع قطاع النقل غير الرسمي. يتم التصريح بوسائل النقل عندما:</p> <ul style="list-style-type: none">• لا تسمح حالتك الطبية و/أو البدنية لك بالسفر بالحافلة أو سيارة الركاب أو سيارة الأجرة أو وسيلة أخرى من المواصلات العامة أو الخاصة و• يكون النقل مطلوبًا لغرض الحصول على الرعاية الطبية المطلوبة. <p>بناءً على الخدمة، قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا.</p> <p>تتوفر هذه الخدمة من خلال الاتصال برقم 1-877-433-2178 (الهاتف النصي 711) على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>النقل غير الطبي</p> <p>تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية بسيارة ركاب أو سيارة أجرة أو وسيلة أخرى من المواصلات العامة/الخاصة.</p> <p>لا تحد هذه الميزة من ميزة النقل الطبي في الحالات غير الطارئة.</p> <p>سنوفر الانتقال ذهابًا وإيابًا بصورة غير محدودة للخدمات المغطاة الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الزيارات الروتينية للأطباء أو الأخصائيين • الصيدليات لصرف الوصفات التي لا يمكن إرسالها لك بالبريد مباشرة • الحصول على مستلزمات طبية وأطراف صناعية وأجهزة تعويضية وأجهزة أخرى • خدمات الصحة العقلية المتخصصة وخدمات اضطراب تعاطي المواد وخدمات Denti-Cal والخدمات الأخرى المقدمة من قبل برامج الولاية أو المقاطعة. <p>في حالات معينة، ستعمل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على تعويض صديق أو أحد أفراد العائلة عن البنزين المستهلك خلال كل ميل أثناء توصيلك إلى موقع أو خدمة مغطاة. ولن يحدث التعويض إلا عندما لا تكون طرق النقل الأخرى متاحة بصورة معقولة. لا يمكنك القيادة بنفسك وإذا كنت تعتقد أن صديقًا أو أحد أفراد العائلة سيتعين عليه استخدامه سيارته الخاصة لتوصيلك إلى موقع أو خدمة مغطاة، فيرجى التواصل مع العناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قبل الرحلة للحصول على الموافقة.</p> <p>تتوفر هذه الخدمة من خلال الاتصال برقم 1-877-433-2178 (الهاتف النصي 711) على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع.</p> <p>يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>مرفق الرعاية التمريضية</p> <p>مرفق التمريض (NF) عبارة عن مكان يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على الرعاية الخاصة بهم في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى الإيداع بالمستشفى.</p> <p>تتضمن الخدمات التي سندفع مقابلها على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الغرفة نصف الخاصة (أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية طبيًا) ● الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض ● العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق ● المعالجة التنفسية ● الأدوية التي تقدم لك كجزء من خطة رعايتك. (وهذا يتضمن المواد المتوفرة بشكل طبيعي في الجسم مثل عوامل تجلط الدم.) ● الدم، بما في ذلك التخزين والنقل ● المستلزمات الطبية والجراحية التي يتم توفيرها عادةً من جانب المرافق التمريضية ● الفحوصات المخبرية التي تجرى عادة في مرافق التمريض ● الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي تُجرى عادة من جانب مرافق التمريض ● استخدام الأجهزة، مثل كراسي المقعدين التي تتوفر عادةً من جانب المنشآت التمريضية ● خدمات الأطباء/الممارسين ● المعدات الطبية المعمرة ● خدمات الأسنان، بما في ذلك أطقم الأسنان ● مزايا النظر <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>مرفق الرعاية التمريضية (يُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحوصات السمع • رعاية تقويم العمود الفقري • خدمات طب الأقدام <p>ستحصل عادة على رعايتك من مرافق الشبكة. ومع ذلك، قد تكون قادرًا على الحصول على رعايتك من مرفق خارج عن نطاق شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إن قبلت بمبالغ خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دار ترميز أو مجتمع تقاعد رعاية مستمرة حيث تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر رعاية مرفق التمريض). • مرفق التمريض الذي يعيش فيه زوجك في وقت مغادرتك للمستشفى. <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	
0\$	<p>فحص السمنة والعلاج للمحافظة على انخفاض الوزن</p> <p>إذا كان مؤشر كتلة الجسم 30 أو أكثر، فسندفع مقابل الاستشارة لمساعدتك في فقدان الوزن. يجب عليك الحصول على الاستشارة في مكان الرعاية الأولية. بهذه الطريقة، يمكن إدارة ذلك من خلال خطة الوقاية الكاملة الخاصة بك. تحدث إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للاطلاع على المزيد.</p>	
0\$	<p>خدمات برنامج العلاج أفيوني المفعول</p> <p>ستدفع الخطة مقابل الخدمات التالية لعلاج الاضطراب المتعلق بتناول المواد الأفيونية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء (FDA)، وإن أمكن، إدارة هذه الأدوية ومنحها لك • الاستشارة المتعلقة بتعاطي المواد • العلاج الفردي والجماعي • اختبار المخدرات أو المواد الكيميائية في جسدك (اختبار السموم) 	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>المستلزمات والخدمات العلاجية والاختبارات التشخيصية للمريض الخارجي</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، والخدمات الضرورية من الناحية الطبية الأخرى المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الأشعة السينية ● العلاج الإشعاعي (الراديويم والتنظير) بما في ذلك المستلزمات والمواد الخاصة بالفني ● المستلزمات الجراحية مثل الضمادات ● الشرائح والجائز والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور والخلع ● الفحوصات المخبرية ● الدم، بما في ذلك التخزين والنقل ● الاختبارات التشخيصية الأخرى للمريض الخارجي <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>ملاحظة المرضى الخارجيين بالمستشفى</p> <p>خدمات الملاحظة الطبية هي خدمات في المستشفى للمرضى الخارجيين حيث يتم إعطاؤها لتحديد ما إذا كنت بحاجة لدخول المستشفى كمريض داخلي أو ما إذا كان من الممكن خروجك من المستشفى.</p> <p>لكي تتم تغطية خدمات ملاحظة المرضى الخارجيين بالمستشفى، يتعين أن تفي بمعايير Medicare وأن يتم اعتبارها معقولة وضرورية. لا تتم تغطية خدمات الملاحظة الطبية إلا عند تقديمها من خلال أمر من الطبيب أو فرد آخر مصرح له بموجب قانون ترخيص الولاية واللوائح الأساسية للعاملين في المستشفى للسماح بدخول المرضى إلى المستشفى أو طلب إجراء فحوصات المرضى الخارجيين.</p> <p>ملاحظة: إلى أن يصدر مقدم الخدمات طلبًا بدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت لا تزال مريضًا خارجيًا يسدد تكاليف رسوم المشاركة نظير الخدمات الخارجية بالمستشفى. حتى في حالة البقاء بالمستشفى ليلاً، ربما تزال من ضمن "المرضى الخارجيين". وإذا لم تكن متأكدًا من كونك مريضًا داخليًا أم خارجيًا، فعليك بسؤال موظفي المستشفى عن ذلك.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات الضرورية طبيًا التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة ما، مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الخدمات في قسم الطوارئ أو عيادات المرضى الخارجيين، مثل الجراحة للمرضى الخارجيين أو خدمات الملاحظة <ul style="list-style-type: none"> ○ تساعد خدمات الملاحظة الطبية طبيبك في معرفة إذا ما كنت بحاجة إلى إيداعك المستشفى "كمريض داخلي". ○ أحيانًا قد تتواجد في المستشفى طوال الليل وتظل "مريضًا خارجيًا". ○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضًا داخليًا أو خارجيًا في صحيفة الوقائع هذه: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf ● المعامل والاختبارات التشخيصية المدفوعة من جانب المستشفى ● رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج بالمستشفى الجزئي في حال موافقة الطبيب على أن علاج المريض الداخلي سيكون ضروريًا بدون ذلك ● الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى المدفوعة من جانب المستشفى ● المستلزمات الطبية، مثل الشرائح والجباير ● الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة ضمن مخطط المزايا ● بعض الأدوية التي لا يمكنك إعطاؤها بنفسك <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إجابة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين</p> <p>سندفع مقابل خدمات الصحة العقلية المقدمة من قبل:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية ● طبيب نفسي سريري ● مسؤول اجتماعي سريري ● متخصص تمرير سريري ● ممرضة ممارسة ● مساعد طبيب ● أي متخصص رعاية صحة عقلية مؤهل من Medicare كما هو مسموح به بموجب قوانين الولاية السارية <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الخدمات السريرية ● الرعاية اليومية المكثفة ● خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي ● برامج المريض الداخلي المكثفة/الاستشفاء الجزئي ● العلاج والتقييم الصحي العقلي الفردي والجماعي ● اختبار نفسي عند الإشارة سريريًا إلى تقييم نتيجة الصحة العقلية ● خدمات المرضى الخارجيين لأغراض مراقبة العلاج الدوائي ● المكملات والمستلزمات والأدوية والمختبر للمريض الخارجي ● الاستشارة المتعلقة بالطب النفسي <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين</p> <p>سندفع مقابل العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج النطق. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمريض الخارجي من أقسام المرضى الخارجيين للمستشفى ومكاتب المعالجين المستقلين ومرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORF) والمرافق الأخرى.</p> <p>تقدم خدمات إعادة التأهيل القلبية على مدار جلستين تستغرق كل جلسة منهما ساعة واحدة بحد أقصى يوميًا وحتى 36 جلسة خلال 36 أسبوعًا بحد أقصى. قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>خدمات إساءة استعمال المواد للمرضى الخارجيين</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فحص إساءة استخدام الكحول وتقديم الاستشارات ● علاج إساءة استخدام الدواء ● استشارة جماعية أو فردية من جانب طبيب سريري مؤهل ● إزالة السمية شبه الحادة في برنامج المؤسسة الإيوائية لعلاج الإدمان ● خدمات الكحول و/أو المخدرات في مركز علاج خارجي مكثف ● علاج نالتريكسون ممتد المفعول (فيفيترون) <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>جراحة المريض الخارجي</p> <p>سنتحمل تكاليف جراحة المريض الخارجي والخدمات في مرافق المرضى الخارجيين للمستشفى ومراكز الجراحات المتنقلة.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>العناصر المتاحة بدون وصفة طبية (OTC)</p> <p>أنت مستحق للحصول على بدل ربع سنوي بقيمة \$120 للمستلزمات والأدوية المتاحة دون وصفة طبية.</p> <p>تتم تغطية العناصر مثل الأسبرين والفيتامينات ومستحضرات السعال والبرد والضامات بموجب هذه الميزة. لا تتم تغطية عناصر مثل مستحضرات التجميل والمكملات الغذائية بموجب هذه الميزة.</p> <p>تتوفر تعليمات إصدار الطلبات وكتالوجات OTC عبر الإنترنت على www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC. يمكنك طلب العناصر عبر الهاتف على الرقم 1-888-628-2770 (الهاتف النصي: 711)، من الاثنين إلى الجمعة بين الساعة 9:00 صباحًا و5:00 مساءً أو عبر الإنترنت على www.blueshieldca.com/promise/CMCOTC سيتم شحن الطلبات لك بدون رسوم إضافية. يرجى السماح بفترة تتراوح بين 7 و10 أيام عمل تقريبًا للتوصيل.</p> <p>تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل ربع سنة: يناير وأبريل ويوليو وأكتوبر. يمكنك وضع طلب واحد كل ربع سنة ولا يمكنك ترحيل البديل غير المستخدم إلى ربع السنة التالي.</p>
0\$	<p>خدمات الاستشفاء الجزئي</p> <p>الاستشفاء الجزئي عبارة عن برنامج مهيكّل للعلاج النشط المتعلق بالطب النفسي. يتم توفيره كخدمة للمريض الخارجي بالمستشفى أو من خلال مركز الصحة النفسية المجتمعي. كما أنه أكثر فاعلية من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة طبيبك أو أخصائي المعالجة. ويمكنه أن يساعدك في البقاء بعيدًا عن الإقامة بالمستشفى.</p> <p>ملاحظة: نظرًا لعدم توافر مراكز للصحة العقلية المجتمعية في شبكتنا، فإننا لا نغطي عملية الاستشفاء الجزئي إلا في خدمة العيادات الخارجية في المستشفى.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>نظام الاستجابة للطوارئ الشخصي (PERS)</p> <p>PERS هو نظام مراقبة التنبيهات الطبية الذي يوفر الوصول للمساعدة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، بضغطة زر. يتم تقديم مزايا PERS لك من قبل LifeStation®. تشمل المزايا التي سنتلقاها من قبل LifeStation® على:</p> <ul style="list-style-type: none">• نظام الاستجابة لحالات الطوارئ الشخصية• اختيار لنظام منزلي أو جهاز محمول من خلال GPS/WiFi• مراقبة شهرية• الأسلاك وأجهزة الشحن الضرورية <p>للحصول على PERS وبدء تلقي الخدمات، اتصل بفريق LifeStation على الرقم 1-855-672-3269، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، أو تفضل بزيارة www.medicalalertbenefits.com/bscamedicare.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات الطبيب/مقدم الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبيًا المقدمة في أماكن مثل: <ul style="list-style-type: none"> ○ عيادة الطبيب ○ مركز الجراحة المتنقل المعتمد ○ قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى ● الاستشارة والتشخيص والعلاج من جانب الأخصائي. ● اختبارات التوازن والسمع الأساسية من جانب مقدم الرعاية الأولية، حال طلبها طبيبك لمعرفة ما إذا كنت تحتاج العلاج. ● بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (telehealth) الإضافية، تتضمن خدمات الأطباء لعلاج الحالات غير الطارئة مثل أعراض البرد والإنفلونزا والحساسية والتهاب الشعب الهوائية والالتهابات التنفسية ومشاكل الجيوب الأنفية والطفح الجلدي وعدوى العين والصداع النصفي وغيرها. ● لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال إجراء زيارة شخصية أو استشارة عن بُعد (telehealth). إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد (telehealth)، فيجب عليك استخدام مقدم خدمات تابع للشبكة والذي يقدم خدمة الرعاية الصحية عن بُعد (telehealth). ● خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth) للزيارات الشهرية المتعلقة بالفشل الكلوي في مرحلته النهائية (ESRD) من أجل غسيل الكلى في المنزل للأعضاء الذين يقصدون المستشفى لذلك، أو مركز غسيل الكلى في المستشفى في الحالات الحرجة أو مركز غسيل الكلى أو منزل العضو ● خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth) لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية ● تكون المعاينة الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع الطبيب لمدة 5 إلى 10 دقائق إذا: <ul style="list-style-type: none"> ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لا ترتبط المعاينة بآخر زيارة قمت بها في الأيام السبعة الماضية و ○ لا تؤدي المعاينة إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو أقرب موعد متاح <p>تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات الطبيب/مقدم الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء (يتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تقييم الفيديو و/أو الصور التي أرسلتها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك في غضون 24 ساعة إذا: <ul style="list-style-type: none"> ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط التقييم بآخر زيارة قمت بها في الأيام السبعة الماضية و ○ لا يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو أقرب موعد متاح ● استشارة طبيبك مع أطباء آخرين عن طريق الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني في حال لم تكن مريضًا جديدًا ● الرأي الثاني لمقدم خدمات آخر داخل الشبكة قبل اتخاذ إجراء الجراحة ● رعاية الأسنان غير الروتينية. تقتصر الخدمات المغطاة على ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> ○ جراحة الفك أو البنى ذات الصلة ○ معالجة كسور الفك أو عظام الوجه ○ اقتلاع السن قبل إجراء العلاجات الإشعاعية للسرطان الورمي ○ الخدمات التي ستتم تغطيتها عند تقديمها من جانب الطبيب <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>خدمات طب الأقدام</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي للإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهماز العقب) ● الرعاية الروتينية للقدم للأعضاء ذوي الحالات التي تؤثر على أقدامهم مثل مرض السكري <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
0\$	<p>فحوصات سرطان البروستاتا</p> <p>بالنسبة للرجال البالغين من العمر 50 عامًا وأكبر، سندفع مقابل الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> الاختبار الشرجي الرقمي اختبار مستضد بروتاتيني نوعي (PSA) <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	
0\$	<p>الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة</p> <p>أجهزة الأطراف الصناعية تستبدل كلاً أو جزءاً من وظيفة أو عضو بالجسم. سنتحمل تكاليف الأجهزة التعويضية التالية، وربما أجهزة أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> أكياس فغر القولون والمستلزمات المرتبطة برعاية فغر القولون التغذية المعوية والتغذية بالحقن، بما في ذلك مجموعات لوازم التغذية ومضخة التسريب والأنابيب والمحلول والمحاليل والمستلزمات للحقن المدارة ذاتياً أجهزة ضبط نبضات القلب الدعامات الأحذية الخاصة بالأطراف الصناعية الأرجل والأذرع الصناعية الأعضاء التعويضية للثدي (بما في ذلك صدرية جراحية بعد استئصال الثدي) الأعضاء التعويضية لتحل محل كل أو جزء من جزء تجميلي ظاهر من الجسم تمت إزالته أو تعرّض للضعف نتيجة مرض أو إصابة أو عيب خلقي حفاضات وكريم سلس البول <p>سندفع أيضاً مقابل بعض المستلزمات المتعلقة بأجهزة الأطراف الاصطناعية. سندفع أيضاً مقابل إصلاح أو استبدال أجهزة الأطراف الاصطناعية.</p> <p>نقوم أيضاً بسداد جزء من التغطية بعد جراحة الساد أو إزالته. انظر "الرعاية البصرية" لاحقاً في هذا القسم للحصول على مزيد من التفاصيل.</p> <p>لن ندفع مقابل أجهزة الأسنان الاصطناعية.</p> <p>قد تكون أجهزة الأسنان التعويضية مغطاة بموجب Denti-Cal. انظر القسم "و" في هذا الفصل أو تفضل بزيارة www.denti-cal.ca.gov لمزيد من المعلومات.</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</p> <p>سنتحمل تكاليف برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) الذي يتفاوت ما بين المعتدل والحاد جدًا. يتعين أن تحصل على إحالة لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمات المعالج لمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD).</p> <p>سنتحمل تكلفة بعض الخدمات التنفسية للمرضى المعتمدين على أجهزة التنفس. قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>
0\$	<p>فحص الأمراض المنقولة جنسيًا (STI) والاستشارة الخاصة بها </p> <p>سنتحمل تكلفة فحوصات المتدثرة والسيلان والزهري والتهاب الكبد ب. وتتم تغطية هذه الفحوصات للحامل وبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا. يتعين على مقدم الرعاية الأولية طلب الاختبارات. وسنقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل.</p> <p>سنقوم أيضًا بالدفع مقابل جلستي استشارة سلوكية وجهًا لوجه ومكثفتين كل عام للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين للإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا. يمكن أن تستغرق كل جلسة من 20 إلى 30 دقيقة. سوف ندفع مقابل هذه الجلسات الاستشارية كخدمة وقائية فقط في حال إجرائها من جانب مقدم الرعاية الأولية. يجب أن تكون الجلسات في مكان الرعاية الأولية، مثل عيادة الطبيب.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحادقة (SNF)</p> <p>سنتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الغرفة نصف الخاصة أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية طبيًا ● الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض ● العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق ● الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية بما في ذلك المواد المتوفرة بشكل طبيعي في الجسم مثل عوامل تجلط الدم ● الدم، بما في ذلك التخزين والنقل ● المستلزمات الطبية والجراحية التي يتم توفيرها من جانب مرافق التمريض ● الفحوصات المخبرية التي تجرى في مرافق التمريض ● الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى المزودة في مرافق التمريض ● الأجهزة، مثل كراسي المقعدين التي تتوفر عادةً من جانب مرافق التمريض ● خدمات الأطباء/مقدمي الخدمات <p>ستحصل عادة على رعايتك من مرافق الشبكة. ومع ذلك، قد تكون قادرًا على الحصول على رعايتك من مرفق خارج عن نطاق شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إن قبلت بمبالغ خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● دار تمريض أو مجتمع تقاعد رعاية مستمرة كنت تعيش فيه قبل ذهابك للمستشفى مباشرة (طالما أنها توفر رعاية تمريضية بالمرفق) ● مرفق التمريض الذي يعيش فيه زوجك/تعيش فيه زوجتك في وقت مغادرتك للمستشفى <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET)</p> <p>ستدفع الخطة مقابل SET للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض والذين يحصلون على إحالة لعلاج PAD من الطبيب المسؤول عن علاج PAD. ستدفع الخطة مقابل:</p> <ul style="list-style-type: none">• ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة مدتها 12 أسبوعًا في حالة تلبية جميع متطلبات SET• 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا تم اعتبارها ضرورية من قبل مقدم رعاية صحية <p>يتعين أن ينطبق ما يلي على برنامج SET:</p> <ul style="list-style-type: none">• جلسات تتراوح من 30 إلى 60 دقيقة لبرنامج علاجي يعتمد على ممارسة التمارين لمرض الشريان المحيطي (PAD) للأعضاء الذين يعانون من تشنج الساق بسبب التدفق الضعيف للدم (العرج)• في العيادات الخارجية في المستشفيات أو في عيادة الطبيب• يُقدم بواسطة موظف مؤهل يعمل على التأكد من تجاوز الفوائد للأضرار، ومُدرّب في التمرين الرياضي العلاجي لـ PAD• يكون تحت إشراف مباشر لطبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة/متخصص تمرين سريري مدرب في أساليب دعم الحياة الأساسية والمتقدمة <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p>الرعاية العاجلة</p> <p>الرعاية الطارئة هي رعاية تقدم لعلاج:</p> <ul style="list-style-type: none">● حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، أو● مرض طبي مفاجئ، أو● إصابة، أو● حالة تتطلب رعاية على الفور. <p>إذا احتجت إلى رعاية عاجلة، فيجب عليك أولاً محاولة الحصول عليها من مقدم الخدمات التابع للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الذهاب إلى مقدمي خدمات خارج الشبكة في حال عدم إمكانية ذهابك إلى مقدم خدمات داخل نطاق الشبكة.</p> <p>ستعمل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على تعويضك بمبلغ يصل إلى 25,000\$ في الخدمات المطلوبة العاجلة التي يتم تلقيها في أي مكان خارج الولايات المتحدة كل عام تقويمي. ولن نعوضك إلا إذا كانت الخدمات التي تلقيتها تلي معايير الرعاية العاجلة المدرجة أعلاه. انظر قسم "التغطية العاجلة والطارئة على مستوى العالم" في نهاية هذا المخطط لمزيد من المعلومات.</p>



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
<p>0\$ أنت مسؤول عن تكلفة المواد فوق قيمة البديل البالغة 500\$</p>	<p>رعاية النظر</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فحص روتيني للعين مرة واحدة كل عام؛ و ● حد تغطية بقيمة تصل إلى 500\$ للنظارات (الإطارات والعدسات)، أو للعدسات اللاصقة كل عامين (فترة المزايا). <p>يمكنك توفير أي رصيد يتبقى للاستخدام لاحقًا خلال نفس فترة المزايا.</p> <p>سنتحمل تكاليف خدمات أطباء المرضى الخارجيين لتشخيص وعلاج الأمراض وإصابات العين. على سبيل المثال، يشمل ذلك فحوصات الإبصار السنوية لاعتلال الشبكية السكري لمرضى السكري وعلاج التنكس البقعي المتعلق بالسن.</p> <p>بالنسبة للأشخاص المعرضين لنسبة عالية من خطورة الإصابة بالزرق، سوف ندفع مقابل فحص واحد للزرق كل عام. يشمل الأشخاص المعرضين لنسبة عالية من خطورة الإصابة بالزرق:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الأشخاص من أصحاب السجل المرضي للزرق ● الأشخاص المصابون بمرض السكري ● الأمريكيون من أصل إفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا وأكبر ● الأمريكيون من أصل لاتيني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر <p>سنتحمل تكاليف زوج من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة ساد عند وضع الطبيب عدسات داخل العين. (إذا كنت قد أجريت جراحتي ساد منفصلتين، فيجب عليك الحصول على زوج من النظارات بعد كل عملية جراحية. لا يمكنك الحصول على زوجين من النظارات بعد إجراء جراحة ثانية، حتى لو لم تحصل على زوج من النظارات بعد الجراحة الأولى).</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح على الخدمات. يجب التحدث مع طبيبك والحصول على إحالة.</p>	



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
0\$	<p data-bbox="1409 254 1455 300"></p> <p data-bbox="943 254 1382 289">الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare"</p> <p data-bbox="591 321 1360 394">نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare" لمرة واحدة. تتضمن الزيارة ما يلي:</p> <ul data-bbox="669 415 1373 590" style="list-style-type: none">● مراجعة صحتك،● التنقيف والاستشارة بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاج إليها (بما في ذلك الفحوصات والحقن)، و● الإحالات لأقسام الرعاية الأخرى إذا كنت بحاجة إليها. <p data-bbox="591 611 1360 764">ملاحظة: نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare" فقط خلال الـ 12 شهرًا الأولى الواردة في الجزء (B) من برنامج Medicare. وعند تحديد موعدك، فأخبر عيادة طبيبك بأنك تريد تحديد موعد لزيارتك الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare".</p>



E. المزايا المنطاة خارج Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

لا تتم تغطية الخدمات التالية من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ولكنها متاحة من خلال Medicare أو Medi-Cal.

E1. برنامج California Community Transitions (CCT)

يعتمد برنامج California Community Transitions (CCT) على مؤسسات محلية رائدة في مسألة مساعدة مستفيدي Medi-Cal المستحقين، ممن أقاموا في مرفق لرعاية المرضى الداخليين لمدة لا تقل عن 90 يوماً على التوالي، في العودة مرة أخرى إلى مقر إقامتهم المجتمعي والبقاء آمنين فيه. ويمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقال أثناء فترة ما قبل الانتقال ولمدة الـ 365 يوماً التالية للانتقال لمساعدة المستفيدين في العودة مرة أخرى إلى مقر إقامتهم المجتمعي.

يمكنك تلقي خدمات تنسيق الانتقال من أي مؤسسة رائدة ببرنامج CCT وتخدم المقاطعة محل إقامتك. يمكنك العثور على قائمة بمؤسسات CCT الرائدة والمقاطعات التي تخدمها على موقع Department of Health Care Services (دائرة خدمات الرعاية الصحية) الإلكتروني: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx

للحصول على خدمات تنسيق الانتقال من CCT:

ستتحمل Medi-Cal تكاليف خدمات تنسيق الانتقال. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات.

لمعرفة الخدمات غير المتعلقة بانتقالك من خلال CCT:

سيحصل مقدم الخدمات الفوائير من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan نظير الخدمات المقدمة لك. ستتحمل خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تكاليف الخدمات المقدمة بعد انتقالك. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات.

أثناء تلقيك خدمات تنسيق الانتقال من CCT، ستتحمل خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تكاليف الخدمات المدرجة في مخطط المزايا في القسم (D) من هذا الفصل.

ليس هناك تغيير في ميزة تغطية الأدوية من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

لا تتم تغطية الأدوية من قبل برنامج CCT. وسوف تواصل تلقي ميزة الأدوية الطبيعية الخاصة بك من خلال Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على الفصل 5 القسم (F).

ملاحظة: إذا احتجت لرعاية انتقال لا تتعلق ببرنامج CCT، يجب عليك الاتصال بمدير الرعاية لترتيب الخدمات. وتعرف رعاية الانتقال التي لا تتعلق ببرنامج CCT بأنها الرعاية غير المتعلقة بانتقالك من المؤسسة/المرفق. يمكنك الاتصال بمدير الرعاية عن طريق الاتصال بالعناية بالملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع وتحديد خيار مدير الرعاية عندما تكون في قائمة الانتظار.

E2. Medi-Cal Dental Program

تتوفر خدمات أسنان معينة من خلال Medi-Cal Dental Program؛ على سبيل المثال، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية وعمليات التنظيف والعلاجات بالفلوريد
- الترميمات والتيجان
- علاج قناة الجذر

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



• تعديلات أطقم الأسنان وإصلاحاتها وإعادة تخطيطها

تتوفر مزاي الأسنان في Medi-Cal Dental Program كرسوم مقابل خدمة. لمزيد من المعلومات، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بخصوص العثور على طبيب أسنان يقبل Medi-Cal Dental Program، يُرجى الاتصال على خط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (ويُتصل مستخدمو الهاتف النصي على الرقم 1-800-735-2922). تكون المكالمات مجانية. يُتاح ممثلو برنامج خدمات الأسنان Medi-Cal Dental لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك أيضًا زيارة موقع الإلكتروني dental.dhcs.ca.gov للحصول على مزيد من المعلومات.

بالإضافة إلى الرسوم مقابل الخدمة المقدمة من Medi-Cal Dental، يجوز أن تتلقى مزاي الأسنان من خلال خطة الرعاية المدارة للأسنان. تُتاح برامج الرعاية المدارة للأسنان في مقاطعة لوس أنجلوس. إذا كنت تريد معرفة مزيد من المعلومات عن خطط رعاية الأسنان، أو تحتاج إلى مساعدة في تحديد خطتك لرعاية الأسنان، أو تريد تغيير خطط الأسنان، فيُرجى الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. وتكون المكالمات مجانية.

E3. رعاية المحتضرين

يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج للمرضى المحتضرين معتمد من Medicare. لك الحق في اختيار وسيلة رعاية المحتضرين إذا قرر مقدم الخدمات ومدير الرعاية الطبية للمحتضرين تشخيص حالتك بأنها متأخرة. وهذا يعني أن مرضك في مرحلة متقدمة جدًا لا يُتوقع معها أن تعيش لأكثر من ستة أشهر. يمكن لطبيب المرضى المحتضرين أن يكون مقدم خدمات داخل الشبكة أو خارجها.

انظر مخطط المزاي الموضح في القسم (D) من هذا الفصل لمزيد من المعلومات عما تتحمله خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أثناء تلقيك خدمات رعاية المحتضرين.

بالنسبة لخدمات المحتضرين والخدمات المغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare التي تتعلق بحالتك المتأخرة:

- سيقوم مقدم الخدمات للمحتضرين بحاسبة Medicare على خدماتك. سوف تتحمل Medicare تكاليف خدمات المحتضرين المتعلقة بحالتك المتأخرة. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات.

بالنسبة للخدمات المغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare التي لا تتعلق بحالتك المتأخرة (باستثناء الرعاية الطارئة أو الضرورية العاجلة):

- سيقوم مقدم الخدمات بحاسبة Medicare على خدماتك. وسيقوم برنامج Medicare بالدفع مقابل الخدمات المغطاة في الجزأين (A) أو (B) من برنامج Medicare. ولن تتحمل تكاليف هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بميزة الجزء (D) في Medicare الخاصة بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:

- لا تتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على الفصل 5 القسم (F).

ملاحظة: إذا احتجت لرعاية لا تتعلق بالمحتضرين، فيجب عليك الاتصال بمدير الرعاية لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالمحتضرين عبارة عن رعاية لا تتعلق بحالتك المتأخرة. يمكنك الاتصال بمدير الرعاية عن طريق الاتصال بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع وتحديد خيار مدير الرعاية عندما تكون في قائمة الانتظار.



F. المزايا غير المغطاة من قبل Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan أو Medicare أو Medi-Cal

يوضح لك هذا القسم أنواع المزايا المستثناة من قبل الخطة. الاستثناء يعني أنك لن تدفع مقابل هذه المزايا. لن يدفع Medicare و Medi-Cal مقابل أي منها.

تسرد القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لم تتم تغطيتها من جانبنا تحت أي ظروف وبعض الخدمات والعناصر التي تم استثناءها من جانبنا فقط في بعض الحالات.

لن نقوم بالدفع مقابل المزايا الطبية المستثناة المدرجة في هذا القسم (أو أي مكان آخر في كتيب الأعضاء هذا) باستثناء ما يوافق الشروط المحددة الموضحة. إذا اعتقدت أننا يجب أن ندفع مقابل خدمة غير مغطاة، فيمكنك تقديم التماس. لمزيد من المعلومات بشأن تقديم التماس، انظر الفصل 9 الأقسام (D) و (E) و (F) و (Z).

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود واردة في مخطط المزايا، لن تتم تغطية العناصر والخدمات التالية من قبل خطتنا:

- الخدمات التي لا تعتبر "معقولة وضرورية طبيًا"، وفقًا لمعايير Medicare و Medi-Cal، ما لم تكن هذه الخدمات مدرجة بخطتنا كخدمات مغطاة.
- الأدوية والعناصر والعلاجات الجراحية والطبية التجريبية، ما لم تكن مغطاة من خلال Medicare أو بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو من خلال خطتنا. انظر الفصل 3 الصفحة 53 لمزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية. العلاج التجريبي والعناصر التجريبية هي تلك غير المقبولة عمومًا من قبل المجتمع الطبي.
- العلاج الجراحي للسمنة المرضية، إلا عندما يكون ذا ضرورة طبية وكان Medicare يدفع مقابلها.
- غرفة خاصة في مستشفى، باستثناء إذا كانت ذات ضرورة طبية.
- الممرضات الخصوصية.
- العناصر الشخصية الموجودة في غرفتك بالمستشفى أو مرفق التمريض، مثل الهاتف أو التلفزيون.
- رعاية التمريض بدوام كامل في منزلك.
- يتم دفع الرسوم من خلال الأقارب من الدرجة الأولى أو أفراد الأسرة.
- الإجراءات أو الخدمات الاختيارية أو التطوعية التحسينية (بما في ذلك فقدان الوزن ونمو الشعر والأداء الجنسي والأداء الرياضي والأغراض التجميلية ومقاومة الشيخوخة والأداء العقلي)، إلا عند الضرورة الطبية.
- الجراحة التجميلية أو العمل التجميلي الآخر، إلا عند الضرورة بسبب إصابة عارضة أو لاستئصال جزء من الجسم لم يتكون بشكل صحيح. إلا أننا سوف ندفع مقابل استئصال الثدي بعد استئصال الثدي وعلاج الثدي الآخر ليتلاءم معه.
- رعاية المعالجة اليدوية، بخلاف التعامل اليدوي مع العمود الفقري بما يتناسب مع إرشادات التغطية.
- رعاية القدمين الاعتيادية، باستثناء ما هو موضح ضمن خدمات طب الأقدام في مخطط المزايا بالقسم (D).
- الأحذية المقومة للعظام، باستثناء الأحذية التي تشكل جزءًا من سناد القدم والمدرجة في تكلفة السناد أو الأحذية الخاصة بالشخص المصاب بالقدم السكري.



- الأجهزة الداعمة للقدمين، باستثناء أحذية العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري.
- بضع القرنية الإشعاعي وجراحة الليزك وغيرها من مساعدات ضعف الإبصار الأخرى.
- عكس إجراءات التعقيم، وإمدادات وسائل منع الحمل من غير الموصوفة طبيًا.
- خدمات العلاج الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة).
- الخدمات المقدمة إلى المحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى. إلا أنه، عندما يحصل أحد المحاربين القدامى على الخدمات الطارئة في مستشفى للمحاربين القدامى وكانت قيمة تقاسم التكاليف في المستشفى أكثر من قيمة تقاسم التكاليف في خطتنا، فإننا سنقوم بتعويض المحارب فيما يتعلق بهذا الفرق. ما زلت مسؤولاً عن مبالغ تقاسم التكلفة الخاصة بك.



الفصل 5: الحصول على أدوية الوصفات للمريض الخارجي من خلال الخطة

مقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على أدوية وصفات المرضى الخارجيين. تلك الأدوية التي يطلبها لك مقدم الخدمات والتي تحصل عليها من الصيدلية أو بطلب عبر البريد. وتشمل الأدوية المشمولة في برنامج Medicare، الجزء (D) وMedi-Cal. يوضح لك الفصل 6 ما يجب دفعه مقابل هذه الأدوية. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

كما تغطي خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الأدوية التالية، على الرغم من أنه لن تتم مناقشتها في هذا الفصل:

- الأدوية المغطاة بموجب الجزء (A) من Medicare. وتشمل بعض الأدوية التي تقدم إليك أثناء وجودك في المستشفى أو في مرفق التمريض.
- الأدوية المغطاة بموجب الجزء (B) من Medicare. وتشمل هذه الأدوية بعض أدوية العلاج الكيماوي وبعض حقن العلاج المقدمة إليك خلال زيارة عيادة طبيب أو مقدم خدمات آخر، إضافة إلى الأدوية المقدمة في عيادة غسيل الكلى. للتعرف على المزيد حول أدوية Medicare، الجزء (B) المغطاة، انظر مخطط المزايا في الفصل 4 القسم (D).

قواعد تغطية أدوية المرضى الخارجيين بالخطة

سوف نغطي أدويةك عادة طالما أنك تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

يجب أن يكتب طبيبك أو مقدم خدمات آخر وصفتك الطبية. هذا الشخص عادة يكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. وقد يكون مقدم خدمات آخر إذا كان مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قد أحالك إليه للحصول على الرعاية.

وبوجه عام، يتعين عليك استخدام صيدلة تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية.

يجب أن يكون دواؤك الموصوف ضمن قائمة الأدوية المغطاة للخطة. نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا.

- إذا لم يكن موجودًا في قائمة الأدوية، فيمكننا تغطيته من خلال تقديم استثناء لك.

- انظر الفصل 9 للتعرف على المزيد حول طلب استثناء.

يتعين استخدام دوائك لمقتضى مقبول طبيًا. وهذا يعني أن استخدام الدواء إما مقبول من قبل إدارة الأغذية والأدوية أو مدعوم من مراجع طبية معيَّنة. جميع الأدوية التي تستخدم لعلاج حالات غير مدعومة بواسطة إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) أو الكتب المرجعية يُطلق عليها الأدوية المستخدمة "للأغراض غير المرخص لها". الأدوية المستخدمة للأغراض غير المرخص لها غير مقبولة طبيًا وبالتالي لا تكون ميزة مغطى إلا في الحالات التالية:

- أن يكون الاستخدام "غير المرخص له" مذكورًا في أحد الكتب المرجعية المعتمدة من قبل CMS.
- ذكر هذه الأدوية في مقالين (2) بمجلتين طبييتين شهيرتين تطرحان بيانات تؤكد الاستخدام الآمن والفعال للاستخدام أو الاستخدامات غير المرخصة (ينطبق ذلك على الأدوية التي تطلبها Medi-Cal فقط).



جدول المحتويات

108	A. صرف وصفاتك الطبية.....
108	A1. صرف وصفاتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة.....
108	A2. استخدام بطاقة هوية عضويتك عند صرف وصفة طبية.....
108	A3. ما الذي يجب عليك فعله إذا قمت بالتغيير إلى صيدلية أخرى بالشبكة.....
108	A4. ما الذي تفعله إذا غادرت صيدليتك الشبكة.....
108	A5. استخدام صيدلية متخصصة.....
109	A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدوية.....
111	A7. الحصول على إمداد أدوية طويل الأجل.....
111	A8. استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة الخطة.....
111	A9. رد المبلغ لك إذا دفعت مقابل وصفة طبية.....
111	B. قائمة أدوية الخطة.....
112	B1. الأدوية في قائمة الأدوية.....
112	B2. كيفية العثور على أحد الأدوية في قائمة الأدوية.....
112	B3. الأدوية غير الموجودة في قائمة الأدوية.....
113	B4. مستويات تقاسم التكلفة للأدوية الموجودة في قائمة الأدوية.....
113	C. القيود على بعض الأدوية.....
114	D. أسباب عدم تغطية دوائك.....
114	D1. الحصول على إمداد مؤقت.....
116	E. التغييرات في تغطية أدوية.....
118	F. تغطية الدواء في حالات خاصة.....
118	F1. إذا كنت في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية حاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا.....
118	F2. إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأجل.....
118	F3. إذا كنت في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare.....
118	G. برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها.....



- G1. برامج تساعد الأعضاء في استخدام الأدوية بطريقة آمنة..... 118
- G2. برامج لمساعدة الأعضاء في إدارة أدويتهم..... 119
- G3. برنامج إدارة الأدوية لمساعدة الأعضاء في استخدام الأدوية الأفيونية بأمان..... 119



A. صرف وصفاتك الطبية

A1. صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، سوف ندفع مقابل الوصفات الطبية فقط إذا تم صرفها من أي صيدلية تابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي صيدلية وافقت على صرف أدوية الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك الذهاب لأي صيدلية تابعة لشبكتنا.

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، يمكنك النظر في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو زيارة الموقع الإلكتروني أو الاتصال بالعناية بالعملاء أو بمدير رعايتك.

A2. استخدام بطاقة هوية عضويتك عند صرف وصفة طبية

لصرف الوصفة الطبية، أبرز بطاقة هوية عضويتك في الصيدلية التابعة للشبكة. سوف نحاسبنا صيدلية الشبكة على نصيبنا من تكلفة دواء الوصفة الطبية المشمول. يتعين عليك فقط سداد المدفوعات المشتركة للصيدلية عند صرف الوصفة الطبية.

إذا لم يكن لديك بطاقة هوية عضويتك عند صرف وصفتك الطبية، فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات الضرورية.

إذا كانت الصيدلية غير قادرة على الحصول على المعلومات الضرورية، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند تلقيها. بعد ذلك، يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك. إذا لم تكن قادرًا على سداد مقابل الدواء، فاتصل بالعناية بالعملاء على الفور. سنفعل ما بوسعنا للمساعدة.

• للتعرف على كيفية مطالبتنا برد المبلغ لك، انظر الفصل 7 القسمين (A) و(B).

• إذا كنت بحاجة للمساعدة في صرف وصفة طبية، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء أو بمدير رعايتك.

A3. ما الذي يجب عليك فعله إذا قمت بالتغيير إلى صيدلية أخرى بالشبكة

عند تغيير الصيدليات والحاجة إلى إعادة صرف وصفة طبية، يمكنك المطالبة بوصفة طبية جديدة مكتوبة من خلال مقدم خدمات أو مطالبة الصيدلية بتحويل الوصفة الطبية إلى صيدلية جديدة في حالة بقاء أي عمليات إعادة صرف.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في تغيير الصيدلية التابعة للشبكة، يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء أو بمدير رعايتك.

A4. ما الذي تفعله إذا غادرت صيدليتك الشبكة

إذا انسحبت الصيدلية التي تستخدمها من شبكة الخطة، فسيتم عليك إيجاد صيدلية جديدة تابعة للشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، يمكنك النظر في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو زيارة الموقع الإلكتروني أو الاتصال بالعناية بالعملاء أو بمدير رعايتك.

A5. استخدام صيدلية متخصصة

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

• الصيدليات التي تقدم الأدوية للعلاج بالحقن المنزلي.

• صيدليات تقدم الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل دار ترميز.



- عادة، تشتمل مرافق الرعاية طويلة الأجل على صيدياتها الخاصة. إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، فيجب أن نتأكد من إمكانية حصولك على الدواء الذي تحتاجه من صيدلية المرفق.
 - إذا لم تكن صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل ضمن شبكتنا، أو إذا واجهتك أي صعوبة في الوصول إلى مزايا الدواء في مرفق رعاية طويلة الأجل، فيرجى الاتصال بالعملاء.
 - الصيدليات التي تخدم الخدمة الصحية للهنود/برنامج الصحة الهندي القبلي/الحضري للهنود. باستثناء حالات الطوارئ، يمكن فقط للمواطنين الأمريكيين الأصليين أو مواطني ألاسكا استخدام هذه الصيدليات.
 - صيدليات تقدم الأدوية التي تتطلب تعاملاً خاصاً وتعليمات عند استخدامها.
- للغشور على صيدلية مخصصة، يمكنك النظر في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو زيارة الموقع الإلكتروني أو الاتصال بالعملاء أو بمدير رعايتك.

A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدوية

- لأنواع محددة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد من شبكة الخطة. عمومًا، تمثل الأدوية المتاحة من خلال الطلب عبر البريد، الأدوية التي تأخذها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. يتم تعليم الأدوية المتوفرة عبر خدمة خطتنا بطلب عبر البريد كأدوية تطلب عبر البريد في قائمة أدويتنا.
- تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد المتاحة بخطتنا طلب إمداد لمدة تصل إلى 100 يوم للأدوية الموجودة في المستوى 1 وإمداد لمدة 90 يومًا للأدوية في المستوى 2 و3. الإمداد لمدة 90 يومًا و100 يوم يكون بنفس مبلغ المشاركة في السداد للإمداد لمدة شهر واحد.

لصرف وصفاتي الطبية عبر البريد

- للحصول على معلومات حول صرف الوصفات عبر البريد، اقرأ التعليمات أدناه، أو تفضل بزيارة خدمات الطلب عبر البريد في CVS Caremark على الإنترنت على www.caremark.com أو اتصل على الرقم 1-866-346-7200 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. يمكنك أيضًا الاتصال بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan باستخدام رقم الهاتف الموجود في أسفل هذه الصفحة.

لصرف وصفاتك عبر البريد:

- سجّل في خدمات الطلب عبر البريد في CVS Caremark على الإنترنت على www.caremark.com أو عبر الهاتف على الرقم 1-866-346-7200 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع.
- بعد التسجيل، ستحتاج خدمات الطلب عبر البريد في CVS Caremark إلى وصفتك. يمكنك إرسال وصفتك إلى CVS Caremark بالطرق التالية:
 - إلكترونيًا - مطالبة طبيبك بإرسال وصفة إلكترونية لإمداد لمدة 90 أو 100 يوم إلى CVS Caremark. ويُعرف هذا باسم "وصف الأدوية إلكترونيًا" ويمثل الطريقة الأبسط لإرسال وصفة.
 - عبر الهاتف أو الفاكس - مطالبة طبيبك بإرسال وصفة لإمداد لمدة 90 يومًا إلى CVS Caremark من خلال الاتصال برقم 1-800-378-5697 أو من خلال إرسال الوصفة عبر الفاكس إلى 1-800-378-0323.
 - عبر البريد - يمكنك إرسال الوصفة التي كتبها لك طبيبك عبر البريد من خلال إكمال نموذج طلب خدمة البريد، مبلغ المشاركة في السداد لخدمة البريد وإرساله إلى:



CVS Caremark
P.O. Box 659541
San Antonio, TX 78265-9541

- اتصل بالعبارة بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. تسعدنا مساعدتك المتعلقة باستخدام خدمات الطلب عبر البريد، وإرسال نماذج الطلبات إذا كنت بحاجة إليها.

عادة، سوف تصلك وصفتك الطبية المطلوبة عبر البريد في غضون 10 إلى 14 يومًا. إلا أنه، أحيانًا، قد يتأخر الطلب عبر البريد الخاص بك. في حالة حدوث ذلك، يُرجى الاتصال بالعملاء للحصول على مساعدة.

عمليات الطلب عبر البريد

تضم خدمة الطلب عبر البريد إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من عيادة مقدم الخدمات، وتقوم بإعادة صرف الوصفات الطبية المطلوبة عبر البريد:

1. الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية منك

سوف تقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها منك وتقوم بتوصيلها إليك.

2. وصفات طبية جديدة تتلقاها الصيدلية مباشرةً من مكتب مقدم الخدمات

بعد تلقي الصيدلية وصفة طبية من مقدم الرعاية الصحية، سوف تتصل بك للتحقق مما إذا كنت ترغب في صرف الدواء فورًا أو في وقت لاحق.

- سوف يوفر لك ذلك فرصة للتأكد من تسليم الصيدلية للدواء الصحيح (بما في ذلك الفعالية والمقدار والتكوين) وعند الضرورة تسمح لك بإيقاف أو تأجيل الطلب قبل المحاسبة والشحن.

- ومن المهم أن ترد في كل مرة يتم الاتصال بك فيها من جانب الصيدلية، لتعريفهم بما يجب القيام به مع الوصفة الطبية الجديدة وللحيلولة دون أي تأخيرات في الشحن.

3. إعادة صرف الوصفات الطبية عبر الطلب بالبريد

إعادة صرف الأدوية الخاصة بك، لك الخيار في الاشتراك ببرنامج إعادة الصرف التلقائي الذي يطلق عليه، "عمليات إعادة الصرف التلقائية". وبموجب هذا البرنامج، سنبداً عملية إعادة صرف الدواء التالية تلقائيًا عندما تظهر سجلاتنا قُرب نفاذ الدواء.

- سوف تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل عملية صرف للتأكد من أنك تحتاج إلى مزيد من الأدوية وأنك يمكنك إلغاء عمليات الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الأدوية أو إذا تم تغيير دوائك.

- إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة صرف الأدوية التلقائي، فيرجى الاتصال بالصيدلية قبل 14 يومًا من انتهاء الدواء لديك للتأكد من شحن الطلب التالي في الوقت المناسب.

إلغاء الاشتراك في البرنامج الذي يعمل على تجهيز عمليات إعادة صرف الطلبات عبر البريد تلقائيًا، يرجى الاتصال بنا من خلال التواصل مع خدمات الطلب عبر البريد في CVS Caremark على الرقم 1-866-346-7200 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع.

وعليه، يمكن للصيدلية الاتصال بك لتأكيد طلبك قبل الشحن، يرجى التأكد من إعلام الصيدلية بأفضل طرق الاتصال بك. يرجى ضمان تحديث معلومات اتصالك دومًا لدى خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. إذا كنت في حاجة



لتحديث رقم الهاتف أو العنوان، فيرجى الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan (رقم الهاتف موجود أسفل هذه الصفحة).

A7. الحصول على إمداد أدوية طويل الأجل

يمكنك الحصول على إمداد أدوية المداومة طويل الأجل في قائمة أدوية البرنامج. تمثل أدوية المداومة الأدوية التي تأخذها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.

تسمح لك بعض صيدليات الشبكة بالحصول على إمداد أدوية مداومة طويل الأجل. الإمداد لمدة 100 يوم للأدوية الموجودة في المستوى 1 والإمداد لمدة 90 يومًا للأدوية في المستوى 2 و3 يكون بنفس نظام مبلغ المشاركة في السداد للإمداد لمدة شهر واحد. يخبرك دليل مقدمي الخدمات والصيديات بالصيديات التي يمكنها أن تقدم لك إمدادًا طويل الأجل من أدوية المداومة. يمكنك أيضًا الاتصال بالعناية بالعملاء لمزيد من المعلومات.

لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد من شبكة الخطة للحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. ارجع إلى القسم أعلاه للتعرف على المزيد حول خدمات الطلب عبر البريد.

A8. استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة الخطة

عمومًا، نحن ندفع مقابل الأدوية التي تصرف في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلية تابعة للشبكة. لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة الخدمة حيث يمكنك صرف وصفاتك كعضو بالخطة.

سوف ندفع مقابل الوصفات الطبية المصروفة من صيدلية خارج الشبكة في الحالات التالية:

- في حالات الطوارئ
- في حال ابتعادك عن منطقة الخدمة الخاصة بنا لمدة تزيد على 6 أشهر

نوصي بصرف جميع الوصفات الطبية قبل السفر خارج المنطقة بحيث يكون لديك إمداد كافٍ. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة تتعلق بالحصول على إمداد كافٍ قبل مغادرتك، فيرجى الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

في هذه الحالات، يرجى التحقق أولاً من العناية بالعملاء للتعرف على ما إذا كان هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

A9. رد المبلغ لك إذا دفعت مقابل وصفة طبية

إذا كان يجب عليك استخدام صيدلية من خارج الشبكة، فسيتعين عليك عمومًا دفع كامل التكلفة بدلاً من المشاركة في السداد عندما تحصل على الوصفة الطبية. يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة.

للتعرف على المزيد حول ذلك، انظر الفصل 7 القسم (A).

B. قائمة أدوية الخطة

لدينا قائمة الأدوية المغطاة. نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا.

تم اختيار الأدوية المدرجة في هذه القائمة من خلالنا بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. وتخبرك قائمة الأدوية أيضًا بما إذا كان هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدوية.

سنغطي بوجه عام الدواء المشمول في قائمة الأدوية للخطة طالما كنت تتبع القواعد الموضحة في هذا الفصل.



B1. الأدوية في قائمة الأدوية

تشمل قائمة الأدوية، الأدوية المغطاة في الجزء (D) من Medicare وبعض أدوية الوصفات الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية والمنتجات المغطاة بموجب مزايا برنامج Medi-Cal.

تشمل قائمة الأدوية على كل من الأدوية ذات الأسماء التجارية، مثل جانوفيا، والأدوية الجينية، مثل ميتفورمين. الأدوية الجينية تتكون من نفس المكونات النشطة لإصدارات الأدوية ذات الأسماء التجارية. عمومًا، هذه الأدوية لها نفس تأثير الأدوية ذات الأسماء التجارية وعادة ما تكون تكلفتها أقل.

كما أن خطتنا أيضًا تغطي أدوية ومنتجات متاحة بدون وصفة طبية. تبلغ تكلفة بعض الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية أقل من أدوية الوصفات الطبية وتعمل بنفس الفعالية. لمزيد من المعلومات، اتصل بالعبارة بالعملاء.

B2. كيفية العثور على أحد الأدوية في قائمة الأدوية

لمعرفة ما إذا كان الدواء الذي تتناوله متوفرًا بقائمة الأدوية، يمكنك القيام بما يلي:

- تحقق من قائمة الأدوية الأحدث التي أرسلناها لك في البريد.
- تفضل بزيارة موقع الخطة على الويب www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. قائمة الأدوية المتوفرة على الموقع الإلكتروني دائمًا ما تكون هي الأحدث.
- اتصل بالعبارة بالعملاء للاطلاع على ما إذا كان أحد الأدوية في قائمة أدوية الخطة أو لطلب نسخة من القائمة.

B3. الأدوية غير الموجودة في قائمة الأدوية

لا نغطي جميع أدوية الوصفات الطبية. بعض الأدوية ليست في قائمة الأدوية نظرًا لأن القانون لا يسمح لنا بتغطيتها. في حالات أخرى، قررنا ألا نضم دواءً متاحًا في قائمة الأدوية.

لن تدفع خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مقابل الأدوية المدرجة في هذا القسم. يطلق على هذه الأدوية، الأدوية المستثناة. إذا حصلت على وصفة لدواء مستثنى، فیتعين عليك دفع ثمنه بنفسك. إذا اعتقدت أنه يجب أن ندفع مقابل دواء مستثنى نظرًا لحالتك، فيمكنك تقديم التماس. (للتعرف على كيفية تقديم التماس، انظر الفصل 9 القسم (F)).

فيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستثناة:

1. لا يمكن لميزة تغطية أدوية المرضى الخارجيين بخطتنا (التي تشمل على أدوية الجزء (D) و Medi-Cal) تحمل تكلفة دواء قد يكون مغطى بالفعل ضمن الجزء (A) أو (B) في Medicare. تتم تغطية الأدوية المغطاة ضمن الجزء (A) أو (B) في Medicare ضمن خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan مجانًا، ولكنها لا تعتبر جزءًا من مزايا الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين.
 2. لا يمكن لخطة تغطية الدواء الذي يتم شراؤه من خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
 3. يتعين أن يكون استخدام الدواء إما معتمدًا من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا من مراجع طبية محددة كعلاج لحالتك. يمكن أن يصف طبيبك دواءً معيّنًا لعلاج حالتك، رغم أنه لم يتم اعتماده 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.
- لا تتم أيضًا تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه بواسطة Medicare أو Medi-Cal بموجب القانون.

- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة



- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لدعم نمو الشعر
- الأدوية المستخدمة لعلاج الخلل في الانتصاب أو الأداء الجنسي مثل Viagra® و Cialis® و Levitra® و Caverject®
- أدوية المرضى الخارجيين عندما تفيد الشركة التي تصنع الأدوية أنه يجب أن تجري اختبارات أو خدمات تجرى من جانبهم فقط

B4. مستويات تقاسم التكلفة للأدوية الموجودة في قائمة الأدوية

كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة مدرج في واحد من مستويات تقاسم التكلفة الأربعة (4). ويعد المستوى مجموعة من الأدوية تشترك في صفة واحدة (على سبيل المثال، أسماء تجارية، أو جنيسة، أو أدوية تُصرف بدون وصفة طبية (OTC)). وبشكل عام، كلما زاد مستوى تقاسم التكلفة، زادت تكلفتك مقابل الدواء.

- يتضمن المستوى 1 من تقاسم التكلفة (أقل مستوى لدينا) الأدوية الجنيسة المفضلة لدينا.
- يتضمن المستوى 2 من تقاسم التكلفة الأدوية الجنيسة.
- يتضمن المستوى 3 من تقاسم التكلفة (أعلى مستوى لدينا) الأدوية ذات الأسماء التجارية.
- يتضمن المستوى 4 من تقاسم التكلفة الأدوية غير المشمولة في Medicare والأدوية المتاحة بدون وصفة.

للعثور على مستوى تقاسم التكلفة الذي يوجد الدواء به، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

يوضح لك الفصل 6 الأقسام (C) و (D) و (E) ما يجب دفعه مقابل هذه الأدوية في كل مستويات تقاسم التكلفة.

C. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة لأدوية وصفات معينة، تقيد القواعد الخاصة بطريقة ووقت تغطية الخطة لها. بشكل عام، تشجعك قواعدا على الحصول على دواء مناسب لحالتك الطبية وآمن وفعال. في حال عمل دواء أقل تكلفة بنفس كفاءة دواء أعلى تكلفة، فإننا نتوقع من مقدم الخدمات لديك وصف الدواء الأقل تكلفة.

في حال وجود قاعدة خاصة لدوائك، فهذا يعني عادة أنك ستخذ أنت أو مقدم الخدمات لديك خطوات إضافية لنا لتغطية الدواء. على سبيل المثال، قد يتعين على مقدم الخدمات لديك إخبارنا بشأن التشخيص الخاص بك أو توفير نتائج اختبارات الدم أولاً. في حال اعتقادك أنت أو مقدم الخدمات بأن قاعدتنا يجب ألا تنطبق على حالتك، يجب عليك أن تطلب منا إجراء استثناء. قد نوافق أو نرفض السماح لك باستخدام الدواء بدون اتخاذ خطوات إضافية.

لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، انظر الفصل 9 (و2).

1. تقييد استخدام دواء ذي اسم تجاري عند توفر إصدار جنيس

بوجه عام، يعمل الدواء الجنيس مثل الدواء ذي العلامة التجارية وعادة ما تكون تكلفته أقل. في معظم الحالات، في حال وجود إصدار جنيس لدواء ذي اسم تجاري، ستقدم صيدليات الشبكة لك الإصدار الجنيس.

- لن ندفع لك عادة مقابل الدواء ذي الاسم التجاري في حال وجود إصدار جنيس.



- ومع ذلك، في حال إبلاغنا من جانب مقدم الخدمات لديك بالسبب الطبي بعدم ملائمة الدواء الجينيس أو الأدوية الأخرى المشمولة التي تعالج نفس الحالة بالنسبة لك، فإننا سنقوم بتغطية الدواء ذي الاسم التجاري.
- قد تكون المشاركة في السداد الخاصة بك أكبر بالنسبة لدواء ذي اسم تجاري من الدواء الجينيس.

2. الحصول على موافقة الخطة مقدمًا

بالنسبة لبعض الأدوية، يتعين عليك أنت أو طبيبك الحصول على موافقة من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قبل صرف وصفتك. في حالة عدم حصولك على موافقة، ربما لا تقوم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بتغطية الدواء.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

بشكل عام، نريد منك تجربة الأدوية منخفضة التكلفة (التي غالبًا ما تكون لها نفس الفاعلية) قبل أن نقوم بتغطية الأدوية الأعلى تكلفة. على سبيل المثال، في حال معالجة الدواء (A) والدواء (B) لنفس الحالة الطبية، وكانت تكاليف الدواء (A) أقل من الدواء (B)، قد نطلب منك تجربة الدواء (A) أولاً.

في حال عدم ملائمة الدواء (A) بالنسبة لك، سنقوم بتغطية الدواء (B). ويُعرف ذلك باسم العلاج المرحلي.

4. حدود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نقوم بوضع حد على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. ويسمى ذلك حد الكمية. على سبيل المثال، قد نقيّد كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفتك الطبية.

لمعرفة ما إذا كانت تنطبق أي من هذه القواعد على دواء تتناوله أو تريد تناوله، اطلع على قائمة الأدوية. للاطلاع على أحدث المعلومات، اتصل بالعناية بالملاء أو اطلع على موقع الويب الخاص بنا على www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect

D. أسباب عدم تغطية دوائك

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

- الدواء الذي تريد تناوله غير مشمول في خطتنا. الدواء قد لا يكون مدرجًا في قائمة الأدوية. قد يكون الإصدار الجينيس من الدواء خاضعًا للتغطية، ولكن الإصدار ذا الاسم التجاري الذي تريد تناوله غير مشمول بالتغطية. قد يكون الدواء جديدًا ولم نقم بمراجعته فيما يتعلق بالسلامة والفاعلية حتى الآن.
- الدواء مشمول بالتغطية، ولكن هناك قواعد أو قيود خاصة على تغطية هذا الدواء. وكما هو موضح في القسم أعلاه، قد تكون لبعض الأدوية المشمولة في برنامجنا قواعد تقيّد استخدامها. وفي بعض الحالات، قد تريد أنت أو الواصف أن تطلب منا إجراء استثناء لقاعدة ما.

هناك أشياء يمكنك القيام بها في حال كان الدواء الخاص بك غير مشمول بالطريقة التي تريد.

D1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا توفير إمداد مؤقت لدواء ما في حال كان الدواء غير مدرج في قائمة الأدوية أو في حال كان مقيدًا بطريقة ما. هذا يتيح لك الوقت للتحدث مع مقدم الخدمات لديك بشأن الحصول على دواء مختلف أو مطالبتنا بتغطية الدواء.



للحصول على إمداد مؤقت من الدواء، يتعين عليك استيفاء القاعدتين التاليتين:

1. الدواء الذي كنت تتناوله:

- لم يعد مدرجًا في قائمة الأدوية، أو
- لم يكن مطلقًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، أو
- مقيد الآن بطريقة ما.

2. يتعين أن تكون ضمن واحدة من الحالات التالية:

- كنت في الخطة خلال العام الماضي.
 - سنقوم بتغطية إمداد مؤقت لدوائك خلال أول 90 يومًا من العام التقويمي.
 - يكون هذا الإمداد المؤقت إمدادًا لمدة تصل إلى 30 يومًا.
 - في حال كانت الوصفة لعدد أيام أقل، سنسمح لك بإعادة الصرف لعدة مرات لتوفير إمداد يصل إلى 30 يومًا بحد أقصى من الدواء. يتعين عليك صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الدواء الموصوف بكميات أقل في كل مرة لمنع حدوث أي هدر للكميات.
 - أنت جديد على خطتنا.
 - سنقوم بتغطية إمداد مؤقت لدوائك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في الخطة.
 - يكون هذا الإمداد المؤقت إمدادًا لمدة تصل إلى 30 يومًا.
 - في حال كانت الوصفة لعدد أيام أقل، سنسمح لك بإعادة الصرف لعدة مرات لتوفير إمداد يصل إلى 30 يومًا بحد أقصى من الدواء. يتعين عليك صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الدواء الموصوف بكميات أقل في كل مرة لمنع حدوث أي هدر للكميات.
 - إذا كنت جزءًا من الخطة لمدة تزيد على 90 يومًا، وتقيم في مرفق الرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى إمداد على الفور.
 - سنقوم بتغطية إمداد واحد لمدة 31 يومًا أو أقل في حال كانت وصفتك لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت الموضح أعلاه.
 - لطلب إمداد مؤقت من دواء، اتصل بالعناية بالعملاء.

عند الحصول على إمداد مؤقت من الدواء، يجب عليك التحدث مع مقدم الخدمات لديك لتحديد ما يجب عليك القيام به في حال نفاذ الإمداد الخاص بك. إليك الخيارات:

- يمكنك التغيير إلى دواء آخر.
- قد يصلح دواء مختلف تشمله تغطية خطتنا بطريقة جيدة معك. يمكنك الاتصال بالعناية بالعملاء لطلب قائمة أدوية مغطاة تعالج نفس الحالة الطبية. قد تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.



أو

- يمكنك طلب استثناء.

يمكنك أنت ومقدم الخدمات لديك مطالبتنا بإجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا بتغطية دواء حتى إن لم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية. أو يمكنك مطالبتنا بتغطية الدواء بدون قيود. إذا قال مقدم الخدمات إن لديك سببًا طبيًا وجيهاً لتستحق الاستثناء، فإنه يمكنه مساعدتك لطلب إجراء استثناء.

للتعرف على المزيد حول طلب استثناء، انظر الفصل 9 القسم (F).

إذا كنت بحاجة للمساعدة في طلب الاستثناء، يمكنك الاتصال بالعبارة بالعملاء أو مدير رعايتك.

E. التغييرات في تغطية أدويةك

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في 1 يناير، ولكن قد نضيف الأدوية أو نزيلها من قائمة الأدوية خلال العام. يجوز لنا أيضًا تغيير قواعدنا بشأن الأدوية. على سبيل المثال، يمكننا:

- تقرير طلب أو عدم طلب الحصول على موافقة مسبقة للحصول على الدواء. (الموافقة المسبقة هي تصريح من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قبل حصولك على الدواء.)
- زيادة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (وتسمى "حدود الكمية").
- زيادة أو تغيير قيود العلاج المرحلي على أحد الأدوية. (يعني العلاج المرحلي أنه يجب عليك أن تجرب أحد الأدوية قبل أن نغطي دواءً آخر.)

(لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية هذه، انظر القسم (C) في وقت سابق من هذا الفصل.)

إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا للتغطية في بداية السنة، فإننا لن نقوم بإزالة أو تغيير تغطية هذا الدواء بصورة عامة خلال بقية العام ما لم:

- يظهر دواء أرخص جديد في السوق يفيد بالقدر الذي يحدثه الدواء الموجود في قائمة الأدوية الحالية، أو
- نعلم أن أحد الأدوية ليس آمنًا، أو
- تتم إزالة دواء من السوق.

للحصول على مزيد من المعلومات حول ما يحدث عند إجراء تغييرات في قائمة الأدوية، يمكنك دومًا:

- الاطلاع على قائمة الأدوية المحدثة لدينا عبر الإنترنت على www.blueshieldca.com/promise/calmedicconnect أو
- اتصل بالعبارة بالعملاء للتحقق من قائمة الأدوية الحالية على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.

ستحدث بعض التغييرات على قائمة الأدوية فورًا. على سبيل المثال:



- أصبح دواء جنيس جديد متوفرًا. أحيانًا، يظهر دواء جنيس جديد في السوق يفيد بالقدر الذي يحدثه الدواء الذي يحمل العلامة التجارية الموجود في قائمة الأدوية الحالية. عندما يحدث ذلك، فقد نقوم بإزالة الدواء الذي يحمل العلامة التجارية ونضيف الدواء الجنيس الجديد، ولكن تكلفتك للدواء الجديد ستبقى مماثلة أو ستكون أقل.
عندما نضيف الدواء الجنيس الجديد، فقد نقرر أيضًا الاحتفاظ بالدواء ذي الاسم التجاري في القائمة مع تغيير قواعد أو حدود تغطيته.
- قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، ولكن سنرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.
- يمكنك أنت أو مقدم الخدمات طلب "استثناء" من هذه التغييرات. سنرسل لك إخطارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. يُرجى الاطلاع على الفصل 9 من هذا الكتيب لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات.
- سحب دواء من السوق. إذا صرحت إدارة الغذاء والدواء (FDA) بأن أحد الأدوية التي تحصل عليها ليس آمنًا أو أن الشركة المصنعة للدواء سحبه من السوق، فسوف نقوم بإزالته من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فسنعلمك بذلك. يمكننا إتاحة إعادة الصرف لمدة 60 يومًا من الدواء. يجب عليك أن تعمل مع مقدم الخدمات للتغيير إلى دواء مختلف سيكون فعالًا لحالتك وستغطيه الخطة.
- قد نجري تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. سنخبرك مقدمًا بهذه التغييرات الأخرى على قائمة الأدوية. قد تحدث هذه التغييرات في حالة:
 - توفير FDA (إدارة الغذاء والدواء) لإرشاد جديد أو وجود إرشادات سريرية جديدة حول دواء.
 - قيامنا بإضافة دواء جنيس غير جديد على السوق و
 - استبدال دواء يحمل اسمًا تجاريًا حاليًا في قائمة الأدوية أو
 - تغيير قواعد أو حدود التغطية للدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا.عند حدوث هذه التغييرات، سنقوم بما يلي:
 - إخبارك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء تغيير على قائمة الأدوية أو
 - سنعلمك ونمنحك إمدادًا لمدة 60 يومًا للدواء بعد مطالبتك بإعادة الصرف.وهذه الفترة كافية للتناقش مع طبيبك أو مع مقدم الوصفات الأخر. ويمكنه أن يساعدك على اتخاذ قرار بشأن ما يلي:
 - في حالة وجود دواء مشابه في قائمة الأدوية يمكنك تناوله بدلاً من ذلك أو
 - ما إذا كنت تطلب استثناءً من هذه التغييرات. للتعرف على المزيد حول الاستثناءات، انظر الفصل 9 القسم و.قد نجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً قمنا بتغطيته في بداية السنة، فإننا لن نقوم بإزالة أو تغيير تغطية هذا الدواء بصورة عامة خلال بقية العام.
- على سبيل المثال، إذا قمنا بإزالة دواء تتناوله أو قمنا بتقييد استخدامه، فإن التغيير لن يؤثر على استخدام الدواء لبقية العام.



F. تغطية الدواء في حالات خاصة

F1. إذا كنت في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية حاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا

في حال دخولك إلى مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية حاذقة من قبل خطتنا، فإننا سنقوم بشكل عام بتغطية تكلفة الأدوية الوصفات خلال فترة الإقامة. لن يتعين عليك دفع قيمة المشاركة في السداد. بمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الرعاية الترميضية الحاذقة، فإننا سنغطي أدويةك طالما أن الأدوية تستوفي جميع قواعدها الخاصة بالتغطية. للتعرف على المزيد حول تغطية الأدوية وما يجب علينا أن ندفعه، انظر الفصل 6.

F2. إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأجل

عادة، يكون لدى مرفق الرعاية طويلة الأجل، مثل دار التمريض أو صيدليته الخاصة أو الصيدلية التي تورد الأدوية لكل المقيمين بها. إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، فقد تحصل على أدويةك الموصوفة طبيًا من خلال صيدلية المرفق إذا كانت جزءًا من شبكتنا.

اطلع على دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل الخاصة بك جزءًا من شبكتنا. وإن لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فيرجى الاتصال بالعملاء.

F3. إذا كنت في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare

لا تتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت.

• في حال تسجيلك في برنامج رعاية المحتضرين الخاص بـ Medicare وكنت تطلب دواءً للألم أو مانعًا للغثيان أو مليّنًا أو مضادًا للقلق غير مغطى في برنامج رعاية المحتضرين لأنه غير متعلق بمرضك الخطير والحالات ذات الصلة، يتعين أن نتلقى خطتنا إخطارًا من الطبيب الوصف أو مقدم رعاية المحتضرين بأن الدواء ليس له علاقة بمرضك قبل أن تقوم خطتنا بتغطية الدواء.

• لمنع عمليات التأخير في استلام الأدوية غير ذات الصلة التي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم رعاية المحتضرين أو الطبيب الوصف لك التأكد من حصولنا على إخطار بأن الدواء ليس له صلة قبل طلب صرف الوصفة من الصيدلية.

في حال مغادرتك مأوى رعاية المحتضرين، يجب أن تغطي خطتنا جميع الأدوية الخاصة بك. لمنع أي تأخير بالصيدلية عند انتهاء مزايا رعاية المحتضرين الخاصة بـ Medicare، يجب عليك إحضار وثيقة للصيدلية لإثبات مغادرتك لمأوى رعاية المحتضرين. انظر الأجزاء السابقة من هذا الفصل الذي يسرد القواعد الخاصة بالحصول على تغطية الدواء بموجب الجزء (D).

للتعرف على المزيد بشأن الميزة الخاصة برعاية المحتضرين، انظر الفصل 4 القسم (D).

G. برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها

G1. برامج تساعد الأعضاء في استخدام الأدوية بطريقة آمنة

في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة، نقوم نحن بالبحث عن المشكلات المحتملة مثل الأخطاء في الأدوية أو الأدوية التي:

- قد لا تكون مطلوبة نظرًا لأنك تتناول دواءً آخر له نفس المفعول
- قد لا تكون آمنة لسنك أو جنسك



- يمكن أن تضر بك في حال تناولها في نفس الوقت
- تحتوي على مكونات تعاني بالفعل أو ربما تعاني من حساسية تجاهها
- تحتوي على كميات غير آمنة من أدوية تخفيف الألم أفيونية المفعول

في حال اكتشافنا لأي مشكلة محتملة في استخدامك لأدوية الوصفات، سنقوم بالتعاون مع مقدم الخدمات لديك لتصحيح المشكلة.

G2. برامج لمساعدة الأعضاء في إدارة أدويتهم

في حال تناول أدوية لحالات طبية مختلفة و/أو إذا كنت في برنامج إدارة الأدوية لمساعدتك في استخدام الأدوية الأفيونية بأمان، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات دون أي تكلفة تتكبدتها من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). يساعدك هذا البرنامج أنت ومقدم الخدمات لديك في التأكد من أن أدويةك تعمل على تحسين صحتك. سيقدم الصيدلي أو مهني صحي آخر مراجعة شاملة بشأن جميع أدويةك ويتحدث معك بشأن ما يلي:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها
- أي مخاوف لديك، مثل تكاليف الدواء وتفاعلاته
- الطريقة الأفضل لتناول الأدوية
- أي تساؤلات أو مشكلات لديك بشأن وصفتك والأدوية المتاحة بدون وصفات

ستحصل على ملخص كتابي بشأن هذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة عمل خاصة بالدواء توصي بما يمكنك القيام به لتحقيق أقصى استفادة من أدويةك. يمكنك أيضاً الحصول على قائمة أدوية شخصية تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها وسبب تناولك لها. إضافة إلى ذلك، ستحصل على معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تعد من المواد الخاضعة للرقابة.

تعد جدولة مراجعة دوائك قبل إجراء زيارة "العافية" السنوية فكرة جيدة، بحيث يمكنك التحدث مع طبيبك بشأن قائمة الأدوية وخطة العمل الخاصة بك. أحضر خطة العمل وقائمة الأدوية معك أثناء زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه إلى الأطباء والصيدال ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لديك. خذ أيضاً قائمة الأدوية معك في زيارتك للمستشفى أو غرفة الرعاية.

برامج إدارة العلاج الدوائي اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فسنقوم بتسجيلك في البرنامج وإرسال المعلومات إليك. إن لم ترد أن تكون جزءاً من البرنامج، يُرجى إعلامنا وسنخرجك من البرنامج.

إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص هذه البرامج، فيرجى الاتصال بالعناية بالعملاء أو بمدير رعايتك.

G3. برنامج إدارة الأدوية لمساعدة الأعضاء في استخدام الأدوية الأفيونية بأمان

خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لديها برنامج يمكنه مساعدة الأعضاء في استخدام الأدوية الأفيونية الموصوفة بأمان والأدوية الأخرى التي كثيراً ما تتم إساءة استخدامها. يُعرف هذا البرنامج باسم برنامج إدارة الأدوية (DMP).

إذا استخدمت أدوية أفيونية حصلت عليها من العديد من الأطباء أو الصيدليات أو إذا تناولت جرعة أفيونية زائدة مؤخراً، فقد نتحدث مع أطباءك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري من الناحية الطبية. من خلال العمل مع أطباءك، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينات غير آمن، فقد نعمل على تقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية. قد تشمل القيود على:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات لهذه الأدوية من صيدلية واحدة و/أو من طبيب واحد



● **تقييد مقدار هذه الأدوية التي سنغطيها لك**

إذا اعتقدنا أنه يجب تطبيق واحد أو أكثر من القيود عليك، فسنرسل لك خطابًا مقدمًا. سيوضح الخطاب القيود التي نعتقد أنه يجب تطبيقها.

ستكون لديك فرصة لإخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات نعتقد أنه من المهم لنا العلم بها. إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية بعد حصولك على فرصة للاستجابة، فإننا سنرسل لك خطابًا آخر يؤكد على القيود.

إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ أو لا توافق على أنك عرضة لخطر إساءة استخدام الأدوية الموصوفة أو لا توافق على القيد، يمكنك أنت وواصف الأدوية تقديم التماس. إذا قدمت التماسًا، فإننا سنراجع حالتك ونصدر لك قرارنا. إذا واصلنا رفض أي جزء من التماسك المتعلق بالقيود على وصولك إلى هذه الأدوية، فإننا سنرسل حالتك تلقائيًا إلى كيان المراجعة المستقل (IRE). (للتعرف على كيفية تقديم التماس ولمعرفة المزيد عن IRE، انظر الفصل 9.)

قد لا ينطبق برنامج DMP عليك إذا كنت:

- تعاني من حالات طبية معينة مثل السرطان، أو مرض أنيميا الخلايا المنجلية،
- تحصل على رعاية المحتضرين أو رعاية تلطيفية أو الرعاية عند الاحتضار، أو
- تعيش في مرفق رعاية طويل الأجل.



الفصل 6: ما الذي تدفعه مقابل أدوية وصفات Medicare و Medi-Cal

مقدمة

يوضح هذا الفصل ما تدفعه للحصول على أدوية وصفات المرضى الخارجيين. نعني بكلمة "الأدوية":

- أدوية وصفات الجزء (D) من Medicare، و
- الأدوية والعناصر التي يغطيها برنامج Medi-Cal، و
- الأدوية والعناصر التي تغطيها الخطة كمزايا إضافية.

نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، فأنت تحصل على "مساعدة إضافية" من Medicare للمساعدة في دفع تكلفة أدوية وصفات Medicare، الجزء (D).

المساعدة الإضافية عبارة عن برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في تقليل تكاليف أدوية وصفات الجزء (D) من Medicare، مثل الأقساط والخصومات ومبالغ المشاركة في السداد. كما يطلق على المساعدة الإضافية "إعانة الدخل المنخفض"، أو "LIS".

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

للتعرف على المزيد بشأن أدوية الوصفات، يمكنك مطالعة هذه الأماكن:

- قائمة الأدوية المغطاة الخاصة بنا.
 - نسمي ذلك "قائمة الأدوية". توضح:
 - الأدوية التي يجب أن ندفع مقابلها
 - تحت أي مستوى من مستويات تقاسم التكلفة الأربعة (4) يندرج كل دواء
 - إذا كانت هناك أي قيود على الأدوية
 - إذا كنت في حاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية، فاتصل بالعناية بالعملاء. كما يمكنك أيضًا العثور على قائمة الأدوية على الموقع الإلكتروني www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect. قائمة الأدوية المتوفرة على الموقع الإلكتروني دائمًا ما تكون هي الأحدث.

الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا.

- يوضح الفصل 5 كيفية الحصول على أدوية وصفات المرضى الخارجيين من خلال خطتنا.
- فهو يشمل القواعد التي تحتاج إلى اتباعها. كما أنه يوضح أنواع أدوية الوصفات التي لا تغطيها خطتنا.
- دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لدينا.



- في أغلب الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على أدويةك المغطاة. إن صيدليات الشبكة هي الصيدليات التي جرى الاتفاق معها على العمل بالتعاون معنا.
- يوجد في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات قائمة بالصيدليات التي تشملها الشبكة. يمكنك قراءة المزيد حول صيدليات الشبكة في الفصل 5 القسم (A).



جدول المحتويات

124	A. شرح المزايا (EOB).....
124	B. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك.....
125	C. مراحل سداد تكاليف الدواء لأدوية Medicare، الجزء (D).....
126	D. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية.....
126	D1. اختيارات الصيدلية الخاصة بك.....
126	D2. الحصول على إمداد طويل الأجل لدواء.....
127	D3. ما تدفعه.....
130	D4. نهاية مرحلة التغطية الأولية.....
130	E. المرحلة 2: مرحلة التغطية في حالات الكوارث.....
130	F. تكاليف الأدوية الخاصة بك إذا وصف الطبيب إمدادًا يقل عن شهر كامل.....
131	G. مساعدة تقاسم تكلفة الوصفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.....
131	G1. ما المقصود ببرنامح المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP).....
131	G2. ماذا تفعل لو كنت غير مسجل في ADAP.....
131	G3. ماذا تفعل لو كنت مسجلًا بالفعل في ADAP.....
131	H. اللقاحات.....
131	H1. ما الذي تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على لقاح.....
131	H2. ما تدفعه مقابل الحصول على اللقاح الوارد بالجزء (D) من برنامج Medicare.....



A. شرح المزايا (EOB)

نتابع خطتنا أدويةك الموصوفة طبيًا. نتابع نوعين من التكاليف:

- **التكاليف النثرية الخاصة بك.** إنه مبلغ من المال تدفعه أنت، أو يدفعه الآخرون نيابةً عنك، مقابل الوصفات الطبية.
- **إجمالي تكاليف الدواء الخاصة بك.** إنه مبلغ من المال تدفعه أنت، أو يدفعه الآخرون نيابةً عنه، مقابل الوصفات الطبية إلى جانب المبلغ الذي ندفعه.

عندما تحصل على أدوية الوصفات من خلال خطتنا، فإننا نرسل إليك تقريرًا يسمى شرح المزايا. نسميه EOB اختصارًا. يحتوي شرح المزايا (EOB) على معلومات إضافية حول الأدوية التي تتناولها مثل الزيادة في السعر والأدوية الأخرى التي تنطوي على مبلغ أقل من تقاسم التكلفة التي قد تكون متوفرة. يمكنك التحدث مع واصف الأدوية حول هذه الخيارات ذات التكلفة الأقل. يشمل تقرير شرح المزايا (EOB):

- **معلومات الشهر.** يوضح التقرير أدوية الوصفات الطبية التي حصلت عليها. كما أنه يوضح إجمالي تكاليف الدواء وما دفعناه وما دفعته وما دفعه الآخرون لك.
- **معلومات "من بداية العام حتى تاريخه".** هذا هو إجمالي تكاليف دوائك وإجمالي الدفعات التي سددتها منذ 1 يناير.

نوفر تغطية الأدوية غير المغطاة بموجب برنامج Medicare.

- الدفعات التي يتم سدادها لهذه الأدوية لن تحتسب في إجمالي التكاليف النثرية.
- ندفع أيضًا لبعض الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية. لا يتعين عليك دفع أي شيء من أجل هذه الأدوية.
- للاطلاع على الأدوية التي يغطيها برنامجنا، انظر قائمة الأدوية.

B. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك

لمتابعة تكاليف الأدوية 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 العضو.

أظهر بطاقة هوية العضو في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية. سوف يساعدنا ذلك في معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها وما تدفعه من فواتير.

2. تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها.

قم بتزويدنا بنسخ من إيصالات الأدوية التي دفعت مقابلها. يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من تكلفة الدواء.

فيما يلي بعض الحالات التي يجب عليك فيها تزويدنا بنسخ من الإيصالات:

- عندما تشتري دواءً يخضع للتغطية في إحدى صيدليات الشبكة بسعر خاص أو كنت تستخدم بطاقة خصم لا تعتبر جزءًا من مزايا خطتنا
- عندما تدفع مبلغ المشاركة في السداد للأدوية التي تحصل عليها ببرنامج مساعدة المرضى من مُصنِّع الأدوية



- عندما تشتري أدوية مغطاة من صيدلية من خارج الشبكة
- عندما تدفع السعر الكامل لدواء يخضع للتغطية

للتعرف على كيفية مطالبتنا برد حصتنا إليك من تكلفة الدواء، انظر الفصل 7 القسمين (A) و(B).

3. أرسل إلينا المعلومات بشأن المدفوعات التي سدها الآخرون لك.

يتم احتساب المبالغ التي دفعها أشخاص آخرون محددون ومؤسسات أخرى محددة من إجمالي التكاليف النثرية. على سبيل المثال، المبالغ المدفوعة من خلال برنامج مساعدة أدوية الإيدز والخدمة الصحية للهنود وأغلب الجمعيات الخيرية، كلها تحتسب من التكاليف النثرية. يمكن لذلك أن يساعدك في التأهل للتغطية في حالات الكوارث. عندما تصل إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث، فإن خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تدفع جميع تكاليف أدوية الجزء (D) لباقي العام.

4. يجب عليك مطالعة التقارير التي نرسلها إليك.

عندما تحصل على شرح المزاي بالبريد، فيرجى التأكد من اكتماله وصحته. إذا كنت تعتقد بأن شيئاً ما غير صحيح أو مفقود من التقرير، أو كانت لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بالعملاء. يرجى التأكد من احتفاظك بهذه التقارير. إنها تعد سجلاً مهماً لتكاليف الأدوية.

C. مراحل سداد تكاليف الدواء لأدوية Medicare، الجزء (D)

هناك مرحلتان للسداد في مقابل تغطية أدوية الوصفات الطبية بالجزء (D) من Medicare الخاصة بك بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. يعتمد ما تقوم بسداده على المرحلة التي تكون فيها عندما تقوم بصرف أو إعادة صرف الوصفة الطبية. وفيما يلي هاتان المرحلتان:

المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2: مرحلة التغطية في حالات الكوارث
خلال هذه المرحلة، يقوم البرنامج بسداد جزء من التكاليف الخاصة بأدويتك، وأنت تقوم بسداد حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم المشاركة في السداد. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بصرف الوصفة الطبية الأولى الخاصة بك للعام.	خلال هذه المرحلة، يقوم البرنامج بسداد جميع التكاليف الخاصة بأدويتك، حتى تاريخ 31 ديسمبر 2021. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.



D. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية

خلال مرحلة التغطية الأولية هذه، نقوم بسداد جزء من التكاليف الخاصة بأدويةك الموصوفة المغطاة، وأنت تقوم بسداد حصتك. ويُشار إلى حصتك باسم المشاركة في السداد. تعتمد المشاركة في السداد على مستوى تقاسم التكاليف الخاصة بالأدوية وعلى مكان الحصول على الأدوية كذلك.

مستويات تقاسم التكلفة هي مجموعات من الأدوية لها نفس مبلغ المشاركة في السداد. كل دواء في قائمة أدوية الخطة مدرج في واحد من مستويات تقاسم التكلفة الأربعة (4). بشكل عام، كلما زاد رقم المستوى، زاد مبلغ المشاركة في السداد. للعثور على مستويات تقاسم التكلفة لأدويةك، يمكنك البحث في قائمة الأدوية.

- يتضمن المستوى 1 من تقاسم التكلفة (أقل مستوى لدينا) الأدوية الجنيسة المفضلة. مبلغ المشاركة في السداد \$0.
- يتضمن المستوى 2 من تقاسم التكلفة الأدوية الجنيسة. مبلغ المشاركة في السداد من \$0 إلى \$3.70.
- يتضمن المستوى 3 من تقاسم التكلفة (أعلى مستوى لدينا) الأدوية ذات الأسماء التجارية. مبلغ المشاركة في السداد من \$0 إلى \$9.20.
- يتضمن المستوى 4 من تقاسم التكلفة الأدوية غير المشمولة في Medicare والأدوية المتاحة بدون وصفة (OTC). مبلغ المشاركة في السداد \$0.

للعثور على مستوى تقاسم التكلفة الذي يوجد الدواء به، ابحث عن الدواء في كتيب وصفات (قائمة أدوية) Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

D1. اختيارات الصيدلية الخاصة بك

مقدار ما تدفعه مقابل دواء يعتمد على ما إذا كنت تحصل عليه من:

- صيدلية تابعة للشبكة، أو
- صيدلية خارج الشبكة.

في حالات محدودة، نقوم بتغطية الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات خارج الشبكة. انظر الفصل 5 القسم (A) للاطلاع على وقت قيامنا بذلك.

للتعرف على المزيد حول خيارات الصيدلية هذه، انظر الفصل 5 القسم (A) في هذا الكتيب ودليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

D2. الحصول على إمداد طويل الأجل لدواء

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يطلق عليه أيضًا "إمداد لفترة مطولة") عند صرف الوصفة الطبية. إمداد طويل الأجل يصل إلى 100 يوم للمستوى 1 وإمداد لمدة 90 يومًا للمستوى 2 و3. تكون التكلفة نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر.



للحصول على تفاصيل بخصوص المكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل لأحد الأدوية، انظر الفصل 5 القسم (A) أو دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

D3. ما تدفعه

خلال مرحلة التغطية الأولية، يمكنك دفع مبلغ المشاركة في السداد عند صرف الوصفة الطبية. إذا كانت تكاليف الدواء ضمن التغطية الخاصة بك أقل من مبلغ المشاركة في السداد، فسوف تقوم بسداد السعر الأقل.

يمكنك الاتصال بالعبء بالعملاء للاطلاع على مقدار مبلغ المشاركة في السداد لأي دواء مغطى.

حصة التكلفة الخاصة بك التي تدفعها عندما تحصل على إمداد لمدة شهر من الدواء الموصوف والمغطى من:

صيدلية خارج الشبكة	صيدلية الرعاية طويلة الأجل التابعة للشبكة	خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخط	صيدلية تابعة للشبكة	
إمداد يصل إلى 10 أيام. تقتصر التغطية على حالات معينة. انظر الفصل 5 القسم (A) للاطلاع على التفاصيل.	إمداد يصل إلى 31 يومًا	إمداد لمدة شهر أو ما يصل إلى 30 يومًا	إمداد لمدة شهر أو ما يصل إلى 30 يومًا	
المشاركة في السداد 0\$	المشاركة في السداد 0\$	نظام الطلب بواسطة البريد غير متاح	المشاركة في السداد 0\$	تقاسم التكلفة المستوى 1 (أدوية جنيسة مفضلة)
المشاركة في السداد 0\$ أو 1.30\$ أو 3.70\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	المشاركة في السداد 0\$ أو 1.30\$ أو 3.70\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	نظام الطلب بواسطة البريد غير متاح	المشاركة في السداد 0\$ أو 1.30\$ أو 3.70\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	تقاسم التكلفة المستوى 2 (الأدوية الجنيسة)



صيدلية خارج الشبكة	صيدلية الرعاية طويلة الأجل التابعة للشبكة	خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطبة	صيدلية تابعة للشبكة	
إمداد يصل إلى 10 أيام. تقتصر التغطية على حالات معينة. انظر الفصل 5 القسم (A) للاطلاع على التفاصيل.	إمداد يصل إلى 31 يومًا	إمداد لمدة شهر أو ما يصل إلى 30 يومًا	إمداد لمدة شهر أو ما يصل إلى 30 يومًا	
المشاركة في السداد 0\$ أو 4.00\$ أو 9.20\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	المشاركة في السداد 0\$ أو 4.00\$ أو 9.20\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	نظام الطلب بواسطة البريد غير متاح	المشاركة في السداد 0\$ أو 4.00\$ أو 9.20\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	تقاسم التكلفة المستوى 3 (الأدوية ذات الأسماء التجارية)
المشاركة في السداد 0\$	المشاركة في السداد 0\$	نظام الطلب بواسطة البريد غير متاح للأدوية المشمولة في المستوى 4	المشاركة في السداد 0\$	تقاسم التكلفة المستوى 4 (أدوية ليست مدرجة ضمن برنامج Medicare Rx / أدوية متاحة بدون وصفة طبية (OTC))

حصة التكلفة الخاصة بك التي تدفعها عندما تحصل على إمداد طويل الأجل من الدواء الموصوف والمغطى من:



خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطبة	صيدلية تابعة للشبكة	
المشاركة في السداد 0\$	المشاركة في السداد 0\$	تقاسم التكلفة المستوى 1: أدوية جنيسة مفضلة إمداد يصل إلى 100 يوم
المشاركة في السداد 0\$ أو 3.70\$ أو 1.30\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	المشاركة في السداد 0\$ أو 3.70\$ أو 1.30\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	تقاسم التكلفة المستوى 2: الأدوية الجنيسة إمداد يصل إلى 90 يومًا
المشاركة في السداد 0\$ أو 9.20\$ أو 4.00\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	المشاركة في السداد 0\$ أو 9.20\$ أو 4.00\$ تختلف مبالغ المشاركة في السداد حسب المساعدة الإضافية التي تتلقاها.	تقاسم التكلفة المستوى 3: الأدوية ذات الأسماء التجارية إمداد يصل إلى 90 يومًا
نظام الطلب بواسطة البريد غير متاح للأدوية المشمولة في المستوى 4	الإمداد طويل الأجل غير متاح للمستوى 4	تقاسم التكلفة المستوى 4: أدوية ليست مدرجة ضمن برنامج Medicare Rx / أدوية متاحة بدون وصفة طبية (OTC) إمداد يصل إلى 90 يومًا

للحصول على معلومات حول الصيدليات التي يمكنها تقديم الإمدادات طويلة الأجل الخاصة بك، انظر دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.



D4. نهاية مرحلة التغطية الأولية

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى \$6,550. في هذه المرحلة، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. نقوم بتغطية جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك من ذلك الحين وحتى نهاية العام.

ستساعد تقارير شرح المزايا الخاصة بك في تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل أدويةك خلال العام. سوف نبغك عند الوصول إلى حد \$6,550. بعض الناس لا يصلون إلى هذا الحد خلال العام.

E. المرحلة 2: مرحلة التغطية في حالات الكوارث

عندما تصل إلى حد \$6,550 للمصروفات النثرية لأدوية الوصفات الطبية خاصتك، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. سوف تستمر في مرحلة التغطية في حالات الكوارث حتى نهاية العام التقويمي. خلال هذه المرحلة، يقوم البرنامج بسداد جميع التكاليف الخاصة بأدوية Medicare الخاصة بك.

F. تكاليف الأدوية الخاصة بك إذا وصف الطبيب إمدادًا يقل عن شهر كامل

عادة، تقوم بدفع مبلغ المشاركة في السداد لتغطية إمداد الشهر الكامل من الدواء الخاضع للتغطية. إلا أنه، يمكن لطبيبك أن يصف مقدارًا أقل من الإمداد الشهري لأدويةك.

- هناك بعض الأوقات التي ترغب فيها بمطالبة طبيبك بوصف كميات أقل من الإمداد الشهري لأحد الأدوية (على سبيل المثال، عندما تجرب دواء لأول مرة ويعرف عنه بأن لديه آثار جانبية خطيرة).
- إذا وافق طبيبك، فلن يتعين عليك السداد في مقابل إمداد الشهر لأدوية محددة.

عندما تحصل على إمداد أقل من إمداد شهر للدواء، فإن المبلغ الذي تدفعه سيعتمد على عدد أيام الدواء الذي تتلقاه. سوف نقوم باحتساب المقدار الذي تدفعه كل يوم لدوائك ("سعر تقاسم التكلفة اليومي")، ونضاعفه في عدد أيام الدواء الذي تحصل عليه.

- إليك مثال: لنفترض أن حصة المشاركة في السداد مقابل دوائك عن إمداد الشهر كامل (إمداد لمدة 30 يومًا) تساوي \$1.30. يعني هذا أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أكثر بقليل من \$0.04 في اليوم. إذا كنت تتلقى إمدادًا لمدة 7 أيام من الدواء، فإن مبلغك سيكون أكثر بقليل من \$0.04 لكل يوم مضروريًا في 7 أيام، ليبلغ الإجمالي \$0.30.
- يسمح لك تقاسم التكلفة اليومي بالتأكد من فاعلية الدواء بالنسبة لك قبل دفع إمداد الشهر بالكامل.
- يمكنك أيضًا مطالبة مقدم الخدمات بوصف إمداد أقل من شهر كامل من الدواء، إذا كان ذلك سيساعدك فيما يلي:

- التخطيط بصورة أفضل لتوقيت إعادة صرف أدويةك،
- تنسيق عمليات إعادة الصرف مع الأدوية الأخرى التي تتناولها، و
- تقليل عدد الزيارات إلى الصيدلية.



G. مساعدة تقاسم تكلفة الوصفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز

G1. ما المقصود ببرنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP)

يساعد برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP) في ضمان أن الأفراد المؤهلين الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز سيكون بإمكانهم الوصول إلى أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. أدوية الوصفات بالجزء (D) من برنامج Medicare للمرضى الخارجيين، والتي يتم تناولها أيضًا من قبل برنامج المساعدة في أدوية الإيدز بالتأهيل للحصول على مساعدة تقاسم تكلفة الوصفات من خلال California Department of Public Health (دائرة الصحة العامة بولاية كاليفورنيا)، Office of AIDS (مكتب الإيدز) للأفراد المسجلين في برنامج المساعدة في أدوية الإيدز.

G2. ماذا تفعل لو كنت غير مسجل في ADAP

للحصول على معلومات حول معايير الأهلية أو الأدوية المغطاة أو كيفية التسجيل في البرنامج، يُرجى الاتصال على الرقم 1-844-421-7050، أو الانتقال إلى موقع ADAP على الويب www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

G3. ماذا تفعل لو كنت مسجلًا بالفعل في ADAP

يمكن أن يواصل برنامج ADAP تزويد عملاء ADAP بمساعدة تقاسم تكلفة الوصفات بالجزء (D) من برنامج Medicare فيما يتعلق بالأدوية المدرجة في كتيب الوصفات الخاص ببرنامج ADAP. ولضمان الاستمرار في تلقي هذه المساعدة، يُرجى إبلاغ عامل التسجيل ببرنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP) المختص في منطقتك حول أي تغييرات في اسم الخطة أو رقم البوليصة الخاصين بالجزء (D) من برنامج Medicare. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في العثور على أقرب موقع للتسجيل و/أو عامل التسجيل في برنامج ADAP، فيرجى الاتصال برقم 1-844-421-7050، أو الانتقال إلى الموقع الإلكتروني المذكور أعلاه.

H. اللقاحات

نغطي لقاحات الجزء (D) من برنامج Medicare. هناك شقان متعلقان بتغطيتنا للقاحات الجزء (D) ببرنامج Medicare:

1. الجزء الأول من التغطية مخصص لتكلفة اللقاح نفسه. اللقاح هو دواء موصوف طبيًا.
2. الجزء الثاني من التغطية مخصص لتكلفة إعطائك جرعة اللقاح. على سبيل المثال، أحيانًا قد تحصل على اللقاح في صورة حقنة يعطيها لك طبيبك.

H1. ما الذي تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على لقاح

نوصيك بأن تتصل بنا أولاً على العناية بالعملاء عندما تخطط للحصول على لقاح ما.

- يمكننا أن نطلعك بشأن كيفية تغطية اللقاح الخاص بك من جانب خطتنا وشرح حصتك من التكلفة.
- يمكننا أن نخبرك بكيفية خفض تكاليفك من خلال الاستعانة بمقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا. إن صيدليات الشبكة هي الصيدليات التي جرى الاتفاق معها على العمل بالتعاون مع خطتنا. مقدم الخدمات التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية. يجب أن يعمل مقدم الخدمات التابع للشبكة مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لضمان عدم تحملك أي تكاليف مقدمًا للحصول على لقاح الجزء (D).

H2. ما تدفعه مقابل الحصول على اللقاح الوارد بالجزء (D) من برنامج Medicare

يعتمد ما تدفعه للحصول على اللقاح على نوع اللقاح (ما يتم منحك اللقاح ضده).



- وتعتبر بعض اللقاحات مزايا صحية أكثر من كونها أدوية. وتتم تغطية هذه اللقاحات دون أي تكلفة عليك. للتعرف على المزيد بشأن تغطية هذه اللقاحات، انظر مخطط المزايا في الفصل 4 القسم (D).
- وتعتبر اللقاحات الأخرى أدوية مدرجة بالجزء (D) من برنامج Medicare. يمكنك الاطلاع على هذه اللقاحات المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطوة. قد يتعين عليك دفع المشاركة في السداد للقاحات الجزء (D) من برنامج Medicare. وفيما يلي ثلاث طرق شائعة قد تحصل عن طريقها على أحد لقاحات الجزء (D) من برنامج Medicare.
 1. يمكنك الحصول على لقاح الجزء (D) من برنامج Medicare في إحدى صيدليات الشبكة، والتي يمكن أن يتم فيها إعطاؤك الحقنة الخاصة بك في الصيدلية.
 - سيكون عليك دفع مشاركة في السداد للقاح.
 2. يمكنك الحصول على لقاح الجزء (D) من برنامج Medicare في عيادة الطبيب الخاص بك، وهناك يقوم الطبيب بإعطائك الحقنة.
 - ستدفع قيمة المشاركة في السداد للطبيب مقابل اللقاح.
 - ستدفع خطتنا مقابل تكلفة إعطائك الحقنة.
 - يجب أن تتصل عيادة الطبيب بخطتنا في هذه الحالة، حتى تتمكن من التأكد من إعلامهم بأنك ستقوم وحدك بدفع مبلغ المشاركة في السداد مقابل اللقاح.
 3. يمكنك الحصول على لقاح الجزء (D) من برنامج Medicare في إحدى صيدليات الشبكة، وأخذة إلى عيادة الطبيب للحصول على الحقنة.
 - سيكون عليك دفع مشاركة في السداد للقاح.
 - ستدفع خطتنا مقابل تكلفة إعطائك الحقنة.



الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل أدوية أو خدمات مغطاة

مقدمة

يخبرك هذا الفصل بطريقة ووقت إرسال فاتورة لنا لطلب السداد. ويخبرك أيضاً بكيفية تقديم التماس إذا لم توافق على قرار التغطية. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

134	A. مطالبتنا بالدفع مقابل الخدمات أو الأدوية الخاصة بك.....
136	B. إرسال طلب للدفع.....
136	C. قرارات التغطية.....
137	D. الالتماسات.....



A. مطالبتنا بالدفع مقابل الخدمات أو الأدوية الخاصة بك

يجب ألا تتلقى فاتورة مقابل الخدمات أو الأدوية من داخل الشبكة. يجب على مقدمي الخدمات داخل الشبكة الدفع للبرنامج مقابل الأدوية والخدمات المشمولة الخاصة بك التي تلقيتها بالفعل. مقدم الخدمات التابع للشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع الخطة الصحية.

في حال حصولك على فاتورة مقابل التكلفة الكاملة للأدوية أو الرعاية الصحية، أرسل إلينا الفاتورة. لإرسال فاتورة إلينا، انظر صفحة 149.

- في حال تغطية الخدمات أو الأدوية، سندفع لمقدم الخدمات مباشرة.
- في حال كانت الخدمات أو الأدوية مغطاة وتحملت تكاليفها بالفعل، بما يزيد عن نصيبك منها، فمن حقك استرداد أموالك.
- في حال كانت الخدمات أو الأدوية غير مغطاة، سنخبرك بذلك.

اتصل بالعناية بالملاء أو بمدير رعايتك إذا كانت لديك أي استفسارات. إذا كنت لا تعلم بالضبط قيمة المبلغ الذي دفعته، أو في حال حصولك على فاتورة وكنت لا تعلم ما يجب عليك فعله، يمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال إذا أردت إخبارنا بمعلومات حول طلب دفع أرسلته بالفعل إلينا.

فيما يلي أمثلة على الأوقات التي يمكنك مطالبتنا خلالها برد الأموال إليك أو دفع فاتورة حصلت عليها:

1. عند حصولك على رعاية صحية طارئة أو ضرورية عاجلة من مقدم خدمات من خارج الشبكة

يجب عليك مطالبة مقدم الخدمات بإرسال الفاتورة لنا.

- في حال قيامك بدفع المبلغ بالكامل عند حصولك على الرعاية، اطلب منا رد المبلغ لك من حصتنا في التكلفة. أرسل إلينا الفاتورة ودليل أي سداد قمت به.
- قد تحصل على فاتورة من مقدم الخدمات تطلب فيه سداد ما تعتقد بأنك لست مدينًا به. أرسل إلينا الفاتورة ودليل أي سداد قمت به.
 - إذا كان يجب الدفع لمقدم الخدمات، فسندفع له مباشرة.
 - في حال قيامك بالفعل بدفع أكثر من حصتك من التكلفة مقابل الخدمة، سنتحقق من المقدار المستحق لك ونسده لك مقابل حصتنا من التكلفة.

2. عندما يرسل مقدم الخدمات التابع للشبكة فاتورة لك

يجب على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة دائمًا إرسال الفاتورة إلينا. أظهر بطاقة هوية عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية. تحدث عملية إصدار فواتير غير مناسبة/غير صحيحة عندما يقوم مقدم خدمات (مثل طبيب أو مستشفى) بحسابتك بأكثر من مبلغ تقاسم التكاليف للخطة مقابل الخدمات. اتصل بالعناية بالملاء إذا حصلت على أي فواتير.

- كعضو في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يتعين عليك فقط دفع مبلغ المشاركة في السداد عند حصولك على الخدمات المشمولة من قبل خطتنا. لا نسمح لمقدمي الخدمات بحسابتك بقيمة أكثر من هذا المبلغ. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لمقدم الخدمات أقل من التكاليف التي يتقاضاها مقابل خدمة ما. إذا قررنا عدم دفع بعض الرسوم، فلا يلزمك دفعها.



- عندما تحصل على فاتورة من مقدم الخدمات التابع للشبكة تعتقد أنها أكثر مما يجب عليك دفعه، فأرسل إلينا الفاتورة. سنقوم بالاتصال بمقدم الخدمات مباشرة وبالاهتمام بالمشكلة.

- في حال قمت بالفعل بسداد فاتورة من مقدم خدمات داخل الشبكة، ولكنك تشعر بأنك دفعت مبلغًا كبيرًا، فأرسل إلينا الفاتورة ودليل سداد قمت به. سنقوم بالسداد مقابل الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق لك بموجب الخطة.

3. عند استخدام صيدلية خارج نطاق الشبكة لصرف وصفة طبية

إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فسيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية.

- في بعض الحالات القليلة فقط، سنغطي الوصفات الطبية في صيدليات خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال الخاص بك عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة.

- يرجى مراجعة الفصل 5 القسم (A) للتعرف على المزيد حول الصيدليات خارج نطاق الشبكة.

4. عند قيامك بدفع التكلفة الكاملة لوصفة طبية لأنك لا تحمل بطاقة هوية العضو

إذا لم يكن لديك بطاقة هوية العضو، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيل البرنامج الخاص بك.

- إذا كانت الصيدلية غير قادرة على الحصول على المعلومات التي تحتاج إليها على الفور، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بنفسك.

- أرسل إلينا نسخة من الإيصال الخاص بك عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة.

5. عند قيامك بدفع التكلفة الكاملة لوصفة لأن الدواء غير مشمول بالتغطية

قد تدفع التكلفة الكاملة لوصفة لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية)، أو قد يكون له مطلب أو قيد لا تعرفه أو لا تعتقد أنه ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فقد تحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة له.

- إن لم تدفع مقابل الدواء ولكنك اعتقدت أنه يجب أن يكون مشمولاً بالتغطية في البرنامج، يمكنك أن تطلب قرار تغطية (انظر الفصل 9 القسم (F)).

- إذا اعتقدت أنت وطبيبك أو واصف آخر أنك بحاجة إلى الدواء على الفور، يمكنك أن تطلب قرار تغطية سريعًا (انظر الفصل 9 القسم (F)).

- أرسل لنا نسخة من إيصالك عند مطالبتنا بالسداد لك. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو واصف آخر لرد حصتنا من تكلفة الدواء.

عند إرسالك طلب دفع إلينا، سنقوم بمراجعة الطلب واتخاذ قرار بما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. يسمى ذلك إصدار "قرار تغطية". إذا قررنا ضرورة تغطيته، فسنقوم بدفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. في حال رفضنا طلبك بالسداد، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا.

للتعرف على كيفية تقديم التماس، انظر الفصل 9 القسم (F).



B. إرسال طلب للدفع

أرسل إلينا فاتورتك ودليل أي سداد قمت به. دليل السداد قد يكون نسخة من شيك كتيبتة أو إيصالاً من مقدم خدمات. من الجيد الاحتفاظ بنسخة من فاتورتك وإيصالاتك لسجلاتك. يمكنك الاتصال بمدير الرعاية للحصول على مساعدة.

للتأكد من تزويدنا بكافة المعلومات التي نحتاج إليها لاتخاذ قرار، يمكنك تعبئة نموذج المطالبة لتقديم طلبك بخصوص الدفع.

- لا يتعين عليك استخدام النموذج، ولكنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بسرعة أكبر.
- يمكنك الحصول على نسخة من النموذج على موقعنا على الويب (www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect)، أو يمكنك الاتصال بالرعاية بالعملاء وطلب الحصول على النموذج.

أرسل طلب السداد الخاص بك عبر البريد مع أي فواتير أو إيصالات إلينا على هذا العنوان:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Customer Care Department
601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

مطالبات الأدوية الموصوفة طبيًا:
Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-2066

يجب أن تقدم لنا طلبك في غضون 365 يومًا من تاريخ تلقيك الخدمة أو البند أو الدواء.

C. قرارات التغطية

عندما نستلم طلبك بالسداد، فسنقوم باتخاذ قرار التغطية. وهذا يعني أننا سنقوم باتخاذ قرار بشأن ما إذا تمت تغطية رعايتك الصحية أو الدواء من جانب خطتنا. سنحدد أيضًا المبلغ، إن وجد، الذي يجب عليك دفعه مقابل الدواء أو الرعاية الصحية.

- سوف نبلغك في حال احتجنا إلى مزيد من المعلومات منك.
 - إذا قررنا أنه تمت تغطية الرعاية الصحية أو الدواء وأنك قد اتبعت جميع القواعد للحصول على أيهما، فسنقوم بدفع حصتنا من التكلفة مقابل ذلك. إذا قمت بالفعل بالدفع مقابل الخدمة أو الدواء، فسنقوم بإرسال شيك إليك عبر البريد بحصتنا من التكلفة. في حال عدم قيامك بالدفع مقابل الخدمة أو الدواء حتى الآن، سنقوم بالدفع لمقدم الخدمات مباشرة.
- يوضح الفصل 3 القسم ب قواعد الحصول على الخدمات المشمولة الخاصة بك. يوضح الفصل 5 الأقسام من (A) إلى (F) قواعد الحصول على أدوية الوصفات المشمولة في الجزء (D) من برنامج Medicare.

- إذا قررنا عدم الدفع مقابل حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، فسنقوم بإرسال خطاب يوضح لك سبب عدم الدفع. سيوضح لك الخطاب أيضًا حقوقك في تقديم التماس.
- للتعرف على المزيد حول قرارات التغطية، انظر الفصل 9 القسم (D).



D. الالتماسات

إذا اعتقدت أننا قد ارتكبنا خطأ برفض طلب السداد الخاص بك، يمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا. وهذا يطلق عليه تقديم التماس. يمكنك أيضًا تقديم التماس في حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.

عملية الالتماس هي عملية رسمية ذات إجراءات تفصيلية ومواعيد مهمة. للتعرف على المزيد بخصوص الالتماسات، انظر الفصل 9 القسمين (D) و (E).

- إذا أردت تقديم التماس بخصوص رد ما دفعته نظير خدمة رعاية صحية، فانقل إلى صفحة 180.
- إذا أردت تقديم التماس بخصوص رد ما دفعته نظير دواء ما، فانقل إلى صفحة 180.



الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة. يجب أن نحترم حقوقك. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

139	A. حقك في الحصول على المعلومات بطريقة تليبي احتياجاتك.
145	B. مسؤوليتنا في أن نضمن حصولك في الوقت المناسب على الخدمات والأدوية المغطاة.
146	C. مسؤوليتنا عن الحفاظ على الخصوصية والأمان لمعلوماتك الصحية المحمية (PHI).
146	C1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية.
147	C2. لديك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية.
147	C3. لديك الحق في مطالبتنا بالتواصل معك بطريقة معينة أو بإرسال رسالة بريدية إلى عنوان مختلف.
147	C4. لديك الحق في مطالبتنا بتقييد ما نستخدمه ونشاركه.
147	C5. يحق لك اختيار شخص ما للتصرف بالنيابة عنك.
148	D. مسؤوليتنا في أن نقدم لك معلومات حول خطتنا ومقدمي الخدمات بالشبكة والخدمات المغطاة.
149	E. عدم قدرة مقدمي الخدمات بالشبكة على محاسبتك مباشرة.
149	F. حقك في مغادرة خطة Cal MediConnect Plan.
149	G. حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة بشأن رعايتك الصحية.
149	G1. حقك في معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية.
150	G2. حقك في قول ما تريد أن يحدث حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك.
150	G3. ما الذي يجب عليك القيام به في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك.
151	H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي اتخذناها.
151	H1. ما الذي يجب القيام به في حال اعتقادك بأنه قد تمت معاملتك بشكل غير عادل أو ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك.
151	I. مسؤولياتك كعضو في الخطة.



A. حقك في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب أن نخبرك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ويجب أن نخبرك عن حقوقك سنويًا طالما أنك مسجل في خطتنا.

- To get information in a way that you can understand, call Customer Care. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in formats such as large print, braille, or audio. Materials are available in Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic, Hmong, and Cambodian.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care.
 - Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Customer Care will keep your preferred language and format on file for future communications. To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

If you are having 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. For Medi-Cal benefits, you can also ask for a State Hearing if the health plan denies, reduces, or ends services you think you should get. To ask for a Medi-Cal State Hearing and file a complaint, call 1-800-952-5253. TTY users should call 1-800-952-8349.

- Para obtener información de una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios para los Miembros. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas además del español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para el condado de Los Angeles, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, chino, armenio, ruso, tagalo, coreano, farsi, árabe y camboyano. Para el condado de San Diego, los materiales están disponibles en inglés, vietnamita, tagalo y árabe. Puede realizar una solicitud permanente para recibir los materiales en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en el futuro. Para realizar una solicitud, póngase en contacto con el Departamento de Servicios para los miembros de Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
 - Si está teniendo inconvenientes para recibir información de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con 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 siete días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Para los beneficios de Medi-Cal, también puede pedir una Audiencia estatal imparcial si el plan de salud deniega, reduce o cancela servicios que usted cree que debería recibir. Para pedir una Audiencia estatal imparcial de Medi-Cal y presentar una queja, llame al 1-800-952-5253. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-952-8349.

- 我們必須用您能了解的方式，告訴您計劃的福利和您的權利。您加入本計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。
- 要以您能了解的方式取得資訊，請致電會員服務部。本計劃有專人能用各種語言回答您的疑問。
 - 本計劃也能向您提供英語以外其他語言的資料，並以大字體、盲人點字或語音等格式提供資料。在Los Angeles縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、中文、亞美尼亞文、俄羅斯文、塔加洛文、韓文、法爾西文、阿拉伯文和柬埔寨文。在San Diego縣，可提供的資料語言有西班牙文、越南文、塔加洛文和阿拉伯文。您可來電Care1st Cal MediConnect Plan會員服務部，要求收到英語以外其他語言和／或其他格式的資料。您可以立即或在日後申請獲得英語以外的其他語言版本或備選格式的材料。如需申請，請聯絡第一健保(Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan)會員服務部。
 - 如果您因為語言方面的問題或因為殘疾而無法自本計劃取得資訊，而您希望提出投訴，請致電聯邦醫療保健計劃(Medicare)，電話1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。每週七天辦公，每天24小時。聽障和語障人士可致電1-877-486-2048。關於Medi-Cal福利，如果健保計劃拒絕、縮減或終止您認為您應該可取得的服務時，您也可要求舉行州公平聽證會。如欲要求舉行Medi-Cal州公平聽證會和提出投訴，請致電1-800-952-5253。聽障和語障人士可致電1-800-952-8349。
- Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.
- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi ban Dịch vụ hội viên. Chương trình của chúng tôi có các nhân viên có thể trả lời các câu hỏi bằng các ngôn ngữ khác nhau.
 - Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ ngoài tiếng Anh và dưới các dạng như bản in cỡ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Đối với Quận Los Angeles, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Hoa, tiếng Armenia, tiếng Nga, tiếng Tagalog, tiếng Hàn, tiếng Farsi, tiếng Ả-rập và tiếng Cam-pu-chia. Đối với Quận San Diego, có sẵn các tài liệu bằng tiếng Tây



- Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyong plano at ang iyong mga karapatan sa paraang mauunawaan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan sa bawat taon na ikaw ay nasa aming plano.
- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan mo, tawagan ang Mga Serbisyo sa Miyembro. Ang aming plano ay may mga tauhan na makakasagot ng iyong mga tanong sa iba't ibang wika.
 - Maaari ka ring bigyan ng aming plano ng mga materyal na nasa iba't ibang wika maliban sa Ingles at sa mga format na tulad ng malaking print, braille o audio. Para sa Los Angeles County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Chinese, Armenian, Russian, Tagalog, Korean, Farsi, Arabic at Cambodian. Para sa San Diego County, mayroong mga materyal sa Spanish, Vietnamese, Tagalog, Hmong at Arabic. Maaari kang maghain ng kahilingan para makatanggap ng mga materyal sa iba't ibang wika maliban sa Ingles at/o sa alternatibong format sa pamamagitan ng pagtawag sa Mga Serbisyo sa Miyembro ng Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.
 - Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-877-486-2048. Para sa mga benepisyong Medi-Cal, maaari ka ring humiling para sa isang Patas na Pagdinig ng Estado kung tinanggihan, binawasan o tinapos ng planong pangkalusugan ang mga serbisyo na sa palagay mo ay dapat mong matanggap. Upang humiling sa Medi-Cal ng Patas na Pagdinig ng Estado at maghain ng reklamo, tumawag sa 1-800-952-5253. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-952-8349.
- 저희는 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 플랜의 혜택 및 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다. 저희는 귀하가 저희 플랜에 가입되어 있는 동안 매년 귀하의 권리에 관해 귀하에게 설명해야 합니다.
- 귀하가 이해할 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면 가입자 서비스에 전화하십시오. 저희 플랜에는 여러 가지 언어로 질문에 답변할 수 있는 직원들이 있습니다.
 - 저희 플랜은 또한 영어 이외의 언어로 된 자료 및 대형 활자 인쇄본, 점자 또는 오디오와 같은 형식으로 된 자료를 귀하에게 제공할 수 있습니다. 로스앤젤레스 카운티의 경우 자료들은 스페인어, 베트남어, 중국어, 아르메니아어, 러시아어, 타갈로그어, 한국어, 페르시아어, 아랍어 및 캄보디아어로 이용할 수 있습니다. 샌디에고 카운티의 경우 자료들은



스페인어, 베트남어, 타갈로그어 및 아랍어로 이용할 수 있습니다. Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan 가입자 서비스에 전화하시면 영어 이외의 언어로 된 자료 및/또는 다른 형식으로 된 자료를 요청하실 수 있습니다.

- 언어 문제 또는 장애로 인해 저희 플랜에서 정보를 받는데 문제가 있고 이에 대한 불만을 접수하시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)번으로 Medicare에 전화하십시오. 주 7일, 24시간 동안 언제든지 전화하실 수 있습니다. TTY 이용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal 혜택의 경우 귀하가 받아야 한다고 생각하는 서비스를 건강보험에서 거부, 축소 또는 종료한 경우 귀하는 주정부 공정심의회를 요청하실 수 있습니다. 주정부 공정심의회 요청 및 불만 접수를 하시려면 1-800-952-5253번으로 전화하십시오. TTY 이용자는 1-800-952-8349 번으로 전화하십시오.

ما باید موضوعات مربوط به مزایای برنامه درمانی و حقوق شما را به صورتی بیان کنیم که برایتان قابل فهمیدن باشد. ما باید حقوق شما را در هر سالی که در برنامه درمانی عضویت دارید برایتان توضیح دهیم.

- برای دریافت اطلاعات به صورتیکه برایتان قابل فهمیدن باشد، با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اشخاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های گوناگون پاسخ دهند.
- برنامه درمانی ما می تواند اطلاعات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز به شما ارائه کند. برای کانتی لس آنجلس، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، چینی، ارمنی، روسی، تاگالوگ، کره ای، فارسی، عربی و کامبوجی موجود هستند. برای کانتی سن دیاگو، اطلاعات به زبان های اسپانیایی، ویتنامی، تاگالوگ و عربی موجود می باشند. توسط تماس با خدمات اعضای Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan می توانید درخواست کنید که نشریات را به زبان های دیگری به غیر از انگلیسی و/یا فرمت متفاوتی دریافت کنید.
- اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکلی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانهروز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای مزایای Medi-Cal، اگر برنامه درمانی از ارائه خدماتی که فکر می کنید باید دریافت کنید امتناع کرد، آنها را کاهش یا خاتمه داد، می توانید برای دادرسی عادلانه ایالتی نیز درخواست کنید. برای درخواست دادرسی عادلانه ایالتی Medi-Cal و تسلیم شکایت، با شماره 1-800-952-5253 تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-800-952-8349 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍របស់កំរោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នក ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិរបស់អ្នក ជារៀងរាល់ឆ្នាំ ថាអ្នកនៅក្នុងកំរោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មាន ក្នុងរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅផ្នែកសេវាសមាជិក។ កំរោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាច ឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។



- لديك الحق في اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) بشبكتنا. يقصد بمقدم الخدمات التابع للشبكة مقدم الخدمات الذي يعمل بالتعاون معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع مقدمي الخدمات الذين يمكنهم أداء دور مقدم الرعاية الأولية (PCP) وكيفية اختيار مقدم رعاية أولية في الفصل 3، القسم (D).
 - اتصل بالعناية بالعملاء أو انظر في دليل مقدمي الخدمات والصياليات للتعرف على المزيد حول مقدمي الخدمات بالشبكة والأطباء الذين يقبلون مرضى جددًا.
 - لدى النساء الحق في التوجه إلى أخصائي أمراض النساء بدون الحصول على إحالة. الإحالة هي موافقة من مقدم الرعاية الأولية لرؤية مقدم خدمات آخر غيره.
 - لديك الحق في الحصول على الخدمات المغطاة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة خلال فترة زمنية معقولة.
 - وهذا يشمل الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من متخصصين.
 - لديك الحق في الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة بشكل ضروري بدون موافقة مسبقة.
 - لديك الحق في صرف وصفاتك الطبية من أي صيدليات تابعة لشبكتنا بدون تأخيرات طويلة.
 - لديك الحق في معرفة متى يمكنك رؤية مقدم خدمات من خارج الشبكة. للتعرف على المزيد بشأن مقدمي الخدمات غير التابعين للشبكة، انظر الفصل 3 القسم (D).
 - عند الانضمام لخطتنا لأول مرة، لديك الحق في التعامل مع مقدمي الخدمات وتصاريح الخدمات الحالية لمدة تصل إلى 12 شهرًا في حالة الوفاء بشروط معينة. للتعرف على المزيد حول متابعة التعامل مع مقدمي الخدمات وتصاريح الخدمات، انظر الفصل 1 القسم (F).
 - ولديك الحق في الرعاية ذاتية التوجيه بمساعدة فريق رعايتك ومدير رعايتك.
- يوضح لك الفصل 9 القسمين (A) و(B) ما يمكنك فعله إذا كنت تعتقد بأنك لا تحصل على خدماتك أو أدويتك في إطار فترة زمنية معقولة. يوضح لك الفصل 9 الأقسام من (E) حتى (J) ما يمكنك فعله إذا رفضنا تغطية خدماتك أو أدويتك وكنت لا توافق على قرارنا.

C. مسؤوليتنا عن الحفاظ على الخصوصية والأمان لمعلوماتك الصحية المحمية (PHI)

نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية وفقًا للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

تشمل معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات التي تقدمها إلينا عندما يتم تسجيلك في هذه الخطة. وتشمل أيضًا سجلاتك الطبية والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.

لديك حقوق في الحصول على المعلومات والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية الشخصية. نقدم لك إخطارًا كتابيًا يوضح لك هذه الحقوق ويوضح أيضًا كيفية حمايتنا لخصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. ويطلق على هذا الإخطار "إخطار ممارسات الخصوصية".

C1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية

نتأكد من عدم قيام الأشخاص غير المصرح لهم برؤية سجلاتك أو تغييرها.

في أغلب الحالات، لا نقدم معلوماتك الصحية الشخصية لأي جهة لا تقدم لك الرعاية أو تدفع لك مقابل الرعاية أو تتم مطالبته بموجب القانون بتلقي معلوماتك الصحية الشخصية أو مصرح لها من جانبك أنت أو ممثلك القانوني. إذا قمنا بذلك، فنحن مطالبون بالحصول على تصريح كتابي منك أولاً. يمكن لك أو لشخص لديه السلطة القانونية اتخاذ القرارات نيابة عنك.



هناك حالات معينة لا نحتاج فيها إلى الحصول على إذن كتابي منك أو لأحد. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون. للحصول على قائمة كاملة، يرجى مراجعة إخطار ممارسات الخصوصية.

- نحن مطالبون بالإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية للوكالات الحكومية التي تراقب جودة الرعاية التي نقدمها.
- نحن مطالبون بمشاركة المعلومات الصحية للمساعدة في المشاكل المتعلقة بالصحة العامة والسلامة.
- نحن مطالبون بالإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية من خلال أمر من المحكمة أو أمر إداري.
- نحن مطالبون بالإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية إلى الجهة المناسبة للإبلاغ عن الإساءة في إهمال المسنين أو الإساءة إليهم لتحديد المشتبه في كونهم ضحايا للإساءة أو الإهمال أو العنف الأسري.
- نحن مطالبون بمنح برنامج Medicare معلوماتك الصحية الشخصية. إذا كانت Medicare تقدم معلوماتك الصحية الشخصية لإجراء أبحاث أو أي استخدامات أخرى، فسوف يتم ذلك وفقًا للقوانين الفيدرالية.

C2. لديك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- لديك الحق في النظر في السجلات الطبية والحصول على نسخة من سجلاتك. سنقدم نسخة أو ملخصًا من سجلاتك الصحية وسجلات المطالبات الخاصة بك، عادة خلال 30 يومًا من طلبك. مسموح لنا بفرض رسوم معقولة مستندة إلى التكلفة عليك مقابل إجراء نسخة من سجلاتك الطبية.
- يحق لك مطالبتنا بتصحيح سجلاتك الطبية وسجلات المطالبات الخاصة بك إذا كنت تعتقد أنها غير صحيحة أو غير كاملة. قد يكون ردنا "لا" على طلبك، ولكننا سنوضح لك السبب خطيًا خلال 60 يومًا.
- لديك الحق في معرفة ما إذا كان قد تمت مشاركة معلوماتك الصحية الشخصية مع الآخرين وكيفية مشاركتها من خلال طلب الحصول على قائمة أو حساب عدد مرات مشاركتنا لمعلوماتك الصحية لمدة ست سنوات قبل تاريخ سؤالك عن الشخص الذي شاركنا المعلومات معه وسبب ذلك. وسندرج جميع عمليات الكشف باستثناء تلك الخاصة بالعلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية وبعض عمليات الكشف الأخرى (مثل أي كشف طلبت منّا القيام به). سنقوم بتوفير حساب واحد في العام مجانًا ولكن سنفرض رسومًا معقولة وقائمة على التكلفة إذا طلبت حسابًا آخر خلال 12 شهرًا.

C3. لديك الحق في مطالبتنا بالتواصل معك بطريقة معينة أو بإرسال رسالة بريدية إلى عنوان مختلف

- لديك الحق في طلب الحصول على اتصال سري.
- قد يكون ردنا "لا" على طلبك، ولكننا سنخبرك بالسبب خطيًا خلال 60 يومًا.

C4. لديك الحق في مطالبتنا بتقييد ما نستخدمه ونشاركه

- لديك الحق في مطالبتنا بعدم استخدام أو مشاركة بعض المعلومات الصحية للعلاج أو الدفع أو عملياتنا.
- نحن غير مطالبين بالموافقة على طلبك، وقد يكون ردنا "لا" إذا كان ذلك سيؤثر على رعايتك.

C5. يحق لك اختيار شخص ما للتصرف بالنيابة عنك

- إذا منحت شخصًا ما توكيلًا عامًا للرعاية الصحية أو إذا كان شخص ما هو الوصي القانوني لك، يمكن لهذا الشخص ممارسة حقوقك وإجراء الاختيارات بخصوص معلوماتك الصحية.



إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، فاتصل مكتب الخصوصية التابع لمؤسسة Blue Shield of California على الرقم 1-888-266-8080.

D. مسؤوليتنا في أن نقدم لك معلومات حول خطتنا ومقدمي الخدمات بالشبكة والخدمات المغطاة

كعضو بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، لديك الحق في الحصول على المعلومات من خلالنا. إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فلدينا خدمات الترجمة الفورية للإجابة على أي تساؤلات قد تكون لديك حول برنامجنا الصحي. للحصول على مترجم، ما عليك إلا الاتصال بنا على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. هذه الخدمة مجانية لك. يتوفر كتيب الأعضاء والمواد المكتوبة المهمة الأخرى بلغات غير اللغة الإنجليزية. يمكن أيضًا توفير المواد باللغة الإسبانية والفيتنامية والعربية والصينية والأرمينية والروسية والتاغالوغية والكورية والفارسية والهمونغ واللغة الكمبودية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو صوتيًا.

إذا كنت تريد معلومات حول أي مما يلي، فاتصل على العناية بالعملاء:

- كيفية اختيار أو تغيير الخطط
- تشتمل خطتنا على:
 - المعلومات المالية
 - كيف تم تقييمنا من قبل أعضاء الخطة
 - عدد الالتماسات المقدمة من الأعضاء
 - كيف نتسحب من خطتنا
- مقدمو الخدمات بشبكتنا وصيديات الشبكة، بما في ذلك:
 - كيفية اختيار أو تغيير مقدمي الرعاية الأولية
 - مؤهلات مقدمي الخدمات والصيديات بالشبكة
 - كيف ندفع لمقدمي الخدمات في شبكتنا
- الخدمات والأدوية المغطاة والمتعلقة بالقواعد التي يجب عليك اتباعها، بما في ذلك:
 - الخدمات والأدوية المشمولة بخطتنا
 - حدود تغطيتنا وأدويتنا
 - قواعد يتعين عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة
- سبب عدم تغطية شيء وما يمكنك فعله حيال ذلك، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
 - تقديم سبب كتابي لعدم تغطية خدمة ما
 - تغيير قرار اتخذناه



E. عدم قدرة مقدمي الخدمات بالشبكة على محاسبتك مباشرة

لا يمكن للأطباء والمستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكتنا جعلك تدفع مقابل الخدمات المغطاة. ولا يمكنهم أيضاً محاسبتك إذا دفعنا أقل من رسوم مقدم الخدمات المفروضة. للتعرف على ما يجب القيام به في حال محاولة مقدم خدمات تابع للشبكة محاسبتك على خدمات مغطاة، راجع الفصل 7.

F. حقك في مغادرة خطة Cal MediConnect Plan

لا يمكن لأحد إرغامك على البقاء في خطتنا إذا كنت لا ترغب في ذلك.

- لديك الحق في الحصول على أغلب خدمات الرعاية الصحية من خلال Original Medicare أو برنامج Medicare Advantage plan.
- يمكنك الحصول على مزايا أدوية وصفات الجزء (D) من Medicare من خطة أدوية الوصفات أو من خطة Medicare Advantage.
- انظر الفصل 10 لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى خطة جديدة لميزة الأدوية الموصوفة أو لـ Medicare Advantage.
- سوف يستمر تقديم مزايا Medi-Cal الخاصة بك من خلال خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan ما لم تختار خطة أخرى في هذه المقاطعة.

G. حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة بشأن رعايتك الصحية

G1. حقك في معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية

لديك الحق في الحصول على المعلومات الكاملة من أطبانك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية عندما تحصل على الخدمات. يجب أن يوضح لك مقدمو الخدمة حالتك وخيارات العلاج الخاصة بك بطريقة يمكنك فهمها. يحق لك ما يلي:

- التعرف على خياراتك. لديك الحق في أن يتم إخبارك بجميع أنواع العلاج.
- التعرف على المخاطر. لديك الحق في أن يتم إخبارك بأي مخاطر محتملة. يجب أن يتم إخبارك مقدماً إذا كانت أي خدمة أو علاج يشكل جزءاً من تجربة بحثية. لديك الحق في رفض العلاجات التجريبية.
- الحصول على رأي ثانٍ. لديك الحق في زيارة طبيب آخر قبل اتخاذ قرار يتعلق بالعلاج.
- "الرفض". لديك الحق في رفض أي علاج. وهذا يشمل الحق في ترك المستشفى أو المرفق الطبي الآخر، حتى في حالة نصيحة طبيبك بعدم القيام بذلك. كما أن لديك الحق في التوقف عن تناول دواء موصوف. إذا رفضت علاجاً أو أوقفت دواءً موصوفاً، فلن يتم حذفك من برنامجنا. إلا أنه، إذا رفضت علاجاً أو توقفت عن تناول دواء، فأنت تتحمل كامل المسؤولية لما يحدث لك.



- **مطالبتنا بشرح سبب رفض مقدم خدمات للرعاية.** لديك الحق في الحصول على تفسير مَنَّا إذا رفض مقدم خدمات رعاية تعتقد أنه يجب أن تحصل عليها.
- **مطالبتنا بتغطية خدمة أو دواء تم رفضه أو لا تتم تغطيته عادة.** يسمى ذلك قرار تغطية. يوضح الفصل 9 الأقسام (D) و (E) و (F) كيفية المطالبة بالخطأ باتخاذ قرار تغطية.

G2. حَقِّك في قول ما تريد أن يحدث حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك

في بعض الأحيان، يكون الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم. قبل أن يحدث ذلك لك، يمكنك:

- ملء نموذج مكتوب لإعطاء شخص الحق في اتخاذ قرارات رعاية صحية لك.
 - **منح الأطباء تعليمات مكتوبة** فيما يتعلق بالطريقة التي تريد من خلالها التعامل مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- يطلق على الوثيقة القانونية التي يمكنك استخدامها لتقديم تعليماتك "التوجيه المسبق". هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة والأسماء المختلفة لها. هناك أمثلة وهي وثيقة حق الحياة وتوكيل الرعاية الصحية.
- لا يتعين عليك استخدام التوجيه المسبق، ولكن يمكنك ذلك إذا أردت. إليك ما يمكنك القيام به:

- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج من طبيبك أو محاميك أو وكالة الخدمات القانونية أو عامل اجتماعي. قد تحتوي المؤسسات التي تمنح الأشخاص معلومات بخصوص Medicare أو Medi-Cal، مثل برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) أيضًا على نماذج التوجيهات المسبقة. يمكنك أيضًا الاتصال بالعملاء لطلب النماذج.
- **عليك بملء النموذج والتوقيع عليه.** يشكّل النموذج مستندًا قانونيًا. يجب أن تضع في اعتبارك الحصول على مساعدة محام لإعداده.
- **أعط نسًا للأشخاص الذين يريدون التعرف عليها.** يجب أن تقدم نسخة من النموذج لطبيبك. كما يجب أن تقدم نسخة للشخص الذي تحدده بصفته المتخذ للقرارات نيابة عنك. يمكن أيضًا أن تقدم نسًا للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. تأكد من احتفاظك بنسخة في المنزل.
- إذا كان هناك إمكانية لحجزك بإحدى المستشفيات وكن قد وقعت على توجيه مسبق، **فخذ معك نسخة إلى المستشفى.**
 - سوف تسأل المستشفى عما إذا كنت قد وقعت نموذج توجيه مسبق وما إذا كنت قد أحضرته معك.
 - إذا لم تكن قد وقعت على نموذج توجيه مسبق، فلدى المستشفى نماذج متوفرة وستسأل عما إذا كنت تريد التوقيع على نموذج.

تذكر، أنه اختياري أن تقوم بملء توجيه مسبق أم لا.

G3. ما الذي يجب عليك القيام به في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك

إذا قمت بتوقيع نموذج توجيه مسبق واعتقدت أن الطبيب أو المستشفى لم تتبع التعليمات الواردة به، يمكنك تقديم شكوى لدى برنامج Livanta BFCC-QIO Program، مؤسسة تحسين الجودة بولاية كاليفورنيا (QIO) على الرقم 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 711 أو 1-855-887-6668).



H. حَقِّكَ فِي تَقْدِيمِ شِكَاوِي وَمَطَالِبَتِنَا بِإِعَادَةِ النَّظَرِ فِي الْقَرَارَاتِ الَّتِي اتَّخَذْنَاهَا

يوضح لك الفصل 9 الأقسام من (D) إلى (F) ما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشاكل أو مخاوف تتعلق بخدماتك أو رعايتك المغطاة. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار بالتغطية، أو تقديم التماس لتغيير قرار التغطية أو تقديم شكوى.

لديك الحق في الحصول على المعلومات الخاصة بالالتماسات والشكاوى التي قدمها الأعضاء الآخرون ضد خطتنا. للحصول على هذه المعلومات، اتصل بالعناية بالعملاء.

H1. ما الذي يجب القيام به في حال اعتقادك بأنه قد تمت معاملتك بشكل غير عادل أو ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

إذا كنت تعتقد بأنه قد تمت معاملتك بشكل غير عادل ولا يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب الواردة في الفصل 11، أو ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك، يمكنك الحصول على مساعدة من خلال الاتصال بما يلي:

- العناية بالعملاء.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). لمزيد من التفاصيل بشأن هذه المؤسسة وكيفية الاتصال بها، انظر الفصل 2 القسم (E).
- برنامج Cal MediConnect Ombuds Program. لمزيد من التفاصيل بشأن هذه المؤسسة وكيفية الاتصال بها، انظر الفصل 2 القسم (ط).
- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدم الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "حقوق ووسائل حماية Medicare"، والذي يمكنك إيجاده على موقع Medicare على الويب www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

I. مسؤولياتك كعضو في الخطة

كعضو بالخطة، تقع على عاتقك مسؤولية القيام بالأشياء المدرجة أدناه. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بالعناية بالعملاء.

- اقرأ كتيب الأعضاء للتعرف على ما هو خاضع للتغطية وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية. للحصول على تفاصيل حول:
 - الخدمات المغطاة، انظر الفصلين 3 و4. يوضح لك هذان الفصلان ما هو المشمول بالتغطية وما ليس مشمولاً وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها وما تدفعه.
 - الأدوية المغطاة، انظر الفصلين 5 و6.
- أخبرنا بشأن أي تغطية صحية أو تغطية أدوية وصفات أخرى لديك. نحن مطالبون بالتأكد من أنك تستخدم جميع خيارات التغطية عند تلقي الرعاية الصحية. يرجى الاتصال بالعناية بالعملاء إذا كنت تتمتع بتغطية أخرى.
- أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة هوية عضويتك عند الحصول على الخدمات أو الأدوية.
- ساعد أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأن يقدموا لك أفضل رعاية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



- وفر لهم المعلومات التي يحتاجونها بشأنك وبشأن صحتك. تعرف على أكبر قدر ممكن من مشكلاتك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي اتفقت عليها أنت ومقدمو الخدمات.
- تأكد من اطلاع الأطباء ومقدمي الخدمات التابعين لك على جميع الأدوية التي تتناولها. وهذا يتضمن أدوية الوصفات الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفات وفيتامينات ومكملات.
- إذا كانت لديك أي أسئلة، فلا تتردد في طرحها. يجب أن يوضح أطباؤك ومقدمو الخدمات الآخرين الأمور بطريقة يمكنك استيعابها. في حال طرحك لسؤال وعدم فهمك للإجابة، اطرحة مرة أخرى.
- **كن متروياً.** نتوقع من جميع الأعضاء الخاصين بنا احترام حقوق المرضى الآخرين. إننا نتوقع منك أيضاً التصرف باحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات وعيادات مقدمي الخدمات الآخرين.
- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضواً بالخطئة، تتحمل مسؤولية هذه المبالغ:
 - أقساط كل من الجزء (A) من برنامج Medicare والجزء (B) من برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يدفع برنامج Medi-Cal مقابل القسط الخاص بكل من الجزء (A) والجزء (B) لديك.
 - بالنسبة لبعض الأدوية أو الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل الخاصة بك المغطاة في الخطئة، يتعين عليك دفع حصتك من التكلفة عند حصولك على الخدمة أو الدواء. وستكون هذه الحصة بمثابة مشاركة في السداد (مبلغ ثابت) أو تأمين مشترك (نسبة مئوية من التكلفة الإجمالية). يوضح الفصل 4 ما يجب عليك دفعه مقابل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل. يوضح الفصل 6 القسم (D) ما يتعين عليك دفعه مقابل الأدوية الخاصة بك.
 - في حال حصولك على أي خدمات أو أدوية غير مغطاة من قبل خطتنا، يتعين عليك دفع التكلفة بأكملها. في حال رفضك لقرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء، يمكنك تقديم التماس. يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 الأقسام من (D) حتى (J) للتعرف على كيفية تقديم التماس.
- **أخبرنا في حالة انتقالك.** في حال كنت تود الانتقال من سكنك، فإنه من الضروري إخبارنا على الفور. اتصل بالعملاء
- في حال انتقالك خارج منطقة خدمتنا، لا يمكنك أن تبقى عضواً في هذه الخطئة. لا يمكن أن يحصل على خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إلا الأشخاص الذين يقطنون في منطقة الخدمة التي نشملها. يطلعك الفصل 1 القسم (D) بشأن منطقة الخدمات.
- يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستتقل إلى خارج منطقة خدماتنا أم لا. خلال فترة التسجيل الخاصة، يمكنك التحويل إلى Original Medicare أو التسجيل في خطة الأدوية الموصوفة أو الخطة الصحية لـ Medicare في موقعك الجديد. يمكننا إبلاغك إذا كان لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
- أيضاً، تأكد من إعلام Medicare وMedi-Cal بعنوانك الجديد عند الانتقال. انظر الفصل 2 القسمين (ز) و(ح) للاطلاع على أرقام الهواتف الخاصة بـ Medicare وMedi-Cal.
- إذا انتقلت داخل منطقة خدماتنا، فأنت لازلت بحاجة لمعرفة ذلك. إننا بحاجة للاحتفاظ بسجل عضويتك محدثاً ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- اتصل بالعملاء للحصول على مساعدة، إذا كانت لديك أي تساؤلات أو مخاوف.



الفصل 9: ما يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى)

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات تتصل بحقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة ما الذي عليك فعله في حالة:

- وجود مشكلة مع أو شكوى بشأن خطتك.
 - حاجتك إلى خدمة أو بند أو دواء أفادت خطتك أنها لن تسدد مقابلته.
 - اعتراضك على قرار اتخذته خطتك بشأن رعايتك.
 - اعتقادك أن الخدمات المغطاة سوف تنتهي في القريب العاجل.
 - كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل التي تشمل برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وخدمات مرافق التمريض (NF).
- إذا كانت لديك مشكلة أو كانت لديك مخاوف، فما عليك إلا أن تقرأ الأجزاء من هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. هذا الفصل مقسم إلى أقسام مختلفة تساعدك في العثور على ما تبحث عنه بسهولة.

في حال واجهت مشكلة مع خدمات ووسائل الدعم الصحية أو طويلة الأجل

يجب أن تحصل على الرعاية الصحية والأدوية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل التي يقرر طبيبك ومقدمو الخدمات الآخرين أنها ضرورية لرعايتك كجزء من خطة رعايتك. إذا كانت لديك مشكلة متعلقة برعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds Program** على الرقم **1-855-501-3077** للمساعدة. يوضح هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لك بالنسبة للمشكلات والشكاوى المختلفة، لكن يمكنك دوماً الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds Program** للمساعدة في إرشادك في مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بها، انظر الفصل 2 لمزيد من المعلومات حول برامج أمانة المظالم.



جدول المحتويات

156	A. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة.....
156	A1. نبذة عن المصطلحات القانونية.....
156	B. ما جهات الاتصال المخصصة لطلب المساعدة.....
156	B1. أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة.....
157	C. مشكلات بشأن مزايك.....
157	C1. استخدام العملية لقرارات والتماسات التغطية أو لتقديم شكوى.....
158	D. قرارات والتماسات التغطية.....
158	D1. نظرة عامة على قرارات والتماسات التغطية.....
158	D2. الحصول على مساعدة بشأن قرارات التغطية والالتزامات.....
159	D3. استخدام القسم من هذا الفصل الذي سيساعدك.....
160	E. مشكلات تتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (الأدوية غير المغطاة في الجزء (D)).....
160	E1. متى يتم استخدام هذا القسم.....
161	E2. طلب إصدار قرار التغطية.....
163	E3. التماس من المستوى الأول يتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (الأدوية غير المغطاة في الجزء (D)).....
166	E4. التماس من المستوى الثاني يتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (الأدوية غير المغطاة في الجزء (D)).....
171	E5. مشاكل الدفع.....
172	F. الأدوية المغطاة في الجزء ((D)).....
	F1. ماذا تفعل في حال واجهت مشكلات تتعلق بالحصول على دواء مغطى في الجزء (D) أو كنت تريد منا رد مقابل دواء مغطى في الجزء ((D)).....
172	F2. ما المقصود بالاستثناء.....
173	F3. أمور مهمة للتعرف عليها فيما يتعلق بطلب الاستثناءات.....
174	F4. كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن تغطية دواء من الجزء (D) أو التعويض مقابلته، بما في ذلك الحصول على استثناء.....
177	F5. التماس المستوى الأول لأدوية الجزء ((D)).....
179	F6. التماس المستوى الثاني لأدوية الجزء ((D)).....



- G. مطالبتنا بتغطية فترة إقامة أطول بالمستشفى.....180
- G1. معرفة الحقوق المتعلقة ببرنامج Medicare.....180
- G2. التماس من المستوى الأول لتغيير موعد خروجك من المستشفى.....181
- G3. التماس من المستوى الثاني لتغيير موعد خروجك من المستشفى.....183
- G4. ما الذي يحدث في حال فوات موعد الالتزام النهائي؟.....184
- H. ماذا تفعل إذا كنت تعتقد بأن خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) على وشك الانتهاء قريباً.....185
- H1. سنخبرك مقدماً بوقت انتهاء تغطيتك.....186
- H2. الالتزام من المستوى الأول للاستمرار في رعايتك.....186
- H3. الالتزام من المستوى الثاني لمد فترة رعايتك.....188
- H4. ماذا يحدث في حال فوات الموعد النهائي لإجراء الالتزام من المستوى الأول الخاص بك.....189
- I. الانتقال بالالتزام المقدم منك إلى مستوى أعلى من المستوى 2.....190
- I1. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medicare.....190
- I2. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medi-Cal.....191
- J. كيفية تقديم شكوى.....191
- J1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكوى بشأنها.....191
- J2. الشكاوى الداخلية.....193
- J3. الشكاوى الخارجية.....194



A. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة

يوفر لك هذا الفصل معلومات عما يجب فعله عندما تنشأ مشكلة في خطتك أو خدماتك أو مدفوعاتك. اعتمدت Medicare و-Medi-Cal هذه العمليات. كل عملية تحتوي على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين اتباعها من جانبنا ومن جانبكم.

A1. نبذة عن المصطلحات القانونية

توجد بعض المصطلحات القانونية الصعبة بالنسبة لبعض القواعد والمواعيد النهائية في هذا الفصل. وقد يكون من الصعب فهم عديد من هذه المصطلحات، لذلك فقد استخدمنا كلمات أبسط بدلاً من المصطلحات القانونية. كما نستخدم الاختصارات في أضيق الحدود.

على سبيل المثال نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "تقدير المؤسسة" أو "تقدير المزايا" أو "التقدير المتعلق بالمعرضين للخطر" أو "تقدير التغطية"
- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "تقدير عاجل"

وقد تساعد معرفة المصطلحات القانونية الملائمة في وجود تواصل أكثر وضوحًا، لذلك وفرنا لكم هذه المصطلحات أيضًا.

B. ما جهات الاتصال المخصصة لطلب المساعدة

B1. أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة

في بعض الأحيان يكون من المربك أن تبدأ أو تتبع أي تدبير لإدارة مشكلة. وهذا الأمر يكون أمرًا واقعيًا عندما لا تكون على ما يرام أو عندما تكون طاقتك محدودة. في أوقات أخرى، قد لا يكون لديك المعرفة الكافية لاتخاذ الخطوة التالية.

يمكنك الحصول على المساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds Program

إذا كنت تريد مساعدة، فيمكنك دائمًا الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program. برنامج Cal MediConnect Ombuds Program هو برنامج أمانة المظالم الذي يمكنه الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يلزمك القيام به لحل مشكلتك. لا يرتبط برنامج Cal MediConnect Ombuds Program بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمكنهم أن يساعدوك في فهم أي التدابير الواجب استخدامها. رقم الهاتف لبرنامج Cal MediConnect Ombuds Program هو 1-855-501-3077. إن هذه الخدمات مجانية. انظر الفصل 2 لمزيد من المعلومات بشأن برامج أمانة المظالم.

الحصول على المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي

يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) الإجابة على استفساراتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع المشكلة. لا علاقة لـ HICAP بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمتلك برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) مستشارين مدربين في كل مقاطعة، كما تتوفر الخدمات مجانًا. ورقم الهاتف الخاص ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) هو 1-800-434-0222.

الحصول على المساعدة من Medicare

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare مباشرة لمساعدتك في المشكلات التي تواجهها. هنالك طريقتان للحصول على مساعدة من Medicare:



- الاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. الهاتف النسي: 1-877-486-2048. تكون المكالمات مجانية.
- تفضل بزيارة موقع Medicare على الويب www.medicare.gov.

يمكنك الحصول على المساعدة من California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا)

في هذه الفقرة، يقصد بالمصطلح "تظلم" تقديم شكوى أو التماس بشأن خدمات Medi-Cal أو خطتك الصحية أو أحد مقدمي الخدمات.

تضطلع California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا) بمسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النسي: 711) واستخدام الإجراء المتبع للتظلم لدى خطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. واستخدام إجراء التظلم هذا لا يحظر حصولك على أي حقوق قانونية محتملة أو تعويضات قد تتوفر لك. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بشأن تظلم ينطوي على حالة طارئة، أو تظلم لم تتم تسويته بصورة مرضية بواسطة خطتك الصحية، أو تظلم لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك عندئذٍ الاتصال بالدائرة للمساعدة. وقد تكون أيضًا مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة (IMR)، فستوفر لك عملية المراجعة الطبية المستقلة مراجعة نزيهة للقرارات الطبية المتخذة من قبل الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية لخدمة أو علاج مقترح، إضافةً إلى قرارات التغطية التأمينية الخاصة بالمعالجات ذات الطبيعة التجريبية أو الاستقصائية ونزاعات السداد للحالات الطارئة أو الخدمات الطبية العاجلة. لدى الدائرة أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط للهاتف النسي (1-877-688-9891) والمخصص لمن يعانون من صعوبات السمع والتحدث. يحتوي الموقع الإلكتروني الخاص بالدائرة www.dmhc.ca.gov على نماذج الشكاوى ونماذج طلبات المراجعة الطبية المستقلة (IMR) والتعليمات عبر الإنترنت.

C. مشكلات بشأن مزايك

C.1 استخدام العملية لقرارات والتماسات التغطية أو لتقديم شكوى

إذا كانت لديك مشكلة أو كانت لديك مخاوف، فما عليك إلا أن تقرأ الأجزاء من هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. سوف يساعدك المخطط أدناه في معرفة القسم الصحيح من هذا الفصل بالنسبة للمشكلات أو الشكاوى.

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟	
يشمل هذا المشكلات بخصوص إذا ما كانت خدمات الرعاية الطبية المحددة أو الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل أو الأدوية الموصوفة مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها والمشكلات المتصلة بالمدفوعات نظير الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة.)	
لا. لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية.	نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية.
انتقل مباشرةً إلى القسم (J): "كيفية تقديم شكوى" في صفحة 191.	انتقل إلى القسم (D): "قرارات والتماسات التغطية" في صفحة 158.



D. قرارات والتماسات التغطية

D1. نظرة عامة على قرارات والتماسات التغطية

عملية طلب قرارات التغطية وتقديم التماسات تتصل بالمشكلات ذات الصلة بمزاياك وتغطيتك. وتشمل أيضًا مشكلات تتصل بالدفع. أنت غير مسؤول عن تكاليف Medicare باستثناء المبالغ المشتركة الخاصة بالجزء (D).

ما المقصود بقرار التغطية؟

يعد قرار التغطية قرارًا مبدئيًا نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه نظير الخدمات أو البنود أو الأدوية الطبية التي نوفرها لك. ونحن نصدر قرار التغطية عندما نقرر ما المزايا المغطاة بالنسبة لك والمبلغ الذي سندفعه.

إذا كنت أنت أو طبيبك غير متأكدين بشأن خدمة أو بند أو دواء مغطى بواسطة برنامج Medicare أو Medi-Cal أم لا، يمكن لأي منكما طلب قرار التغطية قبل أن يقدم لك الطبيب الخدمة أو البند أو الدواء.

ما المقصود بالالتماس؟

الالتماس هو وسيلة رسمية لطلب مراجعة القرار الذي اتخذناه حول التغطية الخاصة بك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً. على سبيل المثال، قد نقرر أن الدواء الذي تريده غير مغطى أو لم يعد مغطى من قبل Medicare أو Medi-Cal. إذا كنت تختلف أنت أو طبيبك مع قرارنا، فيمكنك الالتماس بخصوص القرار.

D2. الحصول على مساعدة بشأن قرارات التغطية والالتماسات

بمن اتصل لطلب مساعدة لطلب إصدار قرار التغطية أو تقديم التماس؟

يمكنك أن تطلب المساعدة من أي مما يلي:

- اتصل بالعاية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).
- اتصل على برنامج Cal MediConnect Ombuds Program للحصول على المساعدة المجانية. يساعد برنامج Cal MediConnect Ombuds Program الأشخاص الملتحقين ببرنامج Cal MediConnect الذين يعانون من مشكلات بشأن الخدمة أو الفواتير. رقم الهاتف هو 1-855-501-3077.
- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) للحصول على المساعدة المجانية. يعد برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم مؤسسة مستقلة. وهي غير متصلة بهذه الخطة. رقم الهاتف هو 1-800-434-0222.
- اتصل على مركز المساعدة في Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المدارة، DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. وتتحمل دائرة DMHC مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. تساعد دائرة DMHC الأشخاص الملتحقين ببرنامج Cal MediConnect الذين يقدمون التماسات بشأن مشكلات خدمات Medi-cal أو الفواتير. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأشخاص الفاقدين لحاسة السمع أو الذين يعانون من صعوبة السمع أو الذين لديهم مشاكل في النطق استخدام رقم الهاتف النصي المجاني، 1-877-688-9891.
- تحدث إلى طبيبك أو مقدم الخدمات الأخر. يمكن لطبيبك أو مقدم خدمات آخر طلب قرار تغطية أو تقديم التماس نيابة عنك.
- تحدث إلى أحد أصدقائك أو أفراد أسرتك واطلب منه أن ينوب عنك. يمكنك أن تسمي أي شخص آخر للتصرف نيابة عنك كـ "ممثل" لك لطلب قرار التغطية أو لتقديم التماس.



- إن كنت ترغب في تعيين صديق أو قريب أو أي شخص آخر كممثل لك، اتصل بالعناية بالمعلاء واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضًا الحصول على النموذج عن طريق زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. وسوف يعطي هذا النموذج الشخص تصريحًا بالتصرف نيابة عنك. ويجب أن ترسل إلينا نسخة موقعة من النموذج.

- **ولديك أيضًا الحق بطلب محامٍ للتصرف نيابة عنك.** يمكنك أن تسمي محاميك أو أن تحصل على اسم محام من الجمعية القانونية المحلية أو خدمة إحالة أخرى. وسوف تعطيك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إن كنت متأهلاً لها. إذا كنت ترغب أن يمثلك محام، فيجب عليك أن تعبأ نموذج تعيين ممثل. يمكنك طلب تعيين محام في إطار المساعدة القانونية من Health Consumer Alliance على الرقم 1-888-804-3536.

- مع ذلك، ليس من اللازم تعيين محامٍ لطلب أي نوع من أنواع قرارات التغطية أو تقديم التماس.

D3. استخدام القسم من هذا الفصل الذي سيساعدك

توجد أربعة أنواع مختلفة من الحالات التي تتطلب قرارات التغطية والالتزامات. ولكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. ونحن فصلنا بين هذه الحالات في هذا الفصل لمساعدتك في الوصول إلى القواعد التي عليك اتباعها. **وعليك فقط أن تقرأ القسم المنطبق على مشكلتك:**

- **يوفر لك القسم (E) في الصفحة 160** معلومات إذا كانت لديك مشكلات تتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (غير الأدوية المدرجة بالجزء (D)). على سبيل المثال، استخدم هذا القسم في حال:

- كنت لا تحصل على الرعاية الطبية التي تريدها، وتعتقد أن هذه الرعاية مغطاة في خطتنا.
- لم نوافق على الخدمات أو البنود أو الأدوية التي يريد طبيبك أن تحصل عليها، وأنت تعتقد أن هذه الرعاية يجب أن تكون مغطاة.
- **ملاحظة:** استخدم القسم (E) فقط إذا كانت هذه الأدوية غير مغطاة بالجزء (D). تعتبر الأدوية الواردة في قائمة الأدوية المغطاة، والتي تُعرف أيضًا باسم "قائمة الأدوية" بالاختصار "NPD" غير مغطاة بالجزء (D). انظر القسم (F) في الصفحة 172 لمعرفة معلومات عن التماسات الأدوية المغطاة في الجزء (D).

- لقد تلقيت الرعاية أو الخدمات الطبية التي تعتقد أنه ينبغي تغطيتها، ولكننا لا ندفع ثمن هذه الرعاية.
- لقد حصلت على الخدمات أو العناصر الطبية التي اعتقدت بأن التغطية تشملها ودفعت تكاليفها وتريد أن تطلب منا الدفع نيابة عنك.

- تم إخطارك أن التغطية الخاصة بالرعاية التي تحصل عليها سوف تقل أو تتوقف وأنت تعترض على هذا القرار.

- **ملاحظة:** في حالة كانت التغطية التي سوف تُوقف خاصة بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، فسوف تحتاج لقراءة قسم منفصل في هذا الفصل لوجود قواعد خاصة تنطبق على أنواع الرعاية هذه. انظر القسمين (ز) و(ح) في الصفحتين 180 و185.

- **يقدم لك القسم (F) في صفحة 172** معلومات عن أدوية الجزء (D). على سبيل المثال، استخدم هذا القسم في حال:

- كنت تريد مطالبتنا بتقديم استثناء لتغطية الأدوية المغطاة في الجزء (D) غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا.



- رغبتك في طلب التنازل عن بعض الحدود القصوى لمبلغ الدواء الذي تحصل عليه.
 - رغبتك في طلب تغطية للأدوية التي تتطلب موافقة مسبقة.
 - عدم موافقتنا على طلبك أو استثنائك، بينما تظن أنت أو طبيبك أو أي واصف أدوية آخر أنه يجب علينا تقديم الموافقة.
 - رغبتك في مطالبتنا بالدفع مقابل دواء بالوصفة الطبية قمت بشرائه بالفعل. (هذا الأمر معني بطلب قرار التغطية الخاص بالدفع).
 - **يقدم لك القسم (ز) في صفحة 180** معلومات عن كيفية طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى إن كنت تظن أن الطبيب يخرجك في وقت مبكر جدًا. استخدم هذا القسم في حال:
 - وجودك في المستشفى والطبيب يطلب منك المغادرة في أقرب وقت.
 - **يقدم لك القسم (ح) في صفحة 185** معلومات إذا كنت تعتقد بأن خدمات الرعاية الصحية المنزلية ومرفق الرعاية التمرضية الحاذقة ومرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) على وشك الانتهاء قريبًا.
- إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب عليك التوجه إليه، يرجى الاتصال بالعملاء على الرقم 1-855-905-3821 (الهاتف النصي: 711).
- إذا كنت تريد الحصول على مساعدة أو معلومات أخرى، فيرجى الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077.

E. مشكلات تتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (الأدوية غير المغطاة في الجزء (D))

E1. متى يتم استخدام هذا القسم

هذا القسم يتحدث عما إذا كانت لديك مشكلات مع المزايا الخاصة بخدماتك الطبية أو الصحة السلوكية أو خدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل. يمكنك أيضًا استخدام هذا القسم لحل المشكلات التي تخص الأدوية غير المغطاة بالجزء (D)، بما في ذلك أدوية الجزء (B) من Medicare. وتعتبر الأدوية المدرجة بقائمة الأدوية بالاختصار "NPD" غير مغطاة بالجزء (D). استخدم القسم (F) لمعرفة معلومات عن التماسات الأدوية المغطاة بالجزء (D).

يحبطك هذا القسم علمًا بما عليك فعله إذا مررت بأي من هذه المواقف:

1. أنت تعتقد أننا نغطي الخدمات الطبية أو خدمات الصحة السلوكية أو الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل التي تحتاجها لكن لا تحصل عليها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية. انتقل إلى القسم (هـ) 2) بالصفحة 161 لمزيد من المعلومات عن طلب قرار التغطية.

2. لم نعتمد أحد وسائل الرعاية التي يريد طبيبك أن تحصل عليها وتعتقد أننا يجب أن نعتمدها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك الالتماس بخصوص قرارنا بعدم اعتماد الرعاية. انتقل إلى القسم (هـ) 3) بالصفحة 163 لمزيد من المعلومات عن تقديم التماس.

3. تلقيت خدمات أو بنود تظن أننا نتحملها لكننا لن ندفع رسومها.



ما يمكنك القيام به: يمكنك الالتماس بخصوص قرارنا بعدم الدفع. انتقل إلى القسم (هـ) 3) بالصفحة 163 لمزيد من المعلومات عن تقديم التماس.

4. لقد حصلت على الخدمات أو العناصر الطبية التي اعتقدت بأن التغطية تشملها ودفعت تكاليفها وتريد أن نعوضك عن الخدمات أو العناصر.

ما يمكنك القيام به: يمكنك مطالبتنا برد المقابل الذي دفعته. انتقل إلى القسم (هـ) 5) بالصفحة 171 لمزيد من المعلومات عن مطالبتنا بالدفع.

5. قمنا بتخفيض أو وقف تغطيتك فيما يخص خدمة معينة، ولا توافق على قرارنا.

ما يمكنك القيام به: يمكنك الالتماس بخصوص قرارنا بتقليل أو إيقاف الخدمة. انتقل إلى القسم (هـ) 3) بالصفحة 163 لمزيد من المعلومات عن تقديم التماس.

ملاحظة: في حالة كانت التغطية التي سوف تُوقف خاصة بالرعاية في المستشفى أو خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، سوف تنطبق بعض القواعد الخاصة. اقرأ القسمين (ز) أو (ح) بالصفحتين 180 و185 لمعرفة المزيد.

E2. طلب إصدار قرار التغطية

كيفية طلب إصدار قرار الغطاء التأميني للحصول على خدمة طبية أو خدمة للصحة السلوكية أو إحدى الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) أو خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) أو مرافق التمريض (NF)) للمطالبة بقرار تغطية، اتصل بنا أو راسلنا عن طريق البريد أو الفاكس أو اطلب من ممثلك أو طبيبك أو طبيب آخر لمطالبتنا باتخاذ قرار.

• يمكنك الاتصال بنا على الرقم: 1-855-905-3825 الهاتف النصي: 711

• يمكنك مراسلتنا عبر الفاكس على الرقم: 1-323-889-6577

• يمكنك مراسلتنا بريديًا على العنوان: Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care
601 Potrero Grande Drive, Monterey Park, CA 91755

كم يلزم من الوقت لإصدار قرار التغطية؟

بعد طلبك وحصولنا على كافة المعلومات التي نحتاج إليها، يستغرق الأمر من جانبنا عادة 5 أيام عمل لاتخاذ قرار ما لم يكن طلبك متعلقًا بدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare. إذا كان طلبك متعلقًا بدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare، فسنصدر لك القرار في موعد أقصاه 72 ساعة بعد تلقينا لطلبك. وإذا لم نصدر قرارًا في غضون 14 يومًا تقويميًا (أو 72 ساعة لدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare، يمكنك أن تقدم التماسًا.

أحيانًا نحتاج إلى مزيد من الوقت وسوف نرسل إليك خطاب يخطرک أننا نحتاج 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. سيوضح الخطاب سبب الحاجة إلى مزيد من الوقت. لا يمكننا استغراق وقت إضافي لإصدار القرار إذا كان طلبك متعلقًا بدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare.

هل يمكنني أن أحصل على قرار التغطية بشكل أسرع؟

نعم. إذا كنت بحاجة إلى إجابة أسرع نظرًا لصحتك، فاطلب منا اتخاذ "قرار تغطية سريع". وإذا اعتمدنا الطلب، فسنعلمك بقرارنا في غضون 72 ساعة (أو خلال 24 ساعة بالنسبة لدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare).



في بعض الأوقات نحتاج إلى مزيد من الوقت وسوف نرسل إليك خطابًا يخطرنا أننا نحتاج 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. سيوضح الخطاب سبب الحاجة إلى مزيد من الوقت. لا يمكننا استعراق وقت إضافي لإصدار القرار إذا كان طلبك متعلقًا بدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare.

المصطلح القانوني المقابل لـ "قرار التغطية السريع" هو "قرار عاجل".

طلب إصدار قرار تغطية سريع:

- ابدأ بالاتصال أو المراسلة عبر الفاكس لمطالبتنا بتغطية الرعاية التي تريدها.
- اتصل بنا على الرقم 1-855-905-3825 أو راسلنا عبر الفاكس على الرقم 1-323-889-5049.
- يمكنك العثور على تفاصيل أخرى عن كيفية الاتصال بنا في الفصل 2.

يمكنك أيضًا مطالبة مقدم الخدمات أو ممثلك بتقديم طلب للحصول على قرار تغطية سريع بالنيابة عنك.

ها هي قواعد طلب إصدار قرار تغطية سريع:

يتعين عليك أن تلبية المتطلبات التالية لإصدار قرار التغطية السريع:

1. يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع فقط إذا كنت تطلب تغطية للرعاية أو بندًا لم تحصل عليه بعد. (لا يمكنك طلب إصدار قرار التغطية السريع إذا كان طلبك بشأن السداد مقابل رعاية أو بند قد تلقينته بالفعل).
2. يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع فقط في حالة إمكانية حدوث ضرر حقيقي على صحتك أو أذى في قدرتك على العمل بسبب انتظار المهلة القياسية ومدتها 14 يومًا تقويميًا (أو الموعد النهائي المقدر بـ 14 يومًا تقويميًا) أو الموعد النهائي ومدته 72 ساعة للأدوية الموصوفة التابعة للجزء (B) من Medicare.

• إذا قال طبيبك إنك تحتاج لإصدار قرار تغطية سريع، فسوف نقدمه لك تلقائيًا.

• في حال طلبت إصدار قرار التغطية السريع دون دعم من طبيبك، سوف نقرر إذا ما كنت في حاجة له أم لا.

○ وإذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بالمتطلبات اللازمة لاتخاذ قرار سريع بشأن التغطية، فسوف نرسل لك خطابًا. وسوف نلجأ أيضًا إلى الموعد النهائي القياسي المقدر بـ 14 يومًا تقويميًا (أو الموعد النهائي ومدته 72 ساعة للأدوية الموصوفة التابعة للجزء (B) من Medicare) بدلاً من ذلك.

○ يخطرنا هذا الخطاب أنه إذا طلب طبيبك قرار تغطية سريعًا، فإننا سوف نتخذ تلقائيًا قرار تغطية سريعًا.

○ وسوف يخبرك الخطاب أيضًا عن كيفية تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك قرار التغطية القياسي بدلاً من قرار التغطية السريع. لمزيد من المعلومات عن تدابير تقديم شكوى، بما فيها الشكاوى السريعة، انظر القسم (J) بالصفحة 191.

إذا كان قرار التغطية بالرفض، فكيف يمكنني معرفة ذلك؟

في حالة الرد بالرفض سوف نرسل إليك خطابًا يخطرنا فيه بأسباب الرفض.



- وفي حالة الرفض من جانبنا، لديك الحق في طلب تغيير هذا القرار عن طريق تقديم التماس. ويعني تقديم التماس طلب إجراء مراجعة على قرار رفض التغطية.
- إذا قررت تقديم التماس، فهذا يعني إحالتك إلى تدابير الالتماس من المستوى الأول (اقرأ القسم التالي لمزيد من المعلومات).

E3. التماس من المستوى الأول يتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (الأدوية غير المغطاة في الجزء (D))

ما المقصود بالالتماس؟

الالتماس هو وسيلة رسمية لطلب مراجعة القرار الذي اتخذناه حول التغطية الخاصة بك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً في حالة رفضك أنت أو طبيبك أو مقدم خدمات آخر لقرارنا، يمكنك تقديم التماس.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الأول
يجوز لك أنت أو طبيبك أو ممثلك تقديم طلبك كتابةً وإرساله إلينا عبر البريد أو الفاكس. يمكنك أيضًا أنت تطلب تقديم طعن عن طريق الاتصال بنا.

- يمكنك طلب الالتماس في غضون 60 يومًا تقويميًا من صدور القرار الذي تقدم الالتماس بشأنه. في حال فاتك الموعد المحدد لسبب منطقي، تتاح لك فرصة إضافية لتقديم التماس (انظر صفحة 178).
- إذا كنت تلتزم لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تتلقاها حاليًا ستتغير أو تتوقف، فسيتاح لك أيام أقل للالتماس إذا كنت تريد مواصلة تلقي تلك الخدمة أثناء معالجة التماسك (انظر صفحة 204).
- يتعين عليك مواصلة قراءة هذا القسم لمعرفة المزيد عن الموعد النهائي الذي ينطبق على التماسك.

في أغلب الحالات، عليك أن تبدأ التماسك من المستوى الأول إذا لم تكن ترغب في تقديم الالتماس الأول إلى الخطة لخدمة Medi-Cal أو إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تتضمن تهديدًا فوريًا وخطيرًا على صحتك أو إذا كنت تعاني من ألم حاد وتحتاج إلى قرار فوري، يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة) على www.dmhca.gov. انتقل إلى صفحة 180 لمزيد من المعلومات. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة خلال تدابير الالتماسات، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077. لا يرتبط برنامج Cal MediConnect Ombuds Program بنا أو بأي شركة تأمين أو خطط صحية.

ما المقصود بالالتماس من المستوى الأول؟

إن الالتماس من المستوى الأول هو أول إجراء لتقديم التماس في خطتنا. وسوف نراجع قرار التغطية لتتأكد إذا كان صحيحًا. وسيكون المراجع شخصًا غير الذي اتخذ قرار التغطية الأصلي. وعند استكمال المراجعة سوف نرسل إليك قرارنا كتابةً.

وفي حالة إخطارنا لك بعد المراجعة أنه لن تتم تغطية الخدمة أو البند، يمكن أن تنتقل حالتك إلى الالتماس من المستوى الثاني.

كيف يمكنني تقديم الالتماس من المستوى الأول؟

- لبدء إجراءات الالتماس، يتعين عليك أنت أو طبيبك أو مقدم خدمات آخر أو ممثلك الاتصال بنا. يمكنك الاتصال بنا على 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711). لمزيد من التفاصيل عن كيفية الاتصال بنا لتقديم التماسات، انظر الفصل 2.
- يمكنك أن تقدم طلب "التماس قياسي" أو التماس سريع".
- إذا كنت ترغب في التماس قياسي أو التماس سريع، فقدم التماسك كتابيًا أو اتصل بنا.

○ يمكنك تقديم طلب كتابي على العنوان التالي:

Blue Shield of California Promise Health Plan
تظلمات والتماسات الأعضاء



601 Potrero Grande Drive
Monterey Park, CA 91755

- يمكنك تقديم طلبك عبر الإنترنت على: www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect
- يمكنك أيضاً أن تطلب تقديم طعن عن طريق الاتصال بنا على 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).
- سوف نرسل إليك خطاباً في غضون 5 أيام تقويمية من استلام طلب الالتماس الخاص بك نخطر فيه باستلام طلبك.

المصطلح القانوني لـ "الالتماس السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

هل يمكن لشخص آخر تقديم الالتماس نيابة عني؟

نعم. يمكن لطبيبك أو مقدم الخدمات الآخر تقديم التماس نيابة عنك. يمكن أيضاً لشخص آخر إلى جانب طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر تقديم الالتماس نيابة عنك، لكن يتعين عليك أولاً استكمال نموذج تعيين ممثل. وسوف يعطي هذا النموذج الشخص الآخر تصريحاً بالتصرف نيابة عنك.

للحصول على نموذج تعيين ممثل، اتصل بالعناية بالعملاء واطلب النموذج أو تفضل بزيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf

في حالة تقديم الالتماس من قبل شخص آخر غيرك أنت أو طبيبك أو مقدم خدمات آخر، فيجب أن نتلقى نموذج تعيين ممثل مكتملاً قبل أن نراجع الالتماس.

ما المهلة الزمنية المتاحة لتقديم التماس؟

يجب أن تقدم طلب الالتماس في غضون 60 يوماً تقويمياً من تاريخ الخطاب المرسل إليك بشأن قرارنا.

إذا فاتك هذا الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لفواته، فقد نعطيك المزيد من الوقت لتقديم الالتماس. أمثلة على الأسباب المقنعة: كنت تعاني من حالة مرضية مستعصية أو قدمنا لك معلومات خاطئة بشأن المهلة الزمنية المحددة لتقديم الالتماس. يجب عليك توضيح سبب تأخر التماسك عندما تقدم الالتماس.

ملاحظة: إذا كنت تلتزم لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تتلقاها حالياً ستتغير أو تتوقف، فسيتاح لك أيام أقل للالتماس إذا كنت تريد مواصلة تلقي تلك الخدمة أثناء معالجة التماسك. يجب قراءة "هل سيستمر صرف المزايا الخاصة بي أثناء الالتامسات من المستوى الأول" في صفحة 165 لمزيد من المعلومات.

هل يمكنني الحصول على نسخة من ملف الحالة الخاص بي؟

نعم. يمكنك مطالبتنا بنسخة مجانية من خلال الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).

هل يستطيع طبيبي تقديم مزيد من المعلومات عن الالتماس المقدم من قبلي؟

نعم، تستطيع أنت وطبيبك تقديم مزيد من المعلومات لنا لدعم طلب الالتماس.

كيف سنتخذ قرار الالتماس؟

نقوم بدراسة جميع المعلومات عن طلبك بخصوص تغطية الرعاية الطبية. بعد ذلك، نتحقق من اتباعنا لجميع القواعد عند إصدار قرارنا برفض طلبك. وسيكون المراجع شخصاً لم يتخذ قرار التغطية الأصلي.



في حال كنا بحاجة لمزيد من المعلومات، يمكننا أن نطلبها منك أو من طبيبك.

متى يجري البت في قرار الالتماس "القياسي"؟

يجب أن تصدر قرارنا في غضون 30 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك (أو في غضون 7 أيام تقويمية من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك للدواء الموصوف التابع للجزء (B) من Medicare). وسوف نعطيك القرار أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.

- إذا لم نرسل ردًا على الالتماس الذي تقدمت به في غضون 30 يومًا تقويميًا (أو في غضون 7 أيام تقويمية من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك للدواء الموصوف التابع للجزء (B) من Medicare)، فسوف نرسل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الالتماسات إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare. وسوف تُخطر بذلك عند حدوثه.
- إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medi-Cal، فستحتاج لتقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول تدابير الالتماس من المستوى الثاني، انتقل إلى القسم (هـ) في صفحة 166.

إذا كان ردنا بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبت، فعلينا أن نعتمد أو نقدم التغطية في غضون 30 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك (أو في غضون 7 أيام تقويمية من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك للدواء الموصوف التابع للجزء (B) من Medicare).

في حال كانت إجابتنا بالرفض على جزء أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare، فسوف يخطر الخطاب أننا أرسلنا حالتك إلى كيان مراجعة مستقل لإجراء التماس من المستوى الثاني. إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medi-Cal، فسوف يخبرك الخطاب بكيفية تقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول تدابير الالتماس من المستوى الثاني، انتقل إلى القسم (هـ) في صفحة 166.

متى يجري البت في قرار الالتماس "السريع"؟

في حالة طلبك لتقديم التماس سريع، سنرد عليك في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلب تقديم الالتماس الخاص بك. وسوف نوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك من القيام بذلك.

- إذا لم نرسل ردًا على الالتماس الذي تقدمت به في غضون 72 ساعة، فسوف نرسل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الالتماسات إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare. وسوف تُخطر بذلك عند حدوثه.
- إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medi-Cal، فستحتاج لتقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول تدابير الالتماس من المستوى الثاني، انتقل إلى القسم (هـ) في صفحة 166.

في حال كانت إجابتنا بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته، يتعين علينا التصريح بالتغطية أو تقديمها في غضون 72 ساعة بعد استلامنا الالتماس الخاص بك.

في حال كانت إجابتنا بالرفض على جزء أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare، فسوف يخطر الخطاب أننا أرسلنا حالتك إلى كيان مراجعة مستقل لإجراء التماس من المستوى الثاني. إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medi-Cal، فسوف يخبرك الخطاب بكيفية تقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول تدابير الالتماس من المستوى الثاني، انتقل إلى القسم (هـ) في صفحة 166.

هل سيستمر صرف المزايا الخاصة بي أثناء الالتماس من المستوى الأول؟

إذا قررنا تغيير أو إيقاف تغطية خدمة أو بند ما كان معتمدًا في السابق، فسوف نرسل إليك إخطارًا قبل اتخاذ الإجراء المقرر. إذا رفضت الإجراء المقرر، يمكنك تقديم التماس من المستوى الأول ومطالبتنا بمواصلة تقديم مزاياك بخصوص الخدمة أو البند. يتعين عليك تجهيز الطلب في الموعد الوارد أدناه أو قبل انقضائه لمواصلة مزاياك:



- خلال 10 أيام من تاريخ إرسال الإخطار إليك بالبريد، أو
- تاريخ السريان المقرر لاتخاذ الإجراء.

إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك مواصلة تلقي الخدمة أو البند محل النزاع أثناء معالجة التماسك.

E4. التماس من المستوى الثاني يتعلق بالخدمات والبند والأدوية (الأدوية غير المغطاة في الجزء (D))

في حالة كان قرار الخطة في التماس المستوى الأول بالرفض، ما الذي يحدث بعد ذلك؟

في حال كانت إجابتنا بالرفض على جزء أو كل التماسك من المستوى الأول، سوف نرسل إليك خطابًا. وسوف يحيطك هذا الخطاب علمًا إذا كانت الخدمة أو البند خاضعًا للتغطية عادة بواسطة Medicare أو برنامج Medi-Cal.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند لبرنامج Medicare، فسوف نرسل تلقائيًا حالتك إلى المستوى الثاني من الالتماس بمجرد اكتمال المستوى الأول من الالتماس.
- إذا كانت مشكلتك بأن أحد خدمات أو بنود Medi-Cal، فسوف تحتاج لتقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك. ويكون في الخطاب المعلومات اللازمة عما يجب عليك فعله. وتتوفر المعلومات أيضًا أدناه.

ما المقصود بالالتماس من المستوى الثاني؟

إن الالتماس من المستوى الثاني هو التماس ثانٍ تجريه مؤسسة مستقلة غير مرتبطة بخطتنا.

إن مشكلتي بشأن إحدى خدمات أو بنود Medi-Cal. كيف يمكنني تقديم التماس من المستوى الثاني؟

توجد طريقتان لتقديم التماس من المستوى الثاني بالنسبة لخدمات وبنود Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو مراجعة طبية مستقلة أو (2) جلسة الاستماع بالولاية.

(1) المراجعة الطبية المستقلة

يمكنك تقديم شكوى أو طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR) من مركز المساعدة في California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا). من خلال تقديم شكوى، ستراجع DMHC قرارنا وتصدر الحكم. وتتوفر المراجعة الطبية المستقلة لأي من خدمات أو بنود Medi-Cal المغطاة التي لها طبيعة طبية. تعد المراجعة الطبية المستقلة مراجعة لحالتك من قبل أطباء ليسوا تابعين لخطينا أو لدائرة DMHC. إذا خرجت المراجعة الطبية المستقلة بقرار لصالحك، فيجب علينا تقديم الخدمة أو البند الذي طلبته. لا تدفع أية تكاليف مقابل المراجعة الطبية المستقلة.

يمكنك تقديم شكوى أو طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة إذا كانت خطتنا:

- ترفض أو تغير أو تؤجل خدمة أو علاج Medi-Cal لأن خطتنا ترى أنها ليست ذات ضرورة طبية.
- ونحن لن نغطي علاج Medi-Cal التجريبي أو الاستقصائي لحالة طبية خطيرة.
- ولن نسدد نظير خدمات Medi-Cal الطارئة أو العاجلة التي حصلت عليها بالفعل.
- في حالة عدم الرد على التماس المستوى الأول بشأن خدمات Medi-Cal في غضون 30 يومًا تقويميًا بالنسبة للمهلة المحددة للالتماس القياسي أو 72 ساعة بالنسبة للالتماس السريع.



ملاحظة: في حالة تقديم مقدم الخدمات لالتماس نيابة عنك، مع عدم حصولنا على نموذج تعيين ممثل خاص بك، ستحتاج إلى إعادة تقديم الالتماس إلينا قبل أن تتقدم للمستوى الثاني من المراجعة الطبية المستقلة إلى **Department of Managed Health Care** (دائرة الرعاية الصحية المُدارة).

يحق لك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة وجلسة استماع بالولاية معًا، ولكن لا يحق لك ذلك إذا تم عقد جلسة استماع بالولاية بالفعل لنفس الموضوع.

في أغلب الحالات، يتعين عليك أن تقدم التماسًا لدينا قبل طلب المراجعة الطبية المستقلة. انظر الصفحة 177 للحصول على معلومات حول تدابير الالتماس من المستوى الأول لدينا. في حال عدم موافقتك على قرارنا، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC أو مطالبة مركز المساعدة التابع لدائرة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR).

إذا تم رفض معالجتك نظرًا لأنها كانت تجريبية أو استقصائية، فليس عليك المشاركة في تدابير الالتماس لدينا قبل التقدم بطلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR).

إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تتضمن تهديدًا فوريًا وخطيرًا على صحتك أو إذا كنت تعاني من ألم حاد، يمكنك تقديمها على الفور لعناية دائرة DMHC بدون المرور بتدابير الالتماس الخاصة بنا أولاً.

يجب أن تتقدم للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR) في غضون 6 أشهر من بعد إرسال قرار كتابي يتعلق بالالتماس. قد تقبل دائرة DMHC طلبك بعد 6 أشهر لسبب وجيه مثل معاناتك من حالة طبية منعتك من طلب المراجعة الطبية المستقلة خلال 6 أشهر أو لم تتلق إخطارًا كافيًا من جانبنا بعملية المراجعة الطبية المستقلة.

لطلب مراجعة طبية مستقلة:

- املأ نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى المتوفر على:
www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.a
spX أو من خلال الاتصال بمركز المساعدة التابع لدائرة DMHC على الرقم 1-888-466-2219. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- إذا كانت لديك نسخ من الخطابات أو الوثائق الأخرى المتعلقة بالخدمة أو البند الذي قمنا برفضه، فقم بإرفاقها. يمكن لذلك تسريع عملية المراجعة الطبية المستقلة (IMR). أرسل نسخًا من الوثائق وليس الأصول. لا يمكن لمركز المساعدة استعادة أي وثائق.
- قم بملء نموذج المساعد المصرح له إذا كان هناك شخص ما يساعدك في المراجعة الطبية المستقلة. يمكنك الحصول على النموذج من على
www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx
أو من خلال الاتصال على مركز المساعدة التابع للدائرة على الرقم 1-888-466-2219. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- قم بإرسال النماذج وأي مرفقات عبر البريد أو الفاكس إلى:

Help Center
Department of Managed Health Care
980 Ninth Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس: 916-255-5241



إذا كنت مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة، فإن DMHC سترجع حالتك وترسل خطابًا في غضون 7 أيام تقويمية تخبرك خلاله بأنك مستحق لمراجعة طبية مستقلة. بعد تلقي طلب التقديم والمستندات الداعمة الخاصة بك من خطتك، سيتم إصدار قرار المراجعة الطبية المستقلة (IMR) خلال 30 يومًا تقويميًا. يجب عليك تلقي قرار المراجعة الطبية المستقلة (IMR) خلال 45 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة، فإن DMHC سترجع حالتك وترسل خطابًا في غضون يومين تقويميين تخبرك خلاله بأنك مستحق لمراجعة طبية مستقلة. بعد تلقي طلب التقديم والمستندات الداعمة الخاصة بك من خطتنا، سيتم إصدار قرار المراجعة الطبية المستقلة خلال 3 أيام تقويمية. يجب عليك تلقي قرار المراجعة الطبية المستقلة خلال 7 أيام تقويمية من تقديم الطلب المكتمل. إذا لم تشعر بالرضا تجاه نتيجة المراجعة الطبية المستقلة (IMR)، فيمكنك طلب جلسة استماع بالولاية.

قد تستغرق المراجعة الطبية المستقلة وقتًا أطول إذا لم تحصل DMHC على كل السجلات الطبية المطلوبة منك أو طبيبك المعالج. إذا كنت تزور طبيبًا غير موجود في شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية وترسلها لنا من هذا الطبيب. تكون خطتك الصحية مطالبة بالحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء الموجودين في الشبكة.

إذا قررت دائرة DMHC بأن حالتك لا تستحق المراجعة الطبية المستقلة، فسوف تقوم دائرة DMHC بمراجعة حالتك من خلال عملية شكاوى العملاء العادية لديها. يجب حل موضوع شكاوىك خلال 30 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوتك عاجلة، فسيتم حلها في وقت أسرع.

(2) جلسة الاستماع بالولاية

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية بخصوص بنود وخدمات Medi-Cal المغطاة. في حال طلب طبيبك أو مقدم خدمات آخر لبند أو خدمة لن تقوم باعتمادها أو لن تستمر في الدفع مقابل بند أو خدمة لديك بالفعل وكان ردنا بالرفض لالتماسك من المستوى الأول، فإن لديك الحق في أن تطلب جلسة استماع بالولاية.

في أغلب الحالات، يتاح لك 120 يومًا لطلب جلسة استماع بالولاية بعد إرسال إشعار "حقوق جلسة الاستماع الخاصة بك" إليك بالبريد.

ملاحظة: إذا كنت تطلب جلسة استماع بالولاية لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تتلقاها حاليًا ستتغير أو تتوقف، فسيتاح لك أيام أقل لتقديم طلبك إذا كنت تريد مواصلة تلقي تلك الخدمة خلال فترة انتظار جلسة الاستماع بالولاية. يجب قراءة "هل سيستمر صرف المزايا الخاصة بي أثناء الالتزامات من المستوى الأول" في صفحة 169 لمزيد من المعلومات.

هناك طريقتان لطلب جلسة استماع بالولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب جلسة استماع بالولاية" بعد تلقي إشعار نية الإجراء. يجب أن تقدم جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم بالكامل والعنوان والرقم الهاتفي واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك وبرنامج (برامج) المساعدة المتضمنة والسبب المفصل لاحتياجك لجلسة استماع. عندها يمكنك إرسال طلبك من خلال إحدى هذه الطرق:

• إلى دائرة الرفاهية بالمقاطعة على العنوان الموضح في الإخطار.

• إلى California Department of Social Services (دائرة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا):

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

• إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية على رقم الفاكس 833-281-0905.



2. يمكنك الاتصال بـ California Department of Social Services (دائرة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-952-5253. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت طلب جلسة استماع بالولاية عبر الهاتف، فينبغي إدراك أن خطوط الهاتف مشغولة للغاية.

إن مشكلتي بشأن إحدى خدمات أو بنود Medicare. ماذا سيحدث في الالتماس من المستوى الثاني؟

سوف يقوم كيان المراجعة المستقل بإجراء مراجعة متأنية لقرار المستوى الأول، وإصدار قرار بما إذا كان ينبغي تغييره أم لا.

● لا تحتاج إلى طلب التماس من المستوى الثاني. سوف نرسل أي رفض (كليًا أو جزئيًا) إلى كيان المراجعة المستقل. وسوف تُخطر بذلك عند حدوثه.

● كيان المراجعة المستقل عبارة عن مؤسسة مستقلة تم توظيفها من جانب Medicare ولا علاقة لها بهذه الخطة.

● يجوز لك طلب نسخة من ملفك عبر الاتصال بالعبارة عن مؤسسة مستقلة تم توظيفها من جانب Medicare على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).

يجب أن يقدم كيان المراجعة المستقل إجابة على الالتماس من المستوى الثاني في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقي التماسك (أو في غضون 7 أيام تقويمية من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك للدواء الموصوف التابع للجزء (B) من Medicare). تنطبق هذه القاعدة إذا أرسلت التماسك قبل الحصول على الخدمات أو البنود الطبية.

● ومع ذلك، إذا كان "كيان المراجعة المستقل" يحتاج إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. إذا كان كيان المراجعة المستقل (IRE) يحتاج أيامًا إضافية لاتخاذ قرار، فسوف يخبرك بذلك عن طريق خطاب. لا يمكن أن يستغرق IRE وقتًا إضافيًا لإصدار القرار إذا كان التماسك متعلقًا بدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare.

إذا كنت قد قدمت "التماسًا سريعًا" من المستوى الأول، فسيكون التماس المستوى الثاني سريعًا تلقائيًا. يجب أن يقدم كيان المراجعة المستقل إجابة في غضون 72 ساعة من تلقي التماسك.

● ومع ذلك، إذا كان "كيان المراجعة المستقل" يحتاج إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. إذا كان كيان المراجعة المستقل (IRE) يحتاج أيامًا إضافية لاتخاذ قرار، فسوف يخبرك بذلك عن طريق خطاب. لا يمكن أن يستغرق IRE وقتًا إضافيًا لإصدار القرار إذا كان التماسك متعلقًا بوصفة طبية تابعة للجزء (B) من Medicare.

هل سيستمر صرف المزايا الخاصة بي أثناء الالتماس من المستوى الثاني؟

إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند يخضع لتغطية Medicare، فإن مزاياك بالنسبة لهذه الخدمة أو البند لن تستمر خلال تدابير الالتماس من المستوى الثاني لدى كيان المراجعة المستقل.

إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند يخضع لتغطية Medi-Cal وكنتم تطلب جلسة استماع بالولاية، فإن مزايا Medi-Cal المتعلقة بالخدمة أو البند يمكن أن تستمر حتى صدور قرار جلسة الاستماع. يجب عليك طلب جلسة الاستماع في الموعد الوارد أدناه أو قبل انقضاءه لمواصلة مزاياك:

● خلال 10 أيام من تاريخ إرسال الإخطار إليك بالبريد بأنه تم تأييد قرار المزايا السلبي (قرار الالتماس من المستوى الأول)؛
أو

● تاريخ السريان المقرر لاتخاذ الإجراء.

إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك مواصلة تلقي الخدمة أو البند محل النزاع حتى يصدر قرار جلسة الاستماع.



كيف سأعرف بقرار الالتماس؟

إذا كان التماس المستوى الثاني الذي تتقدم به عبارة عن مراجعة طبية مستقلة، فإن Department of Managed Health Care دائرة الرعاية الصحية المدارة) سترسل إليك خطابًا تشرح فيه القرار الذي تم اتخاذه من جانب الأطباء الذين قاموا بمراجعة حالتك.

- إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة بالإيجاب على جزء أو جميع ما طلبت، فيجب أن نقدم الخدمة أو العلاج.
- إذا كان قرار كيان المراجعة المستقل بالرفض لجزء أو جميع ما طلبت، فهذا يعني أنهم يتفقون مع القرار من المستوى الأول. ولا يزال بإمكانك الحصول على جلسة الاستماع بالولاية. انتقل إلى الصفحة 183 لمزيد من المعلومات عن طلب جلسة الاستماع بالولاية.
- إذا كان التماسك من المستوى الثاني جلسة استماع بالولاية، فإن دائرة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية سوف ترسل إليك خطابًا تشرح فيه القرار.
- إذا كان قرار جلسة الاستماع بالولاية بالإيجاب لجزء مما طلبت أو كله، فيجب أن تمتثل للقرار. يتعين علينا أن نكمل الإجراءات (الإجراءات) الموصوفة في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا نسخة من القرار.
- إذا كان قرار جلسة الاستماع بالولاية بالرفض لجزء أو جميع ما طلبت، فهذا يعني أنهم يتفقون مع القرار من المستوى الأول. يمكن أن نوقف أي مساعدة مدفوعة في انتظار جلسة الاستماع لتلقاها.
- إذا تم توجيه التماسك من المستوى الثاني لكيان المراجعة المستقل، فسوف يرسل إليك خطابًا يشرح فيه القرار.
- إذا كان قرار كيان المراجعة المستقل بالإيجاب على جزء من أو كل ما طلبت في التماسك القياسي، فيجب أن نسمح بتقديم تغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو نقدم لك الخدمة أو البند في غضون 14 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا قرار كيان المراجعة المستقل (IRE). إذا كان التماسك سريعًا، فيجب أن نسمح بتقديم تغطية الرعاية الطبية أو نقدم لك الخدمة أو البند في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقينا قرار كيان المراجعة المستقل.
- في حالة إجابة كيان المراجعة المستقل بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته في التماسك القياسي لدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare، فعلىنا أن نعتمد أو نقدم الدواء الموصوف التابع للجزء (B) من Medicare في غضون 72 ساعة بعد استلام قرار كيان المراجعة المستقل. إذا كان التماسك سريعًا، فيجب أن نصرّح أو نقدّم الدواء الموصوف التابع للجزء (B) من Medicare في غضون 24 ساعة من تاريخ تلقينا قرار كيان المراجعة المستقل.
- إذا كان قرار كيان المراجعة المستقل بالرفض لجزء أو جميع ما طلبت، فهذا يعني أنهم يتفقون مع القرار من المستوى الأول. يسمى ذلك "تأييد القرار". كما أن ذلك يسمى أيضًا "رفض الالتماس المقدم منك".

إذا كان القرار بالرفض فيما يتعلق بكل أو جزء مما طلبت، فهل يمكنني تقديم التماس آخر؟

إذا كان الالتماس المقدم منك من المستوى الثاني مراجعة طبية مستقلة، فيمكنك طلب جلسة استماع بالولاية. انتقل إلى الصفحة 183 لمزيد من المعلومات عن طلب جلسة الاستماع بالولاية.

إذا كان الالتماس المقدم منك من المستوى الثاني جلسة استماع بالولاية، فيمكنك طلب إعادة النظر في الالتماس في غضون 30 يومًا من بعد تلقيك القرار. ويمكنك أيضًا طلب مراجعة قضائية لرفض جلسة الاستماع بالولاية من خلال تقديم التماس في المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية، البند 1094.5) في غضون عام واحد من تلقي القرار. لا يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة إذا كنت قد حصلت على جلسة استماع بالولاية في نفس الصدد.



إذا توجه الالتماس من المستوى الثاني إلى كيان المراجعة المستقل التابع لـ Medicare، فيمكنك الالتماس مرة أخرى إذا كانت القيمة الدولارية للخدمة أو البند الذي ترغب فيه يفي بالحد الأدنى من المقدار المحدد. سوف يشرح الخطاب الذي حصلت عليه من كيان المراجعة المستقل حقوق الالتماس الإضافية الخاصة بك.

انظر القسم (ط) بالصفحة 190 لمزيد من المعلومات حول المستويات الإضافية للالتماس.

E5. مشاكل الدفع

لا نسمح لمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا بحسابتك على الخدمات والبنود المغطاة. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لمقدم الخدمات أقل من تكاليف مقدم الخدمات مقابل خدمة أو بند مغطى. لن يُطلب منك نهائيًا دفع ميزانية أي فاتورة. والمبلغ الوحيد الذي ينبغي أن يطلب منك دفعه هو المشاركة في السداد نظير الأدوية الموصوفة الجينية والتي تحمل علامة تجارية.

في حال حصولك على فاتورة تزيد عن مدفوعاتك المشتركة للخدمات والبنود المغطاة، يجب إرسال الفاتورة إلينا. **يحظر عليك دفع الفاتورة بنفسك.** سنقوم بالاتصال بمقدم الخدمات مباشرة وبالاهتمام بالمشكلة.

لمزيد من المعلومات، ابدأ بقراءة الفصل 7: "مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل أدوية أو خدمات مغطاة". يوضح الفصل 7 المواقف التي قد تحتاج فيها لطلب التعويض أو سداد فاتورة تلقيتها من مقدم خدمات. كما أنه يوضح كيفية إرسال الأوراق التي تطالبنا بالسداد.

هل يمكنني مطالبتكم برد أموال إليّ نظير حصتكم من الخدمات أو البنود التي قمت بسداد تكلفتها؟

تذكر أنه في حال حصولك على فاتورة تزيد عن مدفوعاتك المشتركة نظير خدمات وبنود مغطاة، فلا يجب عليك سداد الفاتورة بنفسك. ولكن إذا دفعت الفاتورة، يمكنك استرداد الأموال إذا اتبعت قواعد تلقي الخدمات والبنود.

إذا كنت تطلب رد الأموال لك، فأنت تطلب قرارًا بالتغطية. سوف ننظر فيما إذا كانت الخدمة أو البند الذي دفعت مقابلته يخضع للتغطية أم لا، وسوف نراجع ما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد لاستخدام تغطيتك أم لا.

- إذا كانت الخدمة أو البند التي دفعت مقابلها خاضعة للتغطية وقد اتبعت جميع القواعد، فسوف نرسل لمقدم الخدمات الخاص بك حصتنا من تكلفة الخدمة أو البند في غضون 60 يومًا تقويميًا من تلقي طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو البند بعد، فسوف نرسل المقابل لمقدم الخدمة مباشرة. عند إرسال المبلغ، فإن هذا يعني **الموافقة** على طلبك بقرار التغطية.
- إذا كانت الخدمة أو البند غير مغطى، أو لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا يخبرك بأننا لن ندفع مقابل الخدمة أو البند، مع شرح السبب.

ماذا لو أخبرناك أننا لن نتحمل التكاليف؟

إذا لم تكن توافق على قرارنا، **يمكنك تقديم التماس.** اتبع تدابير الالتماسات الموضحة في القسم (هـ) بالصفحة 163. عند اتباعك هذه الإرشادات، يرجى ملاحظة:

- إذا كنت بصدد تقديم التماس للتعويض، فيجب أن نصدر قرارنا في غضون 30 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك.
- إذا كنت تطالبنا برد مقابل الخدمة أو البند الذي تلقيتَه بالفعل وسددت رسومه بنفسك، فلا يمكنك طلب التماس سريع.

إذا كان قرارنا **بالرفض** للالتماس المقدم منك وكانت الخدمة أو البند يخضعان للتغطية عادة تحت مظلة Medicare، فسوف نرسل حالتك تلقائيًا إلى كيان المراجعة المستقل (IRE). وسوف نعلمك من خلال خطاب في حال حدوث ذلك.



- إذا قام كيان المراجعة المستقل بإلغاء قرارنا وقرر وجوب دفعنا للمقابل، فيتعين أن نرسل إليك المبلغ أو إلى مقدم الخدمات في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كان القرار على الالتزام المقدم منك بالإيجاب في أي مرحلة من تدابير الالتزامات بعد المستوى الثاني، فيتعين علينا إرسال المبلغ الذي طلبته إليك أو إلى مقدم الخدمات في غضون 60 يومًا تقويميًا.
 - إذا فصلت هذه المراجعة برفض الالتزام، فإنه يعني اتفاقها مع قرارنا بعدم قبول طلبك. (يسمى ذلك "تأييد القرار". كما أن ذلك يسمى أيضًا "رفض الالتزام المقدم منك"). سوف يشرح الخطاب الذي تحصل عليه حقوق الالتزام الإضافية الخاصة بك. يمكنك الالتزام مرة أخرى فقط إذا كانت القيمة الدولارية للخدمة أو البند الذي ترغب فيه بالحد الأدنى من المقدار المحدد. انظر القسم (ط) بالصفحة 190 لمزيد من المعلومات حول المستويات الإضافية للالتزام.
- إذا كان القرار برفض التماسك وكانت الخدمة أو البند يخضعان لتغطية Medi-Cal عادة، يمكنك تقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك (انظر القسم هـ بالصفحة 166).

F. الأدوية المغطاة في الجزء (D)

F1. ماذا تفعل في حال واجهت مشكلات تتعلق بالحصول على دواء مغطى في الجزء (D) أو كنت تريد منا رد مقابل دواء مغطى في الجزء (D)

- تشمل مزاياك كعضو في خطتنا تغطية الكثير من أدوية الوصفات الطبية. أغلب هذه الأدوية هي "أدوية مغطاة في الجزء (D)". هناك القليل من الأدوية لا يغطيها الجزء (D) من Medicare لكن قد يغطيها Medi-Cal. ينطبق هذا القسم فقط على الالتزامات المتعلقة بأدوية الجزء (D).
- تشمل قائمة الأدوية بعض الأدوية بالاختصار "NPD". هذه الأدوية ليست مغطاة في الجزء (D). تتبع الالتزامات أو قرارات التغطية المتعلقة بالأدوية بالاختصار "NPD" التدابير الواردة في القسم (E) في الصفحة 160.
- هل يمكنني طلب قرار تغطية أو التماس فيما يتعلق بأدوية الوصفة المشمولة بالجزء (D)؟
- نعم. فيما يلي أمثلة على قرارات التغطية التي يمكنك طلب إجرائها من قبلنا والتي تتعلق بأدوية الجزء (D):
- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء مثل:
 - مطالبتنا بتغطية الأدوية المغطاة في الجزء (D) غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة
 - مطالبتنا بالتعاضي عن قيد يتعلق بتغطية الخطة لدواء (مثل القيود على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها)
 - مطالبتنا إذا كان الدواء خاضعًا للتغطية (على سبيل المثال، عندما يكون الدواء مغطى في قائمة أدوية الخطة لكن نطالبك بالحصول على موافقة من طرفنا قبل تغطيته بالنسبة لك).
- ملاحظة:** إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية، فستتلقى إخطارًا يشرح كيفية الاتصال بنا لسؤالنا عن أحد قرارات التغطية.
- أنت نطالبنا بالدفع مقابل دواء موصوف طبيًا قمت بشرائه بالفعل. هذا الأمر معني بطلب قرار التغطية الخاص بالدفع.

المصطلح القانوني لقرار التغطية فيما يتعلق بأدوية الجزء (D) هو "تقدير التغطية".



إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، يمكنك تقديم التماس على القرار. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية طلب التماس.

استخدم المخطط أدناه لمساعدتك في تحديد القسم الذي يحتوي على معلومات تتعلق بحالتك:

أي من الحالات التالية تنطبق عليك؟			
هل أنت بحاجة إلى دواء ليس موجودًا في قائمة الأدوية أو تطلب منا إغفال قاعدة أو قيد فيما يتعلق بدواء يخضع لتغطيتنا؟	هل تريد منا تغطية دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا وتعتقد بأنك تُلبي أي قواعد أو قيود بالخطأ (مثل الحصول على الموافقة مقدمًا) بالنسبة للدواء الذي تحتاج إليه؟	هل تطلب منا رد مقابل دواء تلقيته بالفعل ودفعت مقابله؟	هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نقدم التغطية أو ندفع مقابل الدواء بالطريقة التي تريد التغطية أو السداد من خلالها؟
يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء. (إنه نوع من أنواع قرارات التغطية).	يمكنك مطالبتنا بقرار التغطية.	يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. (إنه نوع من أنواع قرارات التغطية).	يمكنك تقديم التماس. (وهذا يعني أنك تطالبنا بإعادة النظر).
ابدأ بالقسم (2) بالصفحة 173. انظر أيضًا القسمين (3) و(4) في الصفحتين 174 و175.	انتقل مباشرة إلى القسم (4) بالصفحة 175.	انتقل مباشرة إلى القسم (4) بالصفحة 175.	انتقل مباشرة إلى القسم (5) بالصفحة 177.

F2. ما المقصود بالاستثناء

الاستثناء هو تصريح بالحصول على التغطية لأحد الأدوية التي لا تتم تغطيتها عادة في قائمة الأدوية أو لاستخدام الدواء بدون قواعد وقيود معينة. إذا كان هناك دواء ليس في قائمة الأدوية، أو ليس متاحًا للتغطية التأمينية التي تطلبها، يمكنك طلب إجراء "استثناء" من جانبنا.

عندما تطلب استثناءً منّا، فإن طبيبك أو واصف الدواء الآخر سوف يحتاج إلى شرح الأسباب الطبية لاحتياج هذا الاستثناء.

هنا بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف دواء آخر تقديمها:

1. مطالبتنا بتغطية الأدوية المغطاة في الجزء (D) غير المدرجة في قائمة الأدوية.

• في حالة موافقتنا على إجراء استثناء وتغطية دواء ليس مغطى في قائمة الأدوية، فسوف تحتاج إلى دفع مقدار تقاسم التكلفة المنطبق على الأدوية الموجودة في المستوى 3 للأدوية ذات الأسماء التجارية أو المستوى 2 للأدوية الجينية.

• لا يمكنك طلب استثناء من المشاركة في السداد أو مقدار التأمين المشترك الذي نطالبك بسداده مقابل الدواء.

2. إزالة قيد يتعلق بتغطيتنا. هناك قواعد أو استثناءات إضافية تنطبق على أدوية محددة في قائمة الأدوية الخاصة بنا (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 5 القسم ج).



- تشمل القواعد والقيود الإضافية المتعلقة بتغطية أدوية محددة ما يلي:
 - المطالبة باستخدام إصدار جنيس من دواء بدلاً من دواء ذي اسم تجاري.
 - الحصول على موافقة الخطة قبل موافقتنا على تغطية الدواء لك. (وهذا يطلق عليه أحياناً "التصريح المسبق".)
 - المطالبة بتجربة دواء مختلف أولاً قبل الموافقة على تغطية الدواء الذي تطلبه. (وهذا يطلق عليه أحياناً "العلاج المرحلي".)
 - بعض الأدوية لها حدود كمية. بالنسبة لبعض الأدوية، نقوم بوضع حد على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
- إذا وافقنا على إجراء استثناء وتنازلنا عن قيد لك، يمكنك طلب استثناء من مبلغ السداد المشترك الذي نطالبك بسداده بالنسبة للدواء.

يطلق أحياناً على المصطلح القانوني لطلب إزالة قيد فيما يتعلق بتغطية دواء طلب "استثناء كتيب الوصفات الطبية".

F3. أمور مهمة للتعرف عليها فيما يتعلق بطلب الاستثناءات

يجب أن نخبرنا طبيبك أو واصف الدواء الآخر بالأسباب الطبية

يتعين أن يقدم لنا طبيبك أو واصف الدواء الآخر بياناً يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء. سوف يكون قرارنا أسرع فيما يتعلق بالاستثناء إذا قمت بتضمين هذه المعلومات من طبيبك أو واصف الدواء الآخر عند طلب الاستثناء.

عادة، تشمل قائمة الأدوية لدينا أكثر من دواء لمعالجة حالة بعينها. يطلق على هذه الأدوية مصطلح الأدوية "البديلة". إذا كان أحد الأدوية البديلة بنفس كفاءة الدواء الذي تطلبه، ولن يسبب لك مزيداً من التأثيرات العكسية أو مشكلات صحية أخرى، فإننا لن نقبل طلبك بالحصول على استثناء.

سوف نوافق أو نرفض طلبك بالحصول على استثناء

- إذا وافقنا على طلبك بالحصول على استثناء، فإن الاستثناء في العادة يستمر حتى نهاية العام التقويمي. وهذا صحيح طالما أن طبيبك ما زال يصف لك الدواء وأن الدواء سيظل آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا رفضنا طلبك بالحصول على استثناء، يمكنك طلب مراجعة لقرارنا من خلال تقديم التماس. يوضح القسم (5) في صفحة 177 كيفية تقديم التماس عند الرفض.

يوضح لك القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء.



F4. كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن تغطية دواء من الجزء (D) أو التعويض مقابلته، بما في ذلك الحصول على استثناء

ما يجب القيام به

لمحة سريعة عن: كيفية طلب قرار تغطية بشأن دواء أو مبلغ

اتصل بنا أو راسلنا عن طريق البريد أو الفاكس أو اطلب من ممثلك أو طبيبك أو واصف أدوية آخر مطالبتنا. وسوف نوافيك بالرد بشأن قرار تغطية قياسي في غضون 72 ساعة. وسوف نقدم ردًا بشأن تعويضك مقابل أحد الأدوية المغطاة في الجزء (D) التي دفعت مقابلها بالفعل في غضون 14 يومًا تقويميًا.

- في حال طلبت استثناء، قم بإرفاق البيان الداعم من طبيبك أو واصف دواء آخر.
- يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف الدواء الآخر طلب إصدار قرار سريع. (تصدر القرارات السريعة في العادة في غضون 24 ساعة.)
- اقرأ هذا القسم للتأكد من أنك تستحق الحصول على قرار سريع! وقرأه أيضًا لمعرفة معلومات عن مواعيد القرارات النهائية.

• اطلب نوع قرار التغطية الذي تريده. اتصل بنا أو راسلنا عبر البريد أو تواصل معنا عبر الفاكس لتقديم طلبك. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو واصف الدواء الآخر) القيام بذلك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 1-888-697-8122 (الهاتف النصي: 711).

• يمكن لطبيبك (أو واصف الدواء الآخر) أو شخص آخر ينوب عنك أن يطلب قرار التغطية. كما يمكنك توكيل محامٍ للتصرف نيابة عنك.

• اقرأ القسم (D) في صفحة 158 للاطلاع على كيفية تقديم إذن لشخص آخر للتصرف كممثل لك.

• لست بحاجة لأن تعطي طبيبك أو واصف الدواء الآخر تصريحًا كتابيًا لمطالبتنا بقرار تغطية نيابة عنك.

• إذا كنت تريد مطالبتنا برد مقابل دواء، فاقرأ الفصل 7 من هذا الكتيب. يوضح الفصل 7 الحالات التي قد تطلب فيها رد مقابل الدواء. ويوضح أيضًا كيفية إرسال الأوراق التي تطلبنا برد مقابل الدواء من حصتنا من تكلفة الدواء الذي قمت بدفعه.

• إذا كنت تطلب استثناءً، فيجب تقديم "البيان الداعم". يجب أن يقدم لنا طبيبك أو واصف الدواء الآخر بيانًا يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء أدوية. نحن نسمي هذا "بيان الدعم".

• يمكن لطبيبك أو واصف أدوية آخر إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد. أو يمكن لطبيبك أو واصف الأدوية الآخر إبلاغنا عبر الهاتف، ثم إرسال بيان إلينا عبر الفاكس أو البريد.

إذا تطلبت صحتك ذلك، فاطلب منا إعطاءك "قرار التغطية السريع"

سوف نعتمد "المواعيد النهائية القياسية" إلا إذا اتفقنا على اعتماد "المواعيد النهائية السريعة".

• قرار التغطية القياسي يعني أنك سوف تحصل على القرار في غضون 72 ساعة بعد استلامنا بيان طبيبك.

• قرار التغطية السريع يعني أنك سوف تحصل على القرار في غضون 24 ساعة بعد استلامنا بيان طبيبك.

المصطلح القانوني "القرار التغطية السريع" هو "تقدير تغطية عاجل".

يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع فقط إذا كنت تطلب دواءً لم تتلقاه بعد. (لا يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع إذا كنت تطلب دواءً قد اشتريته بالفعل).

يمكنك الحصول على إصدار قرار التغطية السريع فقط في حال تسبب المواعيد النهائية القياسية في حدوث ضرر خطير على صحتك أو أدى في قدرتك على العمل.



إذا أخبرنا طبيبك أو واصل الدواء الآخر بأن حالتك الصحية تتطلب "قرار تغطية سريع"، فإننا سوف نوافق تلقائيًا على إعطائك قرار تغطية سريع وسوف يخبرك الخطاب بذلك.

- إذا كنت تطلب قرار تغطية سريعًا بشأن التغطية (بدون دعم طبيبك أو واصل أدوية أخرى)، فسوف نقرر ما إذا كان يمكنك الحصول على قرار سريع بشأن التغطية.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تلي متطلبات حصولك على قرار التغطية السريع، فسوف نستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك.
- سوف نرسل إليك خطابًا يوضح ذلك. سوف يخبرك الخطاب بكيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا بإعطائك قرار قياسي.
- يمكنك تقديم "شكوى سريعة" والحصول على استجابة لشكاوك في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات عن تدابير تقديم شكاوى، بما فيها الشكاوى السريعة، انظر القسم (J) بالصفحة 191.

المواعيد النهائية لـ "قرار التغطية السريع"

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 24 ساعة. وهذا يعني في غضون 24 ساعة بعد تلقينا طلبك. أو في حال طلبت استثناءً، فسيستغرق ذلك 24 ساعة بعد تلقينا البيان الداعم لطلبك من طبيبك أو طبيب آخر. وسوف نوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسوف نرسل طلبك لتدابير الالتزامات من المستوى الثاني. في المستوى الثاني، سيقوم كيان مراجعة مستقل بمراجعة طلبك.
- في حالة كانت إجابتنا بالموافقة على جزء أو كل ما طلبته، فيجب أن نقدم لك التغطية في غضون 24 ساعة بعد استلام طلبك أو بيان طبيبك أو واصل الدواء الآخر الداعم لطلبك.
- إذا كان ردنا لا لبعض مما طلبه أو كله، فسوف نرسل لك خطابًا نشرح فيه سبب الرفض. كما سيوضح هذا البيان أيضًا كيفية تقديم التماس بشأن قرارنا.

المواعيد النهائية "القرار التغطية القياسي" فيما يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد

- إذا كنت تستخدم المواعيد النهائية القياسية، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا طلبك. أو في حال طلبت استثناءً، نقدمه لك بعد تلقينا البيان الداعم لطلبك من طبيبك أو واصل الدواء. وسوف نوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسوف نرسل طلبك لتدابير الالتزامات من المستوى الثاني. في المستوى الثاني، سيقوم كيان مراجعة مستقل بمراجعة طلبك.
- في حال كانت إجابتنا بالموافقة على جزء أو كل ما طلبته، فعلى أن نعتمد أو نقدم التغطية في غضون 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك أو إذا كنت تطلب استثناءً، فبعد استلامنا للبيان الداعم من طبيبك أو مقدم الوصفة.
- إذا كان ردنا لا لبعض مما طلبه أو كله، فسوف نرسل لك خطابًا نشرح فيه سبب الرفض. كما سيوضح هذا البيان أيضًا كيفية تقديم التماس بشأن قرارنا.

المواعيد النهائية "القرار التغطية القياسي" بشأن دفع ثمن دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نصدر قرارنا في غضون 14 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتزام من قبلك.



- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسوف نرسل طلبك لتدابير الالتزامات من المستوى الثاني. في المستوى الثاني، سيقوم كيان مراجعة مستقل بمراجعة طلبك.
- في حال كان قرارنا بالموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه، فسوف نقوم بالدفع لك في غضون 14 يومًا تقويميًا.
- إذا كان ردنا لا لبعض مما قمت بطلبه أو كله، فسوف نرسل لك خطابًا نشرح فيه سبب الرفض. كما سيوضح هذا البيان أيضًا كيفية تقديم التماس بشأن قرارنا.

F5. التماس المستوى الأول لأدوية الجزء (D)

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الأول

يمكنك أنت أو طبيبك أو من قام بوصف الدواء لك أو ممثلك تقديم طلبك كتابةً وإرساله إلينا عبر البريد أو الفاكس. يمكنك أيضًا أنت تطلب تقديم طعن عن طريق الاتصال بنا.

- يمكنك طلب الالتزامات في غضون 60 يومًا تقويميًا من صدور القرار الذي تقدم الالتزامات بشأنه. في حال فاتك الموعد النهائي لسبب وجيه، تتاح لك فرصة إضافية لتقديم التماس.

- يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية لك أو ممثلك الاتصال بنا لطلب تقديم التماس سريع.

- اقرأ هذا القسم للتأكد من أنك تستحق الحصول على قرار سريع! وقرأه أيضًا لمعرفة معلومات عن مواعيد القرارات النهائية.

- لبدء إجراء الالتزامات، يتعين عليك أنت أو طبيبك أو مقدم وصفة طبية آخر أو ممثلك الاتصال بنا.

- إذا كنت تطلب التماسًا قياسيًا، يمكنك الالتزامات من خلال إرسال طلب كتابي. يمكنك أيضًا طلب تقديم التماس عن طريق الاتصال بنا على 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).

- إذا كنت ترغب في التماس سريع، يمكنك تقديم الالتزامات كتابيًا أو يمكنك الاتصال بنا.

- قدم طلب الالتزامات في غضون 60 يومًا تقويميًا من التاريخ المدون على الإخطار الذي أرسلناه إليك لإخبارك بقرارنا. في حالة فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لعدم قدرتك على التقديم في هذه المدة، يمكن أن نقدم لك تمديدًا لتقديم الالتزامات. على سبيل المثال، تكون الأسباب الوجيهة لعدم التقديم قبل الموعد النهائي، كإصابتك بمرض خطير يمنعك من التواصل معنا أو إذا قدمنا لك معلومات غير كاملة أو غير صحيحة فيما يتعلق بالموعد النهائي لطلب الالتزامات.

- ولديك الحق في مطالبتنا بنسخة من المعلومات المتعلقة بالالتماس المقدم منك. لطلب نسخة، اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).

المصطلح القانوني لتقديم التماس إلى الخطة بشأن قرار التغطية لدواء الجزء (D) هو "إعادة التقرير" من قبل الخطة.

في حال رغبتك، تستطيع أنت وطبيبك أو مقدم وصفة طبية آخر تقديم مزيد من المعلومات لنا لدعم التماسك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا "التماسًا سريعًا"

- إذا كنت تلتزم في قرار لخطتنا فيما يتعلق بدواء لم تحصل عليه، فسوف تحتاج أنت وطبيبك أو واصف الدواء الآخر تحديد ما إذا كنت تريد "التماسًا سريعًا".
- متطلبات الحصول على "التماس سريع" مماثلة لمتطلبات الحصول على "قرار تغطية سريع" في القسم (و4) في صفحة 175.



المصطلح القانوني "للاتماس السريع" هو "إعادة التقرير العاجل".

ستراجع خطتنا الالتماس المقدم منك وتمنحك القرار

- نقوم بدراسة جميع المعلومات عن طلبك بخصوص التغطية بعناية. ثم نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نلتزم بجميع القواعد عندما رفضنا طلبك. يمكن أن نتصل بك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية الآخر للحصول على مزيد من المعلومات. وسيكون المراجع شخصًا غير الذي اتخذ قرار التغطية الأصلي.

المواعيد النهائية "للاتماس السريع"

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فسندعم لك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك أو أسرع إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.
- إذا لم نقدم لك القرار في غضون 72 ساعة، فسوف نرسل طلبك لتدابير الالتزامات من المستوى الثاني. في المستوى الثاني، سيقوم كيان مراجعة مستقل بمراجعة التماسك.
- في حال كانت إجابتنا بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته، فعلينا أن نقدم التغطية في غضون 72 ساعة بعد استلامنا التماسك.
- في حال كانت إجابتنا بالرفض على جزء أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك خطابًا يوضح سبب الرفض.

المواعيد النهائية "للاتماس القياسي"

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية القياسية، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 7 أيام تقويمية بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك أو أسرع إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، باستثناء إذا كنت تطلب منّا رد مقابل دواء قد اشتريته بالفعل. إذا كنت تطلب منّا رد مقابل دواء قد اشتريته بالفعل، فيتعين علينا تقديم قرارنا لك في غضون 14 يومًا تقويمية من بعد تلقينا التماسك. إذا كنت تعتقد بأن صحتك تتطلب ذلك، فينبغي أن تطلب منّا "التماسًا سريعًا".
- إذا لم نقدم لك القرار في غضون 7 أيام تقويمية أو 14 يومًا تقويمية إذا طلبتنا برد مقابل دواء قد اشتريته بالفعل، فسوف نرسل طلبك لتدابير الالتزامات من المستوى الثاني. في المستوى الثاني، سيقوم كيان مراجعة مستقل بمراجعة التماسك.
- في حال كانت إجابتنا بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته:
 - إذا اعتمدنا طلبًا بالتغطية، فيجب أن نوفر لك التغطية بالسرعة التي تناسب حالتك الصحية، بما لا يتجاوز 7 أيام تقويمية بعد حصولنا على الالتماس أو 14 يومًا تقويمية إذا طلبتنا برد مقابل دواء قد اشتريته بالفعل.
 - إذا اعتمدنا طلبك باسترداد مقابل دواء قمت بشرائه بالفعل، فسندعم لك المبلغ في غضون 30 يومًا تقويمية من بعد تلقينا طلب التماسك.
- في حال كانت إجابتنا بالرفض على جزء أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك خطابًا يوضح سبب الرفض ويخبرك بكيفية تقديم التماس على قرارنا.



F6. التماس المستوى الثاني لأدوية الجزء (D)

في حال كان قرارنا بالرفض لجزء من التماسك أو كله، يصبح بإمكانك اختيار إما قبول هذا القرار أو تقديم التماس آخر. إذا قررت الانتقال إلى المستوى الثاني، فسيقوم كيان مراجعة مستقل بمراجعة القرار.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الثاني

إذا كنت ترغب في مراجعة حالتك عن طريق كيان المراجعة المستقل، فيجب أن يكون طلب الالتزام الخاص بك كتابيًا.

- يمكنك طلب الالتزام في غضون 60 يومًا تقويميًا من صدور القرار الذي تقدم الالتزام بشأنه. في حال فاتك الموعد النهائي لسبب وجيه، تتاح لك فرصة إضافية لتقديم التماس.
- يمكنك أنت أو طبيبك أو واصل أدوية آخر أو ممثلك طلب التماس من المستوى الثاني.
- اقرأ هذا القسم للتأكد من أنك تستحق الحصول على قرار سريع! وقرأه أيضًا لمعرفة معلومات عن مواعيد القرارات النهائية.

- إذا كنت ترغب في مراجعة حالتك عن طريق كيان مراجعة مستقل، فيجب أن يكون طلب الالتزام الخاص بك كتابيًا. سوف يشرح الخطاب الذي نرسله بشأن قرارنا في الالتزام من المستوى الأول كيفية طلب الالتزام من المستوى الثاني.
- عندما تقدم التماسًا لكيان المراجعة المستقل، فسوف نرسل إليه ملف حالتك. يحق لك طلب نسخة من ملف حالتك عبر الاتصال بالعبارة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).
- لديك الحق في إمداد كيان المراجعة المستقل بالمعلومات الأخرى لدعم التماسك.

• كيان المراجعة المستقل عبارة عن مؤسسة مستقلة تم توظيفها من جانب Medicare. لا تتعلق المؤسسة بهذه الخطة وليست وكالة حكومية.

- سيلقي المراجعون في كيان المراجعة المستقل (IRE) نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك. سوف ترسل لك المؤسسة خطابًا يوضح قرارها.

يعتبر المصطلح القانوني لتقديم التماس لكيان المراجعة المستقل حول دواء مدرج بالجزء (D) هو "إعادة نظر".

المواعيد النهائية "للاتماس السريع" من المستوى الثاني

- إذا تطلبت ظروفك الصحية ذلك، فاطلب من كيان المراجعة المستقل (IRE) "التماسًا سريعًا".
- إذا وافق كيان المراجعة المستقل (IRE) على "التماسك السريع"، فيجب أن يقدم لك القرار على الالتزام من المستوى الثاني في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك.
- في حالة إجابة كيان المراجعة المستقل بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته، فعلى أن نعتمد أو نقدم لك التغطية التأمينية في غضون 24 ساعة بعد استلام القرار.

المواعيد النهائية "للاتماس القياسي" من المستوى الثاني

- في حالة تقديمك لالتماس قياسي من المستوى الثاني، يتعين أن يقدم كيان المراجعة المستقل (IRE) إجابة على الالتزام من المستوى الثاني في غضون 7 أيام تقويمية من تلقي الالتزام المقدم منك أو 14 يومًا تقويميًا إذا طلبتنا برد مقابل دواء قد اشتريته بالفعل.
- في حالة إجابة كيان المراجعة المستقل بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته، فعلى أن نعتمد أو نقدم لك تغطية الدواء في غضون 72 ساعة بعد استلام القرار.



- إذا اعتمد كيان المراجعة المستقل طلبك باسترداد مقابل دواء قمت بشرائه بالفعل، فسنرسل لك المبلغ في غضون 30 يومًا تقويميًا من بعد حصولنا على القرار.

ماذا إن قرر كيان المراجعة المستقل رفض الالتماس من المستوى الثاني؟

يعني الرفض تصديق كيان المراجعة المستقل على قرارنا بعدم اعتماد طلبك. يسمى ذلك "تأييد القرار". كما أن ذلك يسمى أيضًا "رفض الالتماس المقدم منك".

إذا أردت الانتقال إلى المستوى الثالث من تدابير الالتماسات، فإن الأدوية التي تطالب بها يجب أن تستوفي الحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت القيمة بالدولار أقل من الحد الأدنى، فإنه لا يمكنك المضي قدمًا في الالتماس. وإذا كانت القيمة بالدولار عالية بدرجة كافية، فيمكنك أن تطلب التماسًا من المستوى الثالث. سيخطر الخطاب الذي تتلقاه من كيان المراجعة المستقل بالقيمة الدولارية اللازمة للمضي قدمًا في تدابير الالتماس.

G. 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.

خلال إقامتك التي تتم تغطيتها بالمستشفى، سوف يتعاون معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. كما أنهم سيساعدونك على اتخاذ الترتيبات اللازمة لأي رعاية قد تحتاج إليها بعد المغادرة.

- يطلق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى "تاريخ الخروج".
- سوف يخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى بتاريخ الخروج.

إذا كنت تعتقد بأنه تتم مطالبتك بمغادرة المستشفى سريعًا، يمكنك طلب إقامة أطول بالمستشفى. يوضح لك هذا القسم كيفية الطلب.

G1. معرفة الحقوق المتعلقة ببرنامج Medicare

في غضون يومين من إدخالك إلى المستشفى، سوف يقدم لك عامل اجتماعي أو ممرضة إخطارًا يسمى "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك". إذا لم تحصل على هذا الإخطار، فاطلبه من أي موظف بالمستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيرجى الاتصال بالعبارة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على رقم 1-877-486-7077.

اقرأ هذا الإخطار بعناية واطرح الأسئلة إذا كنت لا تستوعب. تطلعك "الرسالة المهمة" على حقوقك كمريض بالمستشفى شاملة ما يلي:

- تلقي خدمات مغطاة في Medicare خلال وبعد الإقامة بالمستشفى. لديك الحق في معرفة طبيعة هذه الخدمات ومن سيدفع مقابلها وأين يمكنك الحصول عليها.
- أن تكون جزءًا من أي قرارات بشأن طول الإقامة بالمستشفى.
- معرفة المكان الذي تبلغه بمخاوفك بشأن جودة الرعاية بالمستشفى.
- الالتماس في حال اعتقادك بأنه قد تم إخراجك من المستشفى قبل الموعد المحدد.



يجب عليك توقيع إخطار Medicare لتوضيح أنك قد حصلت عليه وفهمت حقوقك. لا يعني توقيع الإشعار موافقتك على تاريخ الخروج من المستشفى الذي ربما أبلغت به من قبل الطبيب أو موظفي المستشفى.

احتفظ بنسخة الإخطار الموقع لديك بحيث تكون المعلومات الموجودة به متاحة لديك عند الضرورة.

- للاطلاع على نسخة من هذا الإشعار مسبقاً، يمكنك الاتصال على العناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية. يمكنك أيضاً الاتصال بـ (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. تكون المكالمات مجانية.

- يمكنك أيضاً الاطلاع على الإخطار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيرجى الاتصال بالعناية بالعملاء أو Medicare على الأرقام المدرجة أعلاه.

G2. التماس من المستوى الأول لتغيير موعد خروجك من المستشفى

إذا أردت منا تغطية خدمات المستشفى للمرضى الداخليين الخاصة بك لفترة طويلة، فيجب عليك طلب التماس ما ستقوم مؤسسة تحسين الجودة بمراجعة الالتماس من المستوى الأول لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المحدد مناسباً لك من الناحية الطبية أم لا. في كاليفورنيا، يطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta BFCC-QIO.

لتقديم التماس لتغيير تاريخ الخروج، اتصل بمؤسسة Livanta BFCC-QIO على: 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668).

اتصل على الفور!

اتصل بمؤسسة تحسين الجودة قبل موعد مغادرتك للمستشفى وليس بعد تاريخ الخروج المحدد. تحتوي "الرسالة المهمة من Medicare بشأن حقوقك" على معلومات تتعلق بكيفية الوصول إلى مؤسسة تحسين الجودة.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الأول لتغيير موعد خروجك من المستشفى

اتصل بمؤسسة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668) واطلب "مراجعة سريعة".

اتصل قبل موعد مغادرتك للمستشفى وقبل تاريخ الخروج المحدد.

- إذا أُجريت الاتصال قبل مغادرتك، فإنه يحق لك البقاء في المستشفى بعد موعد الخروج المحدد لك دون الدفع مقابل ذلك بينما تنتظر الفصل في الالتماس الخاص بك من مؤسسة تحسين الجودة.

- إن لم تجر اتصالاً يتعلق بالالتماس وقررت البقاء في المستشفى بعد موعد الخروج المحدد لك، فإنه قد يلزمك تحمل سداد جميع التكاليف مقابل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد.

- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة بشأن الالتماس الخاص بك، يمكنك تقديم الالتماس مباشرة لخطتنا بدلاً من ذلك. لمزيد من التفاصيل، انظر القسم (ز4) في صفحة 184.

- نظراً لأن الإقامات بالمستشفى تكون خاضعة للتغطية من قبل Medicare و Medi-Cal، إذا لم تستجب مؤسسة تحسين الجودة لطلب استمرار إقامتك في المستشفى، أو كنت تعتقد أن حالتك عاجلة أو تتطوي على تهديد خطير وفوري لصحتك أو كنت تعاني من ألم حاد، فلا يزال تتسنى لك فرصة تقديم شكوى أو طلب المراجعة الطبية المستقلة من California Department of



Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا). يرجى الانتقال إلى القسم (هـ4) في صفحة 166 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.

إننا نريد التأكد من استيعاب ما تحتاج إلى فعله والتأكد من المواعيد النهائية.

- **اطلب المساعدة إذا احتجت إليها.** إذا كانت لديك استفسارات أو كنت بحاجة إلى مساعدة في أي وقت، فيرجى الاتصال بالعبارة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711). يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على 1-800-434-0222. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077.

ما المقصود بمؤسسة تحسين الجودة؟

إنها عبارة عن مجموعة من الأطباء ومحترفي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتقاضون أجورهم من جانب الحكومة الفيدرالية. هؤلاء الخبراء لا ينتمون إلى خطتنا. يتم الدفع لهم من قبل برنامج Medicare للتحقق وللمساعدة في تحسين جودة رعاية الأشخاص من خلال Medicare.

طلب إجراء "مراجعة سريعة"

يتعين عليك طلب إجراء "مراجعة سريعة" لخروجك من مؤسسة تحسين الجودة. يعني طلب إجراء "مراجعة سريعة" مطالبة المؤسسة باستخدام المواعيد النهائية السريعة لالتماس ما بدلاً من استخدام المواعيد النهائية القياسية.

المصطلح القانوني "للمراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية".

ماذا يحدث خلال إجراء المراجعة السريعة؟

- سيطلب المراجعون في مؤسسة تحسين الجودة منك أو من ممثلك سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية للخدمات بعد تاريخ الخروج المخطط له. ليس من الضروري بالنسبة لك إعداد أي شيء كتابي، ولكن يمكنك فعل ذلك إن أردت.
- سيطلع المراجعون على سجلك الطبي وسيتحدثون مع طبيبك ويراجعون جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك بالمستشفى.
- وفي منتصف اليوم بعد أن يخبرنا المراجعون بشأن الالتماس الخاص بنا، ستحصل على خطاب يوضح لك موعد الخروج المحدد. يوضح الخطاب أسباب اعتقاد الطبيب والمستشفى واعتقادنا بملاءمة خروجك في هذا الموعد.

المصطلح القانوني لهذا التوضيح الكتابي يطلق عليه "التوضيح التفصيلي للخروج من المستشفى". يمكنك الحصول على عينة من خلال الاتصال بالعبارة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711). يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الاطلاع على عينة من الإخطار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

ماذا إذا كان القرار بالموافقة؟

- إذا فصلت مؤسسة تحسين الجودة بالإيجاب على الالتماس الخاص بك، فيتعين علينا تغطية خدمات المستشفى الخاصة بك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.



ماذا إذا كان القرار بالرفض؟

- إذا فصلت مؤسسة تحسين الجودة برفض الالتماس، فإنه يعني أن تاريخ خروجك المحدد مناسب من الناحية الطبية. في حال حدوث ذلك، ستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الخارجيين الخاصة بك ظهر اليوم الذي يلي رد مؤسسة تحسين الجودة.
- إذا فصلت مؤسسة تحسين الجودة بالرفض وقررت أنت البقاء في المستشفى، فقد تتحمل تكاليف الإقامة الممدودة في المستشفى. ويبدأ حساب تكاليف رعاية المستشفى التي قد يلزمك سدادها من ظهر اليوم الذي يلي رد مؤسسة تحسين الجودة.
- في حال رفض مؤسسة تحسين الجودة للالتماس المقدم منك، وبقائك في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر، فإنه يمكنك تقديم التماس من المستوى الثاني على النحو الموضح في القسم التالي.

G3. التماس من المستوى الثاني لتغيير موعد خروجك من المستشفى

- في حال رفض مؤسسة تحسين الجودة للالتماسك، وبقائك في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، فإنه يمكنك تقديم التماس من المستوى الثاني. ستحتاج إلى الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة مرة أخرى وطلب إجراء مراجعة أخرى.
- اطلب إجراء مراجعة من المستوى الثاني في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد اليوم الذي تقرر فيه مؤسسة تحسين الجودة رفض التماسك من المستوى الأول. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال بقاءك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية.
- في كاليفورنيا، يطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta BFCC-QIO. يمكنك التواصل مع برنامج Livanta BFCC-QIO على الرقم: 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668).

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الثاني لتغيير موعد خروجك من المستشفى

اتصل بمؤسسة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668) واطلب مراجعة أخرى.

- سيلقي المراجعون بمؤسسة تحسين الجودة نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.
- وفي غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب المراجعة الثانية، سيتخذ المراجعون في مؤسسة تحسين الجودة قرارًا.

ماذا إذا كان القرار بالموافقة؟

- يجب علينا أن نرد لك حصة التكاليف الخاصة بالرعاية في المستشفى التي تلقيتها منذ ظهر اليوم الذي يلي تاريخ أول قرار التماس. يتعين علينا الاستمرار في تقديم تغطية رعايتك داخل المستشفى طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق عليك قيود التغطية.

ماذا إذا كان القرار بالرفض؟

- هذا معناه أن مؤسسة تحسين الجودة توافق على القرار من المستوى الأول ولن تغيره. فهذا الخطاب الذي تحصل عليه سيطلعك بما تقوم به إذا أردت الاستمرار في عملية الالتماس.
- في حال رفض مؤسسة تحسين الجودة الالتماس من المستوى الثاني، قد يتعين عليك دفع كافة التكاليف لبقائك بعد تاريخ الخروج المحدد.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى أو طلب المراجعة الطبية المستقلة من DMHC لاستمرار بقاءك في المستشفى. يرجى الانتقال إلى القسم (4) في صفحة 180 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.



G4. ما الذي يحدث في حال فوات موعد الالتماس النهائي؟

في حال فاتتك مواعيد الالتماس النهائية، هناك طريقة أخرى لإجراء التماس من المستويين الأول والثاني، يطلق عليها اسم الالتماسات البديلة. ولكن أول مستويين للالتماس مختلفان.

التماس بديل من المستوى الأول لتغيير موعد خروجك من المستشفى

إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة (والذي يكون خلال 60 يومًا أو وقت لا يتجاوز تاريخ الخروج المخطط الخاص بك، أيهما يأتي أولاً)، يمكنك تقديم الالتماس لنا ومطالبتنا بإجراء "مراجعة سريعة". تعتبر المراجعة السريعة التماسًا يستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس بديل من المستوى الأول

اتصل على رقم العناية بالعملاء لدينا واطلب إجراء "مراجعة سريعة" تتصل بتاريخ خروجك من المستشفى.
وسنوافيك بقرارنا في غضون 72 ساعة.

- خلال هذه المراجعة، نلقي نظرة بشأن جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك في المستشفى. إننا نتحقق لمعرفة ما إذا كان القرار المتعلق بالوقت الذي يجب عليك مغادرة المستشفى فيه مناسبًا وقد اتخذ وفقًا لجميع القواعد.
- سنستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية لتقديم الحكم لك بشأن هذه المراجعة. وهذا يعني أننا سنوافيك بقرارنا في غضون 72 ساعة من بعد طلبك إجراء "مراجعة سريعة".

- إذا كان قرارنا الموافقة على المراجعة السريعة، فهذا يعني أننا نوافق على ضرورة بقائك في المستشفى بعد تاريخ الخروج. سنواصل تغطية خدمات المستشفى طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.
- كما أن ذلك يعني أيضًا أننا نوافق على أن نرد لك التكاليف الخاصة بالرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي اعتبرنا فيه أن التغطية الخاصة بك يجب أن تنتهي.
- إذا قررنا رفض المراجعة السريعة الخاصة بك، فإننا نعني بذلك أن تاريخ الخروج المقرر كان مناسبًا طبيًا. تنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين في نفس اليوم الذي ستنتهي فيه التغطية.
- في حال بقائك في المستشفى بعد موعد خروجك المقرر، قد يلزمك تحمل التكلفة الكاملة مقابل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر.
- للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عندما أصدرنا قرارًا بالرفض بشأن التماسك السريع، سنقوم بإرسال التماسك إلى كيان المراجعة المستقل. عندما نقوم بذلك، فهذا يعني انتقال حالتك تلقائيًا إلى المستوى الثاني من تدابير الالتماسات.

المصطلح القانوني لـ "المراجعة السريعة" أو "الالتماس السريع" هو "الالتماس العاجل".

التماس بديل من المستوى الثاني لتغيير موعد خروجك من المستشفى

سنقوم بإرسال المعلومات الخاصة بالالتماس من المستوى الثاني لكيان المراجعة المستقل في غضون 24 ساعة من تلقي القرار من المستوى الأول. في حال اعتقادك بعدم التزامنا بهذا الموعد النهائي أو المواعيد النهائية الأخرى، يمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم (J) في صفحة 211 كيفية تقديم شكوى.



لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس بديل من المستوى الثاني

ليس عليك القيام بأي شيء. ستقوم الخطة تلقائيًا بإرسال الالتماس إلى كيان المراجعة المستقل.

خلال الالتماس من المستوى الثاني، يراجع كيان المراجعة المستقل (IRE) القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلبك "للمراجعة السريعة". تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه.

- يقوم كيان المراجعة المستقل بإجراء "مراجعة سريعة" للالتماس المقدم منك. عادةً ما يطلعك المراجعون على القرار في غضون 72 ساعة.

• كيان المراجعة المستقل عبارة عن مؤسسة مستقلة تم توظيفها من جانب Medicare. لا تتعلق هذه المؤسسة بخطتنا وهي ليست وكالة حكومية.

• سيأخذ المراجعون في كيان المراجعة المستقل نظرة أخرى متأنية بشأن جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك المتعلق بخروجك من المستشفى.

• إذا رد كيان المراجعة المستقل بالإيجاب على الالتماس المقدم منك، فإنه يجب علينا أن نرد لك حصة التكاليف الخاصة بالرعاية في المستشفى التي تلقيتها منذ تاريخ الخروج المحدد لك. يتعين علينا أيضًا مواصلة تغطيتنا لخدمات المستشفى المقدمة لك للفترة التي تتناسب مع الضرورة الطبية.

• إذا رد كيان المراجعة المستقل برفض الالتماس المقدم منك، فهذا يعني تصديقه على قرارنا بأن تاريخ خروجك المقرر مناسب من الناحية الطبية.

• سيخطر الخطب الذي تتلقاه من كيان المراجعة المستقل بما يمكنك القيام به إذا أردت المضي قدمًا في تدابير المراجعة. كما أنه سيتيح لك التفاصيل المتعلقة بكيفية الانتقال إلى التماس من المستوى الثالث الذي يتم النظر فيه من جانب القاضي.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من DMHC لاستمرار بقائك في المستشفى. يرجى الانتقال إلى القسم (هـ4) في صفحة 166 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من الالتماس من المستوى الثالث.

H. ماذا تفعل إذا كنت تعتقد بأن خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) على وشك الانتهاء قريبًا.

يسرد القسم الأنواع التالية من الرعاية فقط:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية.
- الرعاية التمريضية الحاذقة في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة.
- رعاية التأهيل التي تحصل عليها كمريض خارجي في مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) معتمدة من Medicare. عادة، يعني هذا أنك تحصل على علاج من أجل مرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.
 - من خلال أي من هذه الأنواع الثلاثة للرعاية، يحق لك الاستمرار في الحصول على الخدمات المغطاة طالما يفيد الطبيب باحتياجك لها.
 - عندما نقرر إيقاف تغطية أي من هذه الأنواع، فيتعين علينا إخبارك قبل انتهاء الخدمات. عند انتهاء تغطيتك بهذه الرعاية، فستتوقف عن تحمل تكاليف رعايتك.



في حال اعتقدت أننا سنوقف تغطية رعايتك قريباً، فإنه يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية المطالبة بإجراء التماس.

H1. سنخبرك مقدماً بوقت انتهاء تغطيتك

سننتقي إخطاراً قبل يومين على الأقل من إيقاف تحمل تكاليف رعايتك. يطلق على ذلك اسم "إخطار عدم التغطية من Medicare".

• يطلعك الإخطار الكتابي بالتاريخ الذي تتوقف فيه عن تغطية رعايتك.

• ويطلعك الإخطار الكتابي أيضاً بشأن الالتزام على هذا القرار.

يجب عليك أنت أو ممثلك التوقيع على الإخطار الكتابي لتأكيد حصولك عليه. لا يعني توقيعه موافقتك على الخطة بأنه قد حان الوقت المناسب لإيقاف تلقي الرعاية.

عند انتهاء تغطيتك لهذه الرعاية، فسننتوقف عن تحمل حصتنا من تكاليف رعايتك.

H2. الالتزام من المستوى الأول للاستمرار في رعايتك

في حال اعتقدت أننا سنوقف تغطية رعايتك قريباً، فإنه يمكنك الالتزام في قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية المطالبة بإجراء التماس.

قبل بدء الالتزام، تفهم ما يجب عليك القيام به وأوقات المواعيد النهائية.

• **التزم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. تأكد من استيعابك واتباعك للمواعيد النهائية التي تنطبق على الأشياء التي يجب عليك القيام بها. هناك مواعيد نهائية أيضاً يجب أن تتبعها خطتنا. (في حال اعتقدت أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم (J) في صفحة 191 كيفية تقديم شكوى.)

• **اطلب المساعدة إذا احتجت إليها.** إذا كانت لديك استفسارات أو كنت بحاجة إلى مساعدة في أي وقت، فيرجى الاتصال بالعبارة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711). أو اتصل ببرنامج التأمين الصحي بالولاية على 1-877-839-2675.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الأول لطلب استمرار الرعاية الخاصة بك

اتصل بمؤسسة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم
1-877-588-1123 (الهاتف النصي).

1-855-887-6668 واطلب "الالتزام السريع".

اتصل قبل مغادرة الوكالة أو المرفق الذي يوفر لك الرعاية
وقبل تاريخ خروجك المخطط له.

خلال الالتزام من المستوى الأول، ستقوم مؤسسة تحسين الجودة
بمراجعة التماسك وتحديد ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه. في
كاليفورنيا، يطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta BFCC-
QIO. يمكنك التواصل مع برنامج Livanta BFCC-QIO على الرقم:
1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668). يمكن
الحصول على معلومات حول الالتزام أمام مؤسسة تحسين الجودة أيضاً
في "إخطار عدم التغطية من Medicare". هذا هو الإخطار الذي تلقيته
عند إخطارك أننا سنوقف تغطية رعايتك.

ما المقصود بمؤسسة تحسين الجودة؟

إنها عبارة عن مجموعة من الأطباء ومحترفي الرعاية الصحية الآخرين
الذين يتقاضون أجورهم من جانب الحكومة الفيدرالية. هؤلاء الخبراء لا ينتمون إلى خطتنا. يتم الدفع لهم من قبل برنامج Medicare
للتحقق وللمساعدة في تحسين جودة رعاية الأشخاص من خلال Medicare.



ما الذي يجب عليك طلبه؟

اطلب منهم تقديم "التماس سريع". تعتبر هذه مراجعة منفصلة عما إذا كان ذلك مناسبًا طبيًا لنا لإنهاء تغطية خدماتك.

ما الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة؟

- يتعين عليك الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة بما لا يتجاوز ظهر اليوم بعد حصولك على إخطار كتابي يفيد بوقت إيقافنا لتغطية رعايتك.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة بشأن الالتماس الخاص بك، فيمكنك تقديم الالتماس مباشرة إلينا. لمزيد من التفاصيل بشأن الطريق الآخر لتقديم الالتماس المقدم منك، انظر القسم (ح4) في صفحة 189.
- إذا لم تستجب مؤسسة تحسين الجودة لطلب استمرار تغطية خدمات رعايتك الصحية، أو كنت تعتقد أن حالتك عاجلة أو تنطوي على تهديد خطير وفوري لصحتك أو كنت تعاني من ألم حاد، فلا يزال تتسنى لك فرصة تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا). يرجى الانتقال إلى القسم (ه4) في صفحة 166 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.

المصطلح القانوني لهذا الإخطار الكتابي هو "إخطار عدم التغطية من Medicare". للحصول على عينة مماثلة، اتصل بالعيادة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. تكون المكالمات مجانية أو (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الاطلاع على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

ما الذي يحدث خلال مراجعة مؤسسة تحسين الجودة؟

- سيطلب المراجعون بمؤسسة تحسين الجودة منك أو من ممثلك سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية للخدمات. ليس من الضروري بالنسبة لك إعداد أي شيء كتابي، ولكن يمكنك فعل ذلك إن أردت.
- عندما تطلب تقديم التماس، فإنه يتعين على مسؤول البرنامج كتابة خطاب إليك وإلى مؤسسة تحسين الجودة يوضح سبب ضرورة إنهاء الخدمات.
- سيطلع المراجعون أيضًا على سجلك الطبي وسيحدثون مع طبيبك ويراجعون جميع المعلومات التي قدمها مسؤول الخطة لهم.
- في غضون يوم واحد كامل بعد حصول جميع المراجعين على كافة المعلومات التي يحتاجون إليها، سيقومون باتخاذ القرار الخاص بهم. ستحصل على خطاب يوضح القرار الذي اتخذناه.

المصطلح القانوني للخطاب الذي يوضح سبب ضرورة انتهاء خدماتك هو "التوضيح التفصيلي لعدم التغطية".

ماذا إذا كان قرار المراجعين بالقبول؟

- إذا رد المراجعون بالإيجاب على الالتماس الخاص بك، فإنه يجب علينا الاستمرار في تقديم الخدمات المغطاة الخاصة بك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.



ماذا إذا كان قرار المراجعين بالرفض؟

- إذا قرر المراجعون رفض الالتماس، فإنه يعني أن تغطيتك ستنتهي في التاريخ الذي أخبرناك به. سنقوم بإيقاف دفع حصتنا الخاصة بالتكاليف المتعلقة بهذه الرعاية.
- إذا قررت الاستمرار في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) الخاصة بك بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك، فإنه يتعين عليك دفع التكاليف المتعلقة بهذه الرعاية بأكملها.

H3. الالتماس من المستوى الثاني لمد فترة رعايتك

إذا ردت مؤسسة تحسين الجودة بالرفض على الالتماس المقدم منك، واخترت مواصلة تلقي الرعاية بعد انتهاء تغطيتك فيما يتعلق بالرعاية، فإنه يمكنك تقديم التماس من المستوى الثاني.

أثناء معالجة الالتماس من المستوى الثاني، تلقي مؤسسة تحسين الجودة نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته في المستوى الأول. في حال موافقتها على القرار من المستوى الأول، فقد تتحمل التكاليف بأكملها فيما يخص الرعاية الصحية المنزلية أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو خدمات مؤسسة للتأهيل الشامل لمرضى العيادة الخارجية (CORF) الخاصة بك بعد التاريخ الذي قلنا إنه ستنتهي التغطية الخاصة بك فيه.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الثاني اطلب مد فترة تغطية الخطة لرعايتك

اتصل بمؤسسة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم
1-877-588-1123 (الهاتف النصي):
1-855-887-6668 واطلب مراجعة أخرى.

اتصل قبل مغادرة الوكالة أو المرفق الذي يوفر لك الرعاية
وقبل تاريخ خروجك المخطط له.

في كاليفورنيا، يطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم
Livanta BFCC-QIO. يمكنك التواصل مع برنامج
Livanta BFCC-QIO على الرقم: 1-877-588-1123 (الهاتف
النصي: 1-855-887-6668). اطلب إجراء مراجعة من المستوى
الثاني في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد اليوم الذي تقرر فيه مؤسسة
تحسين الجودة رفض التماسك من المستوى الأول. يمكنك طلب إجراء هذه
المراجعة فقط في حال استمرارك في الحصول على رعاية بعد تاريخ
انتهاء تغطية رعايتك.

- سيلقي المراجعون بمؤسسة تحسين الجودة نظرة أخرى متأنية
على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

- وفي غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الالتماس، سيتخذ مراجعو مؤسسة تحسين الجودة قرارًا.

ماذا إذا كان قرار مؤسسة المراجعة بالقبول؟

- يجب علينا أن نرد إليك حصتنا من تكلفة الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي قلنا فيه بانتهاء تغطيتك. يتعين علينا الاستمرار
في تقديم تغطية الرعاية طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.

ماذا لو كان قرار مؤسسة المراجعة بالرفض؟

- فهذا معناه موافقتها على القرار الذي اتخذناه فيما يخص الالتماس من المستوى الأول ولن تقوم بتغييره.
- فهذا الخطاب الذي تحصل عليه سيطلعك على ما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في عملية المراجعة. كما أنه سيبيح لك
التفاصيل المتعلقة بكيفية الانتقال إلى التماس من المستوى الثالث الذي يتم النظر فيه من جانب القاضي.



- يمكنك تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC لاستمرار تغطية خدمات الرعاية الصحية لك. يرجى الانتقال إلى القسم (هـ) 4 في صفحة 166 للتعرف على كيفية طلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC. يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC بالإضافة إلى أو بدلاً من الالتماس من المستوى الثالث.

H4. ماذا يحدث في حال فوات الموعد النهائي لإجراء الالتماس من المستوى الأول الخاص بك

في حال فاتتك مواعيد الالتماس النهائية، هناك طريقة أخرى لإجراء التماس من المستويين الأول والثاني، يطلق عليها اسم الالتماسات البديلة. ولكن أول مستويين للالتماس مختلفان.

الالتماس البديل من المستوى الأول للاستمرار في رعايتك

إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة، فيمكنك تقديم الالتماس لنا ومطالبتنا بإجراء "مراجعة سريعة". تعتبر المراجعة السريعة التماساً يستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية.

- أثناء هذه المراجعة، نلقي نظرة على كل المعلومات المتعلقة برعايتك الصحية المنزلية، أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، أو الرعاية التي تتلقاها في مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF). إننا نتحقق لمعرفة ما إذا كان القرار المتعلق بالوقت الذي يجب عليك فيه مغادرة المستشفى مناسباً وقد اتخذ وفقاً لجميع القواعد.

- سنستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية لتقديم الحكم لك بشأن هذه المراجعة. وسوف نوافيك بقرارنا في غضون 72 ساعة من بعد طلبك الحصول على "مراجعة سريعة".

- إذا قررنا الموافقة على المراجعة السريعة، فهذا يعني أننا نوافق على ضرورة تغطية خدماتك طالما كانت ضرورة من الناحية الطبية.

- كما أن ذلك يعني أيضاً أننا نوافق على أن نرد لك التكاليف الخاصة بالرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي اعتبرنا فيه أن التغطية الخاصة بك يجب أن تنتهي.

- إذا كان قرارنا رفض المراجعة السريعة الخاصة بك، فهذا يعني أن إيقاف خدماتك مناسب من الناحية الطبية. تنتهي تغطيتنا اعتباراً من اليوم الذي قررنا فيه إنهاء تغطيتك.

في حال استمرار الحصول على الخدمات بعد اليوم الذي قلنا بأنها ستتوقف فيه، فإنه يجب عليك دفع جميع التكاليف فيما يخص الخدمات.

للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد عندما أصدرنا قراراً بالرفض بشأن التماسك السريع، سنقوم بإرسال التماسك إلى "كيان المراجعة المستقل". عندما نقوم بذلك، فهذا يعني انتقال حالتك تلقائياً إلى المستوى الثاني من تدابير الالتماسات.

المصطلح القانوني لـ "المراجعة السريعة" أو "الالتماس السريع" هو "الالتماس العاجل".



الالتماس البديل من المستوى الثاني للاستمرار في تلقي الرعاية الخاصة بك لفترة أطول

سنقوم بإرسال المعلومات الخاصة بالالتماس من المستوى الثاني لكيان المراجعة المستقل في غضون 24 ساعة من تلقي القرار من المستوى الأول. في حال اعتقادك بعدم التزامنا بهذا الموعد النهائي أو المواعيد النهائية الأخرى، يمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم (J) في صفحة 191 كيفية تقديم شكوى.

لمحة سريعة عن: كيفية تقديم التماس من المستوى الثاني لطلب استمرار تغطية الخطة لرعايتك

ليس عليك القيام بأي شيء. ستقوم الخطة تلقائيًا بإرسال الالتماس إلى كيان المراجعة المستقل.

خلال الالتماس من المستوى الثاني، يراجع كيان المراجعة المستقل (IRE) القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلبك "للمراجعة السريعة". تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه.

• يقوم كيان المراجعة المستقل بإجراء "مراجعة سريعة" للالتماس المقدم منك. عادةً ما يطلعك المراجعون على القرار في غضون 72 ساعة.

• كيان المراجعة المستقل عبارة عن مؤسسة مستقلة تم توظيفها من جانب Medicare. لا تتعلق هذه المؤسسة بخطتنا، وهي ليست وكالة حكومية.

• سيلقي المراجعون في كيان المراجعة المستقل (IRE) نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

• إذا قرر كيان المراجعة المستقل الموافقة على الالتماس، فإنه يجب علينا أن نرد لك حصتنا من التكاليف الخاصة بالرعاية. يتعين علينا أيضًا مواصلة تغطيتنا للخدمات المقدمة لك للفترة التي تتناسب مع الضرورة الطبية.

• إذا رد كيان المراجعة المستقل برفض الالتماس، فإنه يعني اتفاقه معنا بأن إيقاف تغطية الخدمات كان مناسبًا من الناحية الطبية.

سيخطر الخطب الذي تتلقاه من كيان المراجعة المستقل بما يمكنك القيام به إذا أردت المضي قدمًا في تدابير المراجعة. كما أنه سيتيح لك التفاصيل المتعلقة بالانتقال إلى المستوى الثالث من الالتماس الذي يتم النظر فيه من جانب القاضي.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC لاستمرار تغطية خدمات الرعاية الصحية لك. يرجى الانتقال إلى القسم (هـ) 4 في صفحة 166 للتعرف على كيفية طلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC. يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من الالتماس من المستوى الثالث.

1. الانتقال بالالتماس المقدم منك إلى مستوى أعلى من المستوى 2

1.1 الخطوات التالية لخدمات وبنود Medicare

في حال قدمت التماسًا من المستوى الأول والتماسًا من المستوى الثاني فيما يتعلق ببنود أو خدمات Medicare وتم رفض كلا الالتماسين، قد يحق لك التقديم على مستويات إضافية للالتماس. فهذا الخطاب الذي تحصل عليه من كيان المراجعة المستقل سيطلعك بما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في عملية الالتماسات.

المستوى الثالث من الالتماسات عبارة عن جلسة استماع لقاضي المحكمة الإدارية (ALJ). الشخص الذي يصدر القرار خلال المستوى الثالث من الالتماس هو قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم. إذا أردت أن يقوم قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم بمراجعة حالتك، فإن العنصر أو الخدمة الطبية التي تطالب بها يجب أن تستوفي الحد الأدنى من المبلغ بالدولار. إذا كانت قيمة الدولار أقل من الحد الأدنى للمستوى، فإنه لا يمكنك التقدم بالتماس مرة أخرى. وإذا كانت قيمة الدولار عالية بدرجة كافية، فيمكنك أن تطلب من قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم الاستماع إلى التماسك.



إذا كنت لا توافق على قرار قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم، فيمكنك الانتقال إلى مجلس التماسات Medicare. بعد ذلك، قد تتمتع بالحق في مطالبة المحكمة الفيدرالية بالنظر في التماسك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في أي مرحلة من عملية الالتماسات، فيمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077.

12. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medi-Cal

يكون لديك أيضًا المزيد من الحقوق الخاصة بالالتماس إذا كان التماسك بشأن بنود أو خدمات قد يشملها Medi-Cal. إن لم توافق على قرار جلسة الاستماع بالولاية وأردت أن يقوم قاضي آخر بمراجعة التماسك، فإنه بإمكانك طلب إعادة النظر و/أو طلب مراجعة قضائية فيما يتعلق بالتماسك.

لطلب إعادة الاستماع، قم بإرسال طلب بريد مكتوب (خطاب) إلى:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

يجب إرسال هذا الخطاب في غضون 30 يومًا من بعد تلقي القرار الخاص بك. يمكن تمديد هذا الموعد النهائي حتى 180 يومًا إذا كان لديك سبب وجيه للتأخير.

في طلب إعادة النظر، اذكر التاريخ الذي تلقيت فيه القرار وسبب ضرورة منح إعادة الاستماع. إذا أردت تقديم دليل إضافي، فصف الدليل الإضافي ووضح سبب عدم تقديمه من قبل وكيف سيغير القرار. يمكنك الاتصال بالخدمات القانونية للمساعدة.

لطلب مراجعة قضائية، يجب عليك تقديم التماس في المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية، البند 1094.5) في غضون عام واحد من تلقي القرار. قدم التماسك في المحكمة العليا للمقاطعة المحددة في القرار. يمكنك تقديم هذا الالتماس بدون طلب إعادة النظر. ليس هناك أي رسوم للتقديم. ربما يحق لك دفع تكاليف ورسوم محامي مناسبة في حال إصدار المحكمة قرار نهائي لصالحك.

في حال صدور قرار جلسة إعادة النظر وعدم موافقتك على قرارها، فإنه بإمكانك طلب إجراء مراجعة قضائية ولكن لا يمكنك طلب عقد جلسة إعادة نظر أخرى.

ج. كيفية تقديم شكوى

ج1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكاوى بشأنها

تستخدم عملية تقديم الشكاوى لأنواع معينة من المشكلات فقط، مثل المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة من أنواع المشكلات التي تم تناولها من خلال عملية الشكاوى.



الشكاوى المتعلقة بالجودة

- إذا كنت غير راضٍ فيما يتعلق بجودة الرعاية مثل الرعاية التي حصلت عليها في المستشفى.

الشكاوى المتعلقة بالخصوصية

- هل تعتقد أن هناك شخصًا لم يحترم حقك في الخصوصية أو قام بمشاركة معلومات سرية تتعلق بك.

الشكاوى المتعلقة بخدمة العملاء السيئة

- كان الموظفون أو مقدم الرعاية الصحية وقحًا أو غير مهذب خلال التعامل معك.

- كانت معاملة موظفي Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لك سيئة.

- تعتقد أنه قد تم إخراجك من الخطة.

الشكاوى المتعلقة بتيسير الوصول

- لا يمكنك الحصول بشكل فعلي على تسهيلات وخدمات الرعاية الصحية في مكتب الطبيب أو مقدم الخدمات.
- لا يمنحك مقدم الخدمات الخاص بك وسائل معيشية مناسبة تحتاج إليها مثل خدمة الترجمة الفورية للغات الإشارة الأمريكية.

الشكاوى بشأن أوقات الانتظار

- تواجه مشكلة تتعلق بالحصول على موعد أو الانتظار لفترة طويلة للحصول عليه.
- لقد تم تركك لفترة انتظار طويلة من جانب الأطباء أو الصيادلة أو مهنيي الصحة الآخرين أو العناية بالعملاء أو موظفي الخطة الآخرين.

الشكاوى المتعلقة بالنظافة

- تعتقد بأن العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب غير نظيف.

الشكاوى المتعلقة باللغة

- لا يقدم لك الطبيب أو مقدم الخدمات مترجمًا خلال زيارتك.

الشكاوى المتعلقة بالتواصل من جانبنا

- تعتقد أننا أخفقنا في تقديم إخطار أو خطاب لك كان من المفترض أن تحصل عليه.
- تعتقد أن المعلومات الكتابية التي أرسلناها لك يصعب فهمها للغاية.

الشكاوى المتعلقة بوقت الإجراءات المتعلقة بالقرارات أو الالتزامات المتعلقة بالتغطية

- اعتقدت بأننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لإصدار قرار التغطية أو الرد على الالتماس المقدم منك.
- تعتقد بأنه بعد الحصول على قرار الالتماس أو التغطية وكان لصالحك، أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد أو تقديم الخدمة أو رد المبلغ لك مقابل خدمات طبية معينة.



- تعتقد بأننا لم نقم بإحالة حالتك إلى كيان المراجعة المستقل في الوقت المحدد.

المصطلح القانوني "للشكوى" هو "التظلم".

المصطلح القانوني "لتقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".

هل هناك أنواع مختلفة من الشكاوى؟

نعم. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. تُقدم الشكوى الداخلية أمام خطتنا لتراجعها. تُقدم الشكوى الخارجية أمام مؤسسة غير تابعة لخطتنا لتراجعها. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على 1-855-501-3077.

J2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711). يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم تكن خاصة بأدوية الجزء (D). إذا كانت الشكوى بخصوص دواء بالجزء (D)، فيتعين عليك تقديم الشكوى في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد مواجهتك للمشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان هناك أي شيء يلزمك إجراؤه، فسوف تبلغك العناية بالعملاء.
- يمكنك أيضًا كتابة شكواك وإرسالها إلينا. في حال إرسال شكواك إلينا مكتوبة، فسندرد عليها كتابة.
- إننا نقر باستلام التظلم الكتابي في غضون خمسة (5) أيام من استلامه. سنقوم بإجراء مراجعة لقضاياك. يمكنك طلب السجلات الطبية الخاصة بك كجزء من مراجعتنا. سنقوم بإرسال الرد لك عبر البريد بشأن شكواك في غضون ثلاثين (30) يومًا من استلام شكواك. يتعين علينا معالجة تظلمك بالسرعة التي تناسب حالتك، وذلك بناءً على حالتك الصحية، بما لا يتجاوز ثلاثين (30) يومًا من بعد تلقي الشكوى. يمكنك مد الإطار الزمني إلى أربعة عشر (14) يومًا في حال طلبك مد الفترة أو إذا قمنا بتسويق الحاجة للمعلومات الإضافية وكان التأخير في صالحك.
- إذا كنت تقوم بتقديم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "قرار التغطية السريع" أو "الالتزام السريع"، فسندرد تلقائيًا بإتاحة "تقديم شكوى سريعة" لك. إذا قدمت "شكوى سريعة"، فهذا يعني أننا سوف نوافيك بالرد في غضون 24 ساعة.
- يتعين تقديم الشكاوى المتعلقة بالجزء (D) من Medicare في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد مواجهتك للمشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها. يتعين تقديم جميع الأنواع الأخرى من الشكاوى إلينا أو لمقدم الخدمات في غضون 60 يومًا تقويميًا من يوم حدوث الفعل أو الحادثة التي تسببت في عدم إرضائك.
- سنعمل على حل شكواك الهاتفية في أسرع وقت ممكن. إن لم تتمكن من حل شكواك بحلول يوم العمل التالي، سوف نرسل إليك خطاب إقرار في غضون 5 أيام تقويمية من استلام شكواك نخطرك فيه بالاستلام.
- إذا كانت لديك مشكلة طارئة (لا تتعلق بالرفض) تشتمل على خطر محقق أو فوري على صحتك، يمكنك طلب "شكوى سريعة" وسندرد عليك في غضون 72 ساعة.

المصطلح القانوني "للشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".

سندرد عليك على الفور إن أمكن ذلك. في حال الاتصال بنا بشأن شكوى ما، قد نرد عليك في نفس المكالمة الهاتفية. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد سريعًا، فسندرد عليك.



- من المعتاد أننا نرد على أغلب الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا. إذا لم نتخذ قرارًا خلال فترة الـ 30 يومًا تقويميًا بسبب احتياجنا إلى مزيد من المعلومات، فسوف نخطرك كتابةً. كما سنقدم تحديث حالة ووقت مقدر لك للحصول على الإجابة.
- إذا كنت تقوم بتقديم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "قرار التغطية السريع" أو "الالتماس السريع"، فسنقوم تلقائيًا بإتاحة "تقديم شكوى سريعة" لك والرد على شكواك في غضون 24 ساعة.
- إذا كنت بصدد تقديم شكوى بسبب أخذنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار تغطية، فسنقوم تلقائيًا بإتاحة "تقديم شكوى سريعة" لك والرد على شكواك في غضون 24 ساعة.
- إن لم نوافق على بعض أو جميع الشكاوى الخاصة بك، سنخبرك ونعلمك بالأسباب التي لدينا. سنقوم بالرد سواء وافقنا على الشكوى أم لا.

J3. الشكاوى الخارجية

يمكنك إخطار Medicare بشأن شكواك

يمكنك إرسال شكواك إلى Medicare. يتوفر نموذج شكوى Medicare على: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

تأخذ Medicare الشكاوى الخاصة بك على محمل الجد وسوف تستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أي ملاحظات أو مخاوف أخرى، أو إذا شعرت بعدم معالجة الخطة لمشكلتك، فيرجى الاتصال على 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. تكون المكالمات مجانية.

يمكنك إخطار Medi-Cal بشأن شكواك

يساعد برنامج Cal MediConnect Ombuds Program أيضًا على حل المشكلات من وجهة نظر محايدة للتأكد من تلقي الأعضاء جميع الخدمات المغطاة التي يتعين تقديمها. لا يرتبط برنامج Cal MediConnect Ombuds Program بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

رقم الهاتف لبرنامج Cal MediConnect Ombuds Program هو 1-855-501-3077. إن هذه الخدمات مجانية.

يمكنك إخطار California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا) بشأن شكواك

تضطلع California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا، DMHC) بمسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن لمركز مساعدة DMHC مساعدتك في تقديم الشكاوى الخاصة بك بشأن خدمات Medi-Cal. قد تتصل بدائرة DMHC إذا احتجت إلى مساعدة فيما يتعلق بشكوى تنطوي على مشكلة عاجلة أو على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم حاد أو إذا كنت غير موافق على قرار خطتنا بخصوص شكواك أو لم تحل خطتنا شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا.

هنالك طريقتان للحصول على مساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل على 1-888-466-2219. يمكن للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الكلام استخدام رقم الهاتف النصي المجاني، 1-877-688-9891. تكون المكالمات مجانية.



- تفضل بزيارة موقع Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة) الإلكتروني www.dmhc.ca.gov.

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية

يمكنك تقديم شكوى إلى Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مكتب الحقوق المدنية) إذا كنت تعتقد أنه لم تتم معاملتك بإنصاف. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بوصول المعاقين أو مساعدتهم لغويًا. رقم هاتف مكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr للحصول على مزيد من المعلومات. ويمكنك أيضًا التواصل مع المكتب المحلي للحقوق المدنية على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
مركز خدمة العملاء: (800) 368-1019
الفاكس: (202) 619-3818
الهاتف النصي: (800) 537-7697
البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

يمكنك أيضًا أن تتمتع بالحقوق التي ينص عليها قانون الأمريكيين ذوي الإعاقات وقانون الأمريكيين المعاقين المعدل سنة 2008 (P.L. 110-325). يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-855-501-3077.

يمكنك تقديم شكوى إلى مؤسسة تحسين الجودة

إذا كانت شكاؤك بشأن جودة الرعاية، فلديك أيضًا خياران:

- إذا كنت تفضل، فيمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية مباشرة إلى مؤسسة تحسين الجودة (بدون تقديم شكوى لنا).
- أو يمكنك تقديم شكوى إلينا وإلى مؤسسة تحسين الجودة. في حال تقديمك شكوى إلى هذه المؤسسة، فسنعاون معها لحل شكاؤك.

مؤسسة تحسين الجودة عبارة عن مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية التي تقدم إلى مرضى Medicare. للتعرف على المزيد بشأن مؤسسة تحسين الجودة، انظر الفصل 2.

في كاليفورنيا، يطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta BFCC-QIO. رقم هاتف Livanta BFCC-QIO هو 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668).



الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan

مقدمة

يتناول هذا الفصل الطرق التي يمكنك من خلالها إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا وخيارات التغطية الصحية الخاصة بك بعد مغادرتك الخطة. حتى أنك إذا تركت خطتنا، فسوف تستمر عضويتك في برامج Medicare وMedi-Cal طالما أنك مستحق. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

- A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan.....197
- B. كيفية إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا.....197
- C. كيفية الانضمام إلى خطة Cal MediConnect plan مختلفة.....199
- D. كيفية الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل.....199
- D1. طرق الحصول على خدمات Medicare.....199
- D2. كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal.....202
- E. مواصلة حصولك على الأدوية والخدمات الطبية من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك 202
- F. حالات أخرى عند إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا.....202
- G. قواعد ضد مطالبتك بمغادرة خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا لأي سبب متعلق بالصحة.....203
- H. حَقك في تقديم شكوى في حال قيامنا بإنهاء عضويتك في خطتنا 204
- I. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك في الخطة.....204



A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan

يمكنك إنهاء عضويتك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan Medicare-Medicaid Plan في أي وقت خلال العام من خلال التسجيل في خطة Medicare Advantage Plan أخرى أو التسجيل في خطة Cal MediConnect plan أخرى أو الانتقال إلى Original Medicare.

سنتتهي عضويتك في آخر يوم من الشهر الذي نحصل فيه على طلبك بتغيير خطتك. على سبيل المثال، في حال حصولنا على طلبك في 18 يناير، سنتتهي تغطية خطتنا في 31 يناير. تبدأ تغطيتك الجديدة في أول يوم من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).

عند إنهاءك لعضويتك في خطتنا، سيستمر تسجيلك في خطة Medi-Cal Managed Care Plan من اختيارك لخدمات Medi-Cal الخاصة بك، ما لم تختار خطة Cal MediConnect plan مختلفة أو خطة Medi-Cal فقط مختلفة. يمكنك أيضًا اختيار خيارات تسجيل Medicare عند إنهاء عضويتك في خطتنا. إذا تركت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات حول:

• خيارات Medicare في الجدول في الصفحة 220.

• خدمات Medi-Cal في الصفحة 220.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن طريقة إنهاء عضويتك من خلال الاتصال بما يلي:

• العناية بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).

• مسؤول خيارات الرعاية الصحية على 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-800-430-7077.

• برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP)، برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP.

• برنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا وحتى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.

• برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج لإدارة الأدوية، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. انظر الفصل 5 لمزيد من المعلومات حول برامج إدارة الأدوية.

B. كيفية إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا

في حال اتخاذك لقرار بإنهاء عضويتك، أبلغ برنامج Medi-Cal أو Medicare أنك تريد مغادرة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan:



- اتصل بمسؤول خيارات الرعاية الصحية على 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-800-430-7077؛ أو
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي (الأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو النطق) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. عند اتصالك على 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضًا التسجيل في خطة أدوية أو خطة صحية أخرى خاصة بـ Medicare. لمزيد من المعلومات بشأن الحصول على خدمات Medicare عند مغادرة خطتنا، راجع الجدول الوارد في صفحة 220.



C. كيفية الانضمام إلى خطة Cal MediConnect plan مختلفة

في حال رغبتك في مواصلة الحصول على مزايا Medicare و Medi-Cal من خطة واحدة فحسب، يمكنك الانضمام إلى خطة Cal MediConnect plan مختلفة.

للتسجيل في خطة Cal MediConnect plan مختلفة:

- اتصل بمسؤول خيارات الرعاية الصحية على 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-800-430-7077. وأبلغه بأنك تريد مغادرة خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan والانضمام إلى خطة مختلفة من Cal MediConnect plan. إذا كنت غير متأكد من الخطة التي تريد الانضمام إليها، يمكنهم إبلاغك بشأن الخطط الأخرى المتاحة في منطقتك.

ستنتهي تغطيتك في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan في آخر يوم من الشهر الذي نحصل فيه على طلبك.

D. كيفية الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل

إذا لم ترغب بالتسجيل في برنامج Cal MediConnect plan مختلف بعد مغادرتك خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، فسترجع للحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل.

D1. طرق الحصول على خدمات Medicare

سيكون لديك خيار بشأن كيفية الحصول على مزايا Medicare.

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare الخاصة بك. وباختيار أحد هذه الخيارات الثلاثة، فإنك تنهي تلقائيًا عضويتك في خطة Cal MediConnect plan.



<p>إليك ما يمكنك القيام به:</p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>لاستعلامات برامج PACE، اتصل على (7223) PACE-1-855-921.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none">• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عندما تبدأ في تغطية خطتك الجديدة.</p>	<p>1. يمكنك التغيير إلى ما يلي:</p> <p>خطة صحية من Medicare، مثل Medicare Advantage Plan أو إذا كنت تلبي متطلبات الأهلية وتعيش داخل منطقة الخدمات أو برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)</p>
--	--



<p>إليك ما يمكنك القيام به:</p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none">• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عندما تبدأ في تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p>	<p>2. يمكنك التغيير إلى ما يلي:</p> <p>برنامج Original Medicare مع برنامج أدوية وصفات طبية منفصل من Medicare</p>
<p>إليك ما يمكنك القيام به:</p> <p>اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none">• اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عندما تبدأ في تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p>	<p>3. يمكنك التغيير إلى ما يلي:</p> <p>برنامج Original Medicare بدون برنامج أدوية وصفات طبية من Medicare منفصل</p> <p>ملاحظة: إذا انتقلت إلى Original Medicare ولم تسجل في خطة أدوية وصفات طبية منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تخطر ببرنامج Medicare بأنك لا تريد الاشتراك.</p> <p>يجب أن تسقط عنك تغطية أدوية الوصفات الطبية فقط إذا حصلت على تغطية للأدوية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك استفسارات حول ما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للأدوية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/</p>



D2. كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal

إذا تركت برنامج Cal MediConnect plan الخاص بنا، فستظل تتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك عبر Blue Shield of California Promise Health Plan ما لم تختار خطة مختلفة لخدمات Medi-Cal الخاصة بك.

تتضمن خدمات Medi-Cal الخاصة بك معظم الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل ورعاية الصحة السلوكية.

إذا أردت اختيار خطة مختلفة لخدمات Medi-Cal الخاصة بك، فيتعين عليك إخطار قسم خيارات الرعاية الصحية عندما تطلب إنهاء عضويتك في برنامج Cal MediConnect plan.

- اتصل بمسؤول خيارات الرعاية الصحية على 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-800-430-7077. وأبلغه بأنك تريد مغادرة خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan والانضمام إلى خطة مختلفة من Medi-Cal. إذا كنت غير متأكد من الخطة التي تريد الانضمام إليها، يمكنهم إبلاغك بشأن الخطة الأخرى المتاحة في منطقتك.

في حال إنهائك لعضويتك لدى خطة Cal MediConnect plan، ستحصل على بطاقة هوية عضو جديدة وكتيب الأعضاء الجديد، ودليل مقدمي الخدمات والصيدليات الجديد لتغطية Medi-Cal الخاصة بك.

E. مواصلة حصولك على الأدوية والخدمات الطبية من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك

في حال مغادرة خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، قد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل إنهاء عضويتك وبدء تغطية Medicare وMediCal الجديدة الخاصة بك. انظر الصفحة رقم 217 لمزيد من المعلومات. خلال هذه الفترة، ستستمر في الحصول على الأدوية والرعاية الصحية الخاصة بك من خلال برنامجنا.

- يجب أن تستخدم صيدليات الشبكة لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك. عادةً ما تتم تغطية أدوية الوصفات الخاصة بك فقط في حال صرفها من صيدلية تابعة للشبكة بما في ذلك عبر خدمات الصيدلية المطلوبة بالبريد.
- في حال دخولك إلى المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، ستم تغطية إقامتك في المستشفى عادةً بموجب برنامج Cal MediConnect plan الخاص بنا حتى يتم إخراجك من المستشفى. وهذا سيحدث حتى في حال بدأت التغطية الصحية الجديدة الخاصة بك قبل إخراجك.

F. حالات أخرى عند إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا

فيما يلي الحالات التي يتعين فيها على Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إنهاء عضويتك في الخطة:

- في حال وجود انتهاك في تغطية الجزأين (A) و(B) من برنامج Medicare.
- إن لم تعد مؤهلاً للحصول على خدمات Medi-Cal. خطتنا خاصة بالأشخاص المؤهلين لخدمات Medicare وMedi-Cal. يمكن أن تُلغى Department of Health Care Services (دائرة خدمات الرعاية الصحية) أو مراكز خدمات Medicare و(CMS) Medicaid تسجيلك إذا تحددت عدم أهليتك للبرنامج.
- في حال مغادرتك خارج منطقة خدماتنا.
- في حال ابتعادك عن منطقة خدمتنا لمدة تزيد على ستة أشهر.



○ في حال انتقالك أو ذهابك لرحلة طويلة، يجب عليك الاتصال بالعناية بالمعلاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل إليه أو تسافر إليه يقع داخل نطاق خدمة خطتنا.

● في حال دخولك السجن بسبب جريمة جنائية.

● في حال كذبك أو إخفاء معلومات بخصوص تأمين آخر لديك يتعلق بأدوية الوصفات الطبية.

● إذا لم تكن من مواطني الولايات المتحدة أو غير مقيم في الولايات المتحدة بصفة شرعية.

يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا بصفة شرعية في الولايات المتحدة لكي تصبح عضوًا في خطتنا. ستخبرنا مراكز خدمات Medicare و Medicaid بعدم أحقيتك بالعضوية على هذا الأساس. يتعين علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تكن مستوفيًا لهذه المتطلبات.

إذا لم تعد مستحقًا لعضوية Medi-Cal أو تغيرت ظروفك بما يجعلك لا تعد مستحقًا لعضوية Cal MediConnect، فيجوز لك مواصلة التمتع بمزاياك المقدمة من خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لفترة شهرين إضافيين. وسيتاح لك في هذا الوقت الإضافي تصحيح معلومات أهليتك إذا كنت تعتقد أنك لا تزال مستحقًا. سوف تتلقى خطابًا منا حول التغيير الحاصل على أهليتك مع إرشادات لتصحيح معلومات أهليتك.

● لكي تظل عضوًا في خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يتعين تأهيلك مرة أخرى قبل آخر يوم من فترة الإخطار البالغة شهرين.

● إذا لم تثبت أهليتك قبل نهاية فترة الإخطار البالغة شهرين، فسوف يتم إلغاء تسجيلك من خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan.

يمكننا جعلك تترك خطتنا للأسباب التالية فقط في حال حصولنا على تصريح من Medicare و Medi-Cal أولاً:

● 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 وللأعضاء الآخرين في خطتنا.

● في حال سماحك لشخص ما باستخدام بطاقة هوية العضو الخاصة بك للحصول على الرعاية الطبية.

○ في حال قمنا بإنهاء عضويتك لهذا السبب، سيقوم Medicare بالتحقيق في هذه القضية من خلال المفتش العام.

G. قواعد ضد مطالبتك بمغادرة خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا لأي سبب متعلق بالصحة

إذا شعرت بمطالبتك بالانسحاب من خطتنا لسبب صحي، يجب عليك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

يجب عليك أيضًا الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.



H. حَقِّكَ فِي تَقْدِيمِ شَكْوَى فِي حَالِ قِيَامِنَا بِإِنهَاءِ عَضْوِيَّتِكَ فِي خَطَّتِنَا

في حال إنهائنا لعضويتك في خطة Cal MediConnect plan الخاصة بنا، يتعين علينا إبلاغك بالأسباب الخاصة كتابةً لإنهاء عضويتك. يتعين علينا أيضًا توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا الاطلاع على الفصل 9 القسم (J) للحصول على معلومات حول كيفية تقديم شكوى.

I. كَيْفِيَّةُ الْحُصُولِ عَلَى مَزِيدٍ مِنَ الْمَعْلُومَاتِ حَوْلِ إِنهَاءِ عَضْوِيَّتِكَ فِي الْخَطَّةِ

إذا كان لديك أي استفسارات أو رغبت في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن الوقت الذي يمكننا فيه إنهاء عضويتك، يمكنك القيام بما يلي:

- اتصل بالعبارة بالعملاء على الرقم 1-855-905-3825 (الهاتف النصي: 711).
- اتصل بمسؤول خيارات الرعاية الصحية على 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-800-430-7077.
- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.
- اتصل ببرنامج Cal MediConnect Ombuds Program على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا وحتى 5:00 مساءً. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.



الفصل 11: الإخطارات القانونية

مقدمة

يشتمل هذا الفصل الإخطارات القانونية التي يتم تطبيقها على عضويتك في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

206	A. الإخطار الخاص بالقوانين
206	B. إخطار بشأن عدم التمييز
206	C. إخطار بشأن Medicare كمسدد ثانٍ و Medi-Cal كمسدد يتم تم اللجوء إليه في النهاية
207	D. إشعار بشأن مسؤولية الطرف الثالث
208	E. إخطار عدم التمييز



A. الإخطار الخاص بالقوانين

تنطبق العديد من القوانين على كتيب الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى في حال عدم تضمين هذه القوانين أو شرحها في هذا الكتيب. القوانين الرئيسية التي تنطبق على هذا الكتيب هي القوانين الفيدرالية المتعلقة ببرامج Medicare وMedi-Cal. إن قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية الأخرى مطبقة هنا أيضاً.

B. إخطار بشأن عدم التمييز

يتعين على كل شركة أو وكالة تعمل مع Medicare وMedi-Cal الالتزام بالقوانين التي تحميك من التمييز أو المعاملة غير العادلة. لا نقوم بالتمييز أو معاملتك بشكل مختلف بسبب عمرك أو تجربة مطالباتك أو لونك أو انتمائك العرقي أو إثبات القابلية للتأمين أو نوعك الاجتماعي أو معلوماتك الجينية أو موقعك الجغرافي في نطاق منطقة الخدمات أو حالتك الصحية أو سجلك الطبي أو إعاقتك البدنية أو العقلية أو أصلك القومي أو عرقك أو دينك أو جنسك. إضافة إلى ذلك، لا نقوم بالتمييز أو نعاملك بصورة مختلفة بسبب السلالة أو الحالة الاجتماعية أو التوجه الجنسي.

إذا أردت الحصول على مزيد من المعلومات أو كانت لديك مخاوف بخصوص التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بـ Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضاً زيارة www.hhs.gov/ocr للحصول على مزيد من المعلومات.

الاتصال بالمكتب المحلي للحقوق المدنية.

Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

مركز خدمة العملاء: (800) 368-1019

الفاكس: (202) 619-3818

الهاتف النصي: (800) 537-7697

البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

إذا كنت تعاني من إعاقة وكنت تحتاج إلى مساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو مقدم الخدمات، فاتصل على العناية بالعملاء. إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، يمكن للعناية بالعملاء تقديم المساعدة.

C. إخطار بشأن Medicare كمسدد ثانٍ وMedi-Cal كمسدد يتم تم اللجوء إليه في النهاية

أحياناً يجب على شخص آخر الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، إذا أصبت في حادث سيارة أو كنت مصاباً في العمل، فإنه يتعين على جهة التأمين أو جهة تعويض العاملين الدفع أولاً.

لدينا الحق والمسؤولية في جمع خدمات Medicare المغطاة التي لم يكن Medicare المسدد الأول لها.



يمثل برنامج Cal MediConnect لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية واللوائح المتعلقة بالمسؤولية القانونية للأطراف الثالثة لخدمات الرعاية الصحية للأعضاء. سنتخذ جميع الإجراءات المعقولة لضمان أن برنامج Medi-Cal هو المسدد الذي يتم اللجوء إليه في النهاية.

D. إشعار بشأن مسؤولية الطرف الثالث

إذا كنت تعاني من إصابة أو مرض مسؤول عنه طرف ثالث نظرًا للإهمال أو التصرف العمدي أو الإغفال المتسبب في وقوع هذا المرض أو الإصابة، فسوف نرسل إليك بيانًا بالتكاليف المعقولة للخدمات المقدمة فيما يتعلق بالإصابة أو المرض. يتم احتساب التكاليف كما هو مبين أدناه. إلا أنه، لن تكون مطالبًا بالدفع إلينا حتى يتم تحديد المسؤولية المالية من خلال تسوية الأمر، أو قرار محكمة أو غير ذلك.

وإذا كان يجب أن تسترد أي مبالغ من الطرف الثالث المسؤول، فيجب أن تقوم بإعلامنا بذلك على الفور. سيتم تعويضنا فيما يتعلق بهذا التعافي من طرف ثالث في مقابل الرسوم الموضحة في البيان الذي أرسلناه إليك وفقًا للحدود الموضحة في الفقرات التالية.

(أ) سيتم احتساب المبلغ الخاص بنا على النحو التالي:

- i. بالنسبة لخدمات الرعاية الصحية غير المقدمة على أساس عدد الأشخاص المحدد، يتم دفع المبلغ فعليًا من قبل الخطة أو مجموعة طبية أو جمعية الممارس المستقل لمقدم الخدمة الطبية العلاجية؛ أو
- ii. إذا تم تقديم الخدمات على أساس عدد الأشخاص المحدد، يتم تقديم ثمانين بالمائة (80%) من التكاليف العادية والمعتادة لنفس الخدمات المقدمة على أساس غير عدد الأشخاص المحدد في نفس المنطقة الجغرافية التي تم فيها تقديم الخدمات.
- iii. إذا تم تقديم كل من الخدمات المحددة لعدد أشخاص وغير المحددة لعدد أشخاص إليك، ودفع مقدم الخدمات المحددة لعدد من الأشخاص مقابل الخدمات غير المحددة لعدد من الأشخاص التي تلقيتها، فعندها لا يمكن أن يتجاوز هذا الحق مجموع:
 - (i) التكاليف المعقولة المدفوعة فعليًا لإكمال الحق، و
 - (ii) المبالغ المحددة وفقًا للنقطتين (A) و (B) أعلاه.

(b) تخضع استعادة الحد الأقصى للحق للقيود التالية:

- i. إذا وكلت محاميًا، فلا يجوز أن يتجاوز الحق أقل مقدار فيما يلي:
 - (i) الحد الأقصى للمبلغ المحدد بموجب البند رقم 1 أعلاه؛ أو
 - (ii) ثلث (3/1) الأموال التي يحق لك استلامها بموجب أي حكم نهائي أو تسوية أو اتفاق تسوية.
- ii. إذا لم توكل محاميًا، فلا يجوز أن يتجاوز الحق أقل مقدار فيما يلي:
 - (i) الحد الأقصى للمبلغ المحدد بموجب البند رقم 1 أعلاه؛ أو
 - (ii) نصف (2/1) الأموال التي يحق لك استلامها بموجب أي حكم نهائي أو تسوية أو اتفاق تسوية.

(c) الاسترداد المستحقة الخاصة بنا تخضع لهذه الخصومات:

- i. في حال إصدار القاضي أو المحكم حكمًا خاصًا بأنك مقصر بشكل جزئي، فإن الاسترداد المستحق سيتم تقليله بنفس نسبة التقصير النسبي التي تم من خلالها تقليل الاسترداد الخاص بك.
- ii. التخفيض النسبي لتكاليف ورسوم المحامي المناسبة (إن وجدت).

القيود أعلاه على الاسترداد المستحقة لا تنطبق على حقوق التعويض للعمال.



وفقًا للقيود الواردة أعلاه، ستقدم إلى خطة Blue Shield of California Promise Health Plan توكيلاً والحق في المطالبة والحصول على الحق فيما يتعلق بأي مبالغ يتم استردادها من خلال التسوية أو الحكم أو القرار. قد تتم مطالبتك من جانبنا بإعداد المستندات وتقديم المعلومات الضرورية وعمل توكيل أو حق في المطالبة أو الحصول على الحق لإثبات حق الاسترداد.

لقد قمنا أيضًا عبر العقد بتحويل مقدمي خدمات الخطة بحق إثبات حقوق الالتزام الخاصة بالطرف الثالث ضد أعضائنا مقابل خدمات الرعاية الصحية التي قدمها أو رتب لها مقدم الخدمات.

يتعين أن تقوم المجموعات الطبية وجمعيات الممارسين المستقلين والأطباء المتعاقدة التي تضمن الحقوق ضد الأعضاء بذلك وفقًا للإجراءات الموضحة أعلاه.

E. إخطار عدم التمييز

التمييز أمر مخالف للقانون

- تمثل خطة Blue Shield of California Promise Health Plan لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والقوانين الخاصة بالولاية المعمول بها ولا تميز أو تستبعد الأشخاص أو تعالجهم بشكل مختلف على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو هوية المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو السلالة أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو هوية النوع الاجتماعي أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة البدنية.
- توفر Blue Shield of California Promise Health Plan:
- خدمات ووسائل مساعدة مجانية للأشخاص من ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفاعلية، مثل:
 - مترجمون مؤهلون للغة الإشارة
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (مطبوعة بأحرف كبيرة أو مسجلة صوتيًا أو تنسيقات إلكترونية قابلة للوصول أو تنسيقات أخرى)
 - خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا تكون الإنجليزية هي لغتهم الأم، مثل:
 - مترجمون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة لهذه الخدمات، فاتصل بمنسق الحقوق المدنية بخطة Blue Shield of California Promise Health Plan.

وإذا كنت تعتقد أن Blue Shield of California Promise Health Plan لم تنجح في توفير هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بطريقة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو هوية المجموعة العرقية أو الحالة الطبية أو المعلومات الوراثية أو السلالة أو الدين أو الجنس أو الحالة الاجتماعية أو النوع الاجتماعي أو هوية النوع الاجتماعي أو التوجه الجنسي أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة البدنية، يمكنك تقديم تظلم إلى:

Blue Shield of California Promise Health Plan
Civil Rights Coordinator
601 Potrero Grande Dr.
Monterey Park, CA 91755

الهاتف: (844) 883-2233 (الهاتف النصي: 711)

الفاكس: (323) 889-2228

البريد الإلكتروني: BSCPHPCivilRights@blueshieldca.com

يجوز لك تقديم تظلم شخصيًا أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم التظلم، يمكنك طلب المساعدة من منسق الحقوق المدنية.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights (وزارة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية)، إلكترونيًا من خلال Office for Civil Rights Complaint Portal (مدخل الشكاوى الخاص بمكتب الحقوق المدنية) والمتوفر على



<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عن طريق البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 أو 800-537-7697 (جهاز التواصل عن بُعد للصم)

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



الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على مصطلحات رئيسية مستخدمة في كتيب الأعضاء بأكمله مع تعريفاتها. ويتم إدراج العناصر بالترتيب الأبجدي. إذا تعذر عليك العثور على مصطلح تبحث عنه أو إذا احتجت إلى مزيد من المعلومات عما يشتمل عليه التعريف، فاتصل بالعملاء.

Cal MediConnect: برنامج يوفر مزايا كلٍ من Medicare و Medi-Cal معًا في خطة صحية واحدة. لديك بطاقة عضوية واحدة تستخدمها لجميع مزاياك.

Department of Health Care Services (دائرة خدمات الرعاية الصحية، DHCS): دائرة ولاية كاليفورنيا التي تقوم بإدارة برنامج Medicaid (يشار إليه بـ Medi-Cal في كاليفورنيا)، يشار إليها عمومًا "بالولاية" في هذا الكتيب.

Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة، DMHC): دائرة في ولاية كاليفورنيا مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في Cal MediConnect بشأن الالتماسات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. تجري دائرة DMHC أيضًا المراجعات الطبية المستقلة (IMR).

Medi-Cal: هو اسم برنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. تدير الولاية برنامج Medi-Cal، كما تسدد مستحقته الولاية والحكومة الفيدرالية.

- ويساعد البرنامج الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة الذين يدفعون أموال مقابل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية،
- حيث يغطي الخدمات وبعض الأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية لأخرى، ولكن معظم تكاليف الرعاية الصحية مغطاة في حالة أنك تحقق شروط Medicaid و Medicare.
- انظر الفصل 2، القسم (ح) للحصول على معلومات بشأن كيفية الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

Medicare: برنامج تأمين صحي فيدرالي للأشخاص البالغين 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأشخاص دون 65 عامًا من ذوي الإعاقات والمرضى بالفشل الكلوي في المرحلة الأخيرة (بوجه عام أولئك المصابون بالفشل الكلوي الدائم الذين بحاجة إلى غسيل الكلى أو زراعة كلية). يمكن للأشخاص الأعضاء في Medicare الحصول على التغطية الصحية لـ Medicare من خلال Original Medicare أو خطة الرعاية المدارة (انظر "الخطة الصحية").

Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو fee-for-service Medicare): يتم تقديم Original Medicare من خلال الحكومة. بموجب Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare عن طريق دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين المحددة من جانب مجلس النواب.

- يمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. يتضمن Original Medicare جزأين: الجزء (A) (تأمين المستشفى) والجزء (B) (التأمين الطبي).
- يتوفر Original Medicare في أي مكان بالولايات المتحدة.



• إن لم ترغب في البقاء في خطتنا، يمكنك اختيار Original Medicare.

الأجهزة التعويضية وأجهزة التقويم: هذه هي الأجهزة الطبية التي أمر بها الطبيب أو مقدم رعاية صحية آخر. تشمل العناصر التي تمت تغطيتها، على سبيل المثال لا الحصر، دعامة الذراع والظهر والعمق والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية، والأجهزة اللازمة لتحل محل عضو داخلي من الجسم أو وظيفة، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والعلاج بالتغذية الوريدية.

الإحالة: تعني الإحالة أنه يتعين على مقدم الرعاية الأولية أن يمنحك موافقة قبل أن تتمكن من رؤية أحد مقدمي الخدمات الذي لا يعد هو مقدم الرعاية الأولية لك. في حالة عدم حصولك على موافقة، ربما لا تقوم خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan بتغطية الخدمات. لا تحتاج إلى إحالة لرؤية أخصائيين معيّنين مثل أخصائي أمراض النساء. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الإحالات في الفصل 3 وحول الخدمات التي تتطلب الإحالات في الفصل 4.

الأخصائي: طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم.

الأدوية التي تحمل علامات تجارية: دواء وصفة طبية تم تصنيعه وبيعه من قبل شركة صنعت الدواء في الأساس. الأدوية ذات الأسماء التجارية تتكون من المكونات عينها التي تكون إصدارات الأدوية الجنيسة. يتم تصنيع وبيع الأدوية الجنيسة عادة من خلال شركات أدوية أخرى.

أدوية الجزء (D) من Medicare: الأدوية التي يمكن تغطيتها بموجب الجزء (D) من برنامج Medicare. استثنى مجلس النواب على وجه الخصوص فئات أدوية محددة من التغطية كأدوية الجزء (D). يمكن أن يغطي Medi-Cal بعضًا من هذه الأدوية.

الأدوية المغطاة في الجزء (D): انظر "أدوية الجزء (D) من Medicare".

الأدوية المغطاة: المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع أدوية الوصفات الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية المغطاة من خلال خطتنا.

أدوية متاحة بدون وصفة طبية (OTC): تشير الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية إلى أي دواء يمكن للشخص شراؤه بدون وصفة من أخصائي رعاية صحية.

الاستثناء: تصريح بالحصول على التغطية لأحد الأدوية التي لا تتم تغطيتها عادة أو استخدام الدواء بدون قواعد وقيود محددة.

إعانة الدخل المنخفض (LIS): انظر "المساعدة الإضافية".

الالتماس: هو طريقة لإيقاف الإجراء الذي اتخذناه إذا كنت تعتقد بأننا ارتكبنا خطأ. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار التغطية من خلال تقديم التماس. يوضح الفصل 9 القسم ه الالتماسات، بما في ذلك كيفية تقديم التماس.

إلغاء التسجيل: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء التسجيل طوعيًا (تبعًا لخيارك الشخصي) أو غير طوعي (ليس خيارك الشخصي).

أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأشياء التي يقوم بها الأشخاص في اليوم العادي، مثل تناول الطعام أو استخدام الحمام أو ارتداء الملابس أو الاغتسال أو غسل الأسنان بالفرشاة.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يوفر معلومات واستشارات مجانية وهدافه بشأن Medicare. يوضح الفصل 2، القسم (E) كيفية الاتصال على مراكز خدمات Medicare و CMS (Medicaid).

برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP): برنامج يقدم الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) للأفراد المؤهلين لبرنامج MediCal البالغين من العمر 65 عامًا أو أكثر، والذين يعانون من إعاقات كبديل للوضع في مرفق ترميزي.



برنامج الرعاية الشاملة لخطط كبار السن (PACE): برنامج يغطي مزايا Medicare و Cal-Medi معًا بالنسبة للأشخاص الذين يبلغون من العمر 55 عامًا وأكبر والذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش بالمنزل.

تدريب الكفاءة الثقافية: تدريب يوفر تعليمات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية لدينا تساعدكم في فهم خلفيتكم وقيمكم ومعتقداتكم بصورة أفضل لمواءمة الخدمات لتلبية احتياجاتكم الاجتماعية والثقافية واللغوية.

التصريح المسبق: موافقة يتعين عليك الحصول عليها من Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو زيارة مقدم خدمات من خارج الشبكة. قد لا تغطي Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة.

تتم تغطية بعض الخدمات الطبية داخل الشبكة فقط في حال حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على تصريح مسبق من خطتنا.

• الخدمات المغطاة التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خطتنا محددة في مخطط المزايا في الفصل 4.

تتم تغطية بعض الأدوية فقط في حال حصولك على تصريح مسبق منّا.

• الأدوية المغطاة التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خطتنا محددة في قائمة الأدوية المغطاة.

التظلم: شكوى تقدمها بشأننا أو بشأن أحد مقدمي خدماتنا أو صيدلياتنا التابعة للشبكة. يشتمل ذلك على شكوى بشأن جودة الرعاية الخاصة بك، أو جودة الخدمة المقدمة من قبل خطتك الصحية.

تقاسم التكلفة: جزء تكاليف الرعاية الصحية الذي قد يتعين عليك دفعه كل شهر قبل أن تصبح مزايا Cal MediConnect سارية. يختلف مقدار حصتك من التكلفة حسب دخلك والموارد الخاصة بك.

تقاسم التكلفة: مبالغ يتعين عليك سدادها عندما تحصل على أدوية وصفة طبية محددة. يشمل تقاسم التكلفة مبالغ المشاركة في السداد.

تقييم المخاطر الصحية: مراجعة للتاريخ الطبي للمريض وحالته الحالية. يستخدم لمعرفة الحالة الصحية للمريض وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

التكاليف النثرية: مطلب تقاسم التكلفة للأعضاء الملزمين بالدفع مقابل جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها يطلق عليه أيضًا مطلب تكلفة "المصاريف النثرية". راجع تعريف "تقاسم التكلفة" أعلاه.

الجزء (A) من Medicare: هو برنامج Medicare الذي يغطي معظم رعاية المستشفى الضرورية طبياً ومرفق التمريض المتخصص والصحة المنزلية ورعاية المرضى المحتضرين.

الجزء (A): انظر "الجزء (A) من Medicare".

الجزء (B) من Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وزيارات الأطباء) والمستلزمات (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) الضرورية طبياً لعلاج مرض أو حالة. كما يغطي الجزء (B) من برنامج Medicare الكثير من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

الجزء (B): انظر "الجزء (B) من Medicare".



الجزء (C) من Medicare: يسمح برنامج Medicare لشركات التأمين الصحي الخاصة بتوفير مزايا Medicare من خلال خطة Medicare Advantage Plan.

الجزء (C): انظر "الجزء (C) من Medicare".

الجزء (D) من Medicare: برنامج مزايا أدوية الوصفات من Medicare. (نطلق على هذا البرنامج "الجزء د" اختصارًا). يغطي الجزء (D) أدوية وصفات المرضى الخارجيين واللقاحات وبعض المستلزمات غير المغطاة في الجزء (A) أو (B) من Medicare أو Medi-Cal. تشمل خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan الجزء (D) من Medicare.

الجزء (D): انظر "الجزء (D) من Medicare".

جلسة الاستماع بالولاية: في حال طلب طبيبك أو مقدم خدمات آخر لخدمة من Medi-Cal لن نقوم باعتمادها أو لن نستمر في الدفع مقابل خدمة Medi-Cal لديك بالفعل، يمكنك أن تطلب جلسة استماع بالولاية. إذا كان قرار جلسة الاستماع بالولاية لصالحك، فيتعين علينا منحك الخدمة التي طلبتها.

حدود الكمية: قيد على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. قد تكون الحدود المفروضة على كمية الدواء الذي نغطيه وفقًا للوصفة الطبية.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك في التعافي من مرض أو حادثة أو عملية جراحية كبيرة. انظر الفصل 4 لمعرفة المزيد بشأن خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (CPO Services): خدمات إضافية اختيارية تدرج تحت خطة الرعاية المخصصة (ICP). لا يقصد أن تحل هذه الخدمات محل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل التي يسمح لك تلقيها بموجب برنامج Medi-Cal.

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS): برنامج الخدمة القائم على المرفق للمرضى الخارجيين الذي يقدم الرعاية التمريضية الحاذقة والخدمات الاجتماعية والعلاجات المهنية وعلاجات التخاطب والرعاية الشخصية وتدريب ودعم الأسرة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والانتقال وغير ذلك من الخدمات للمُسجلين المؤهلين الذين يلبون معايير الأهلية المطبقة.

الخدمات التي تشملها تغطية Medicare: الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare. جميع الخطط الصحية من Medicare، بما في ذلك الخطة الخاصة بنا، يتعين أن تشمل جميع الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare.

الخدمات المغطاة: المصطلح العام الذي نستخدمه لنقصد به كل من الرعاية الصحية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية الموصوفة طبيًا والمتاحة بدون وصفه طبية والمعدات والخدمات الأخرى التي تشملها تغطية خطتنا.

الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS): تُعد الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل من الخدمات التي تساعد في تحسين حالة طبية طويلة الأجل. تساعدك معظم تلك الخدمات في البقاء في المنزل حتى لا تضطر إلى الذهاب إلى دار ترميز أو مستشفى. وتشمل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS)، برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS) ومرافق الترميز/مرافق الحالات دون الحادة (NF/SCF).

خطة Medicare Advantage Plan: يعرف أيضًا باسم "Medicare Part C" أو "MA Plans"، الذي يعرض الخطط من خلال الشركات الخاصة. يدفع Medicare لهذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.



خطة الرعاية المخصصة للأفراد (ICP أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستحصل عليها وكيفية الحصول عليها. يمكن أن تتضمن خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل.
خطة الرعاية: انظر "خطة الرعاية المخصصة".

الخطة الصحية: مؤسسة تتألف من أطباء ومستشفيات وصيديات ومقدمي خدمات طويلة الأجل إضافة إلى مقدمي خدمات آخرين. كما تتضمن مديري رعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي الخدمات والخدمات. وهم يعملون جميعًا معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.
خطط Medi-Cal: خطط تغطي مزايا Medi-Cal فقط، مثل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والمعدات الطبية ووسائل النقل. تعد مزايا Medicare مزايا منفصلة.

دخل الضمان التكميلي (SSI): ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأفراد ذوي الدخل والمواد المحدودة الذين لديهم إعاقة أو مصابين بالعمى أو يبلغون من العمر 65 عامًا وأكثر. مزايا دخل الضمان التكميلي ليست مثل مزايا الضمان الاجتماعي.

الدواء الجنيس: دواء موصوف طبيًا معتمد من الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من دواء ذي اسم تجاري. يحتوي الدواء الجنيس على نفس مكونات إصدارات الأدوية ذات الاسم التجاري. ويكون في العادة أرخص منه وله نفس فعالية الدواء ذي الاسم التجاري.

الرعاية العاجلة: رعاية تحصل عليها للعلاج من مرض أو إصابة أو حالة مفاجئة ليست حالة طوارئ لكنها تحتاج إلى رعاية مباشرة. يمكنك الحصول على الرعاية المطلوبة العاجلة من خلال مقدمي خدمات غير تابعين للشبكة عند عدم توفر مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو تعذر وصولك إليهم..

رعاية المحتضرين: برنامج الرعاية والدعم لمساعدة الأشخاص الذين يعانون من مرض عضال على العيش بشكل طبيعي ومريح. يشير التشخيص المميت إلى إصابة الشخص بمرض عضال، ويُتوقع أن يبقى حيًا لمدة ستة شهور أو أقل.

- يحق للمسجل الذي يعاني من مرض عضال تحديد دار رعاية المحتضرين.
- يوفر فريق من المدربين المحترفين ومقدمي الرعاية ممن تلقوا تدريبًا خاصًا لرعاية لشخص ما تلبى احتياجاته البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- يتعين على Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan تزويدك بقائمة مقدمي خدمات المحتضرين في منطقتك الجغرافية.

الرعاية في حالات الطوارئ: الخدمات المغطاة الموفرة من جانب مقدم خدمات مدرب ليقدم خدمات طوارئ تعد ضرورية لعلاج حالة طارئة طبية أو تتعلق بالصحة السلوكية.

رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF): خدمات إعادة التأهيل والرعاية التمريضية الحاذقة المقدمة على أساس مستمر ويومي في مرفق تمريض متخصص. تتضمن أمثلة رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة العلاج الطبيعي أو الحقن داخل الوريد (IV) التي تعطى للمرضى المسجلة أو الطبيب.

سعر تقاسم التكلفة اليومي: هو سعر يمكن تطبيقه عندما يصف طبيبك إمدادًا أقل من شهر كامل لأدوية معينة لك وأنت مطالب بدفع المشاركة في السداد. سعر تقاسم التكلفة اليومي هو مقدار المشاركة في السداد مقسومًا على عدد الأيام في إمداد الشهر.



واليك مثال: لنفترض أن حصة المشاركة في السداد مقابل دوائك عن إمداد الشهر كامل (إمداد لمدة 30 يومًا) تساوي \$1.30. يعني هذا أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أكثر بقليل من \$0.04 في اليوم. إذا كنت تتلقى إمدادًا لمدة 7 أيام من الدواء، فإن مبلغك سيكون أكثر بقليل من \$0.04 لكل يوم مضروريًا في 7 أيام، ليبلغ الإجمالي \$0.30.

الشكوى: بيان كتابي أو شفهي يوضح أن لديك مشكلة أو مخاوف بشأن خدماتك أو رعايتك المغطاة. يشمل ذلك أي مخاوف تتعلق بجودة الخدمة أو جودة الرعاية أو مقدمي الخدمات أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. الاسم الرسمي "لتقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".

الصحة السلوكية: يستخدم مصطلح "شامل" للإشارة إلى الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد.

صيدلية تابعة للشبكة: صيدلية (متجر أدوية) وافقت على صرف أدوية لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها "صيدليات تابعة للشبكة" لأنها وافقت على التعاون مع خطتنا. في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية فقط إذا تم صرفها من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا.

صيدلية من خارج الشبكة: الصيدلية التي لم توافق على التعاون مع خطتنا لتنسيق أو تقديم أدوية مغطاة لأعضاء خطتنا. معظم الأدوية التي حصلت عليها من صيدليات خارج نطاق شبكتنا غير مغطاة من جانب خطتنا ما لم تنطبق حالات معينة.

ضروري من الناحية الطبية: مصطلح يصف الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها لتجنب حدوث حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو الحفاظ على الوضع الصحي الحالي الخاص بك. ويشمل هذا الرعاية التي تحول دون دخولك إلى المستشفى أو دار التمريض. كما تعني الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تفي بالمعايير المقبولة للممارسة الطبية. من تعريف برنامج Medi-Cal للضرورة الطبية، نجد أن خدمات الرعاية الصحية تقتصر على تلك الضرورية لحماية الأرواح، أو لمنع الإصابة بمرض خطير أو إعاقة كبيرة أو لتخفيف ألم حاد.

الطوارئ: تكون حالتك حالة طوارئ طبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والدواء بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى العناية الطبية للحيلولة دون الوفاة أو فقد جزء من أجزاء الجسم أو فقدان وظيفة من وظائف أجزاء الجسم. قد تكون الأعراض الطبية إصابة خطيرة أو ألمًا حادًا.

العضو (عضو في خطتنا أو عضو تابع للخطة): شخص عضو في Medicare وMediCal مؤهل للحصول على الخدمات المغطاة وهو مسجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من خلال مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) والولاية.

العلاج المرحلي: قاعدة تغطية تتطلب منك أولاً تجربة دواء آخر قبل أن نقوم بتغطية الدواء الذي تطلبه.

عملية إصدار فواتير غير مناسبة/غير صحيحة: إنها حالة يقوم فيها مقدم خدمات (مثل طبيب أو مستشفى) بمحاسبتك بأكثر من قيمة تقاسم التكاليف للخطة مقابل الخدمات. أظهر بطاقة هوية عضو Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية. اتصل بالعناية بالعملاء إذا حصلت على أي فواتير لا تفهمها. كعضو في Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan، يتعين عليك فقط دفع مبالغ تقاسم تكاليف الخطة عند الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية من قبل خطتنا. لا نسمح لمقدمي الخدمات بمحاسبتك بقيمة أكثر من هذا المبلغ.

العناية بالعملاء: قسم بخطتنا مسؤول عن الإجابة على تساؤلاتك حول عضويتك ومزاياك والتظلمات والالتماسات. انظر الفصل 2 القسم (A) للحصول على معلومات عن كيفية الاتصال بالعناية بالعملاء.

فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): يمكن لفريق الرعاية أن يشمل أطباءً أو ممرضات أو استشاريين أو غير ذلك من أخصائيي الصحة المتاحين لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. وسوف يساعدك فريق الرعاية الخاص بك في إعداد خطة رعاية.



فريق الرعاية: انظر "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية): قائمة أدوية الوصفة الطبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية المغطاة ضمن الخطة. تختار الخطة الأدوية المدرجة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتخبرك قائمة الأدوية بما إذا كان هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويتك. يطلق على قائمة الأدوية أحيانًا "كتيب الوصفات".

قرار التغطية: قرار بشأن المزايا التي نغطيها. يشمل ذلك القرارات المتعلقة بالأدوية والخدمات المغطاة أو المبلغ الذي سوف ندفعه مقابل خدماتك الصحية. يوضح الفصل 9 كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

قرار المؤسسة: لقد اتخذت الخطة قرار مؤسسة عندما اتخذت قرارًا هي أو أحد مقدمي الخدمات التابعين لها بشأن ما إذا تمت تغطية الخدمات أو المقدار الذي يتعين عليك دفعه مقابل الخدمات المغطاة. ويطلق على قرارات المؤسسة أيضًا "قرارات التغطية" في هذا الكتيب. يوضح الفصل 9 الأقسام (D) و (E) و (F) كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

كتيب الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذه الوثيقة مع نموذج التسجيل الخاص بك وغير ذلك من المرفقات أو الملاحق التي توضح تغطيتك وما يجب علينا القيام به وحقوقك وما يجب عليك القيام به كعضو في خطتنا.

مدير الرعاية: الشخص الرئيسي الذي يعمل معك ومع الخطة الصحية ومع مقدمي الرعاية للتأكد من أنك تحصل على الرعاية المطلوبة.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا رفضنا طلبك بالحصول على خدمات طبية أو علاج، يمكنك تقديم التماس لدينا. وفي حالة رفضك قرارنا وكانت مشكلتك بشأن خدمة Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات المعدات الطبية المعمرة (DME) والأدوية، يمكنك مطالبة California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا) بإجراء "مراجعة طبية مستقلة". تعد المراجعة الطبية المستقلة مراجعة لحالتك من قبل أطباء ليسوا تابعين لخطتنا. إذا انتهت المراجعة الطبية المستقلة بقرار لصالحك، فيجب علينا تقديم الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لا تدفع أية تكاليف مقابل المراجعة الطبية المستقلة.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare. يوضح الفصل 2 كيفية الاتصال بـ CMS.

مرحلة التغطية المبدئية: إنها المرحلة قبل أن يصل إجمالي نفقات أدوية الجزء (D) \$6,550. وهذا يشمل المبالغ التي قمت بدفعها وما دفعته خطتنا نيابة عنك بالإضافة إلى إعانة الدخل المنخفض. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بصرف الوصفة الطبية الأولى الخاصة بك للعام. خلال هذه المرحلة، تسدد الخطة جزءًا من التكاليف الخاصة بأدويتك، وأنت تقوم بسداد حصتك.

مرحلة التغطية في حالات الكوارث: هي مرحلة في مزايا أدوية الجزء (D) حيث تدفع الخطة بها جميع تكاليف أدويتك حتى نهاية العام. أنت تبدأ هذه المرحلة عندما تصل إلى حد \$6,550 لأدوية وصفتك الطبية.

مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF): مرفق يوفر بشكل رئيسي خدمات إعادة التأهيل بعد الإصابة بمرض أو حادث أو عملية 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.

مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF): مرفق ترميز يضم موظفين ومعدات لتقديم رعاية ترميز حاذقة وفي معظم الحالات خدمات إعادة تأهيل متخصصة وخدمات صحية أخرى ذات صلة.

مرفق أو دار التمريض: مكان يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يمكنهم الحصول على الرعاية الخاصة بهم في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى.



مركز جراحي متنقل: مرفق يوفر الجراحة للمرضى الخارجيين الذين لا يحتاجون إلى رعاية مستشفى والذين لا يتوقع احتياجهم لرعاية أكثر من 24 ساعة.

المريض الداخلي: مصطلح يُستخدم عند إدخالك رسميًا إلى مستشفى للخدمات الطبية الماهرة. إذا لم يتم إدخالك رسميًا، فقد تظل مريضًا خارجيًا بدلاً من مريض داخلي حتى لو بقيت لليلة واحدة.

المساعد الصحي المنزلي: شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات الممرضة المرخصة أو المعالج المعتمد، مثل المساعدة بشأن الرعاية الشخصية (كالاستحمام أو استخدام الحمام أو ارتداء الملابس أو القيام بالتدريبات الموصوفة). ليس لدى مسعفي الصحة المنزلية أي رخصة تمرير أو تقديم علاج.

المساعدة الإضافية: برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في تقليل تكاليف الأدوية وصفات الجزء (D) من Medicare، مثل الأقساط والخصومات ومبالغ المشاركة في السداد. كما يطلق على المساعدة الإضافية "إعانة الدخل المنخفض"، أو "LIS".

المساعدة المدفوعة في انتظار جلسة الاستماع: يمكنك متابعة الحصول على المزايا الخاصة بك أثناء انتظارك لقرار بشأن التماس المستوى الأول أو جلسة الاستماع بالولاية (انظر الفصل 9 القسم (E) لمزيد من المعلومات). يطلق على هذه التغطية المستمرة "المساعدة المدفوعة في انتظار جلسة الاستماع".

مستوى تقاسم التكلفة: مجموعة من الأدوية لها نفس قيمة المشاركة في السداد. كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة (تُعرف أيضًا باسم قائمة الأدوية) مدرج في واحد من مستويات تقاسم التكلفة الأربعة (4). وبشكل عام، كلما زاد مستوى تقاسم التكلفة، زادت تكلفتك مقابل الدواء.

مستويات الأدوية: مجموعات من الأدوية موجودة في قائمة الأدوية لدينا. الأدوية الجنيسة أو ذات الاسم التجاري أو المتاحة بدون وصفة طبية هي أمثلة لمستويات الأدوية. كل دواء في قائمة الأدوية لدينا مدرج في واحد من المستويات الأربعة (4).

المسجل في Medicare-Medi-Cal (المؤهل للبرنامجين): شخص مؤهل لتغطية Medicare و Medi-Cal. ويسمى أيضًا المسجل في برنامجي Medicare-Medicaid "الفرد ذو الأهلية المزدوجة".

المشاركة في السداد: مبلغ ثابت تدفعه باعتباره حصتك من التكلفة في كل مرة تحصل فيها على أدوية وصفة طبية محددة. على سبيل المثال، يمكنك دفع 2\$ أو 5\$ مقابل دواء وصفة طبية.

المعدات الطبية المعمرة (DME): بعض العناصر التي يطلبها طبيبك لتستخدمها في المنزل. من أمثلة هذه المعدات الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة والمستلزمات المتعلقة بداء السكري وأسرّة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل ومضخات التسريب بطريق الوريد (IV) والأجهزة المساعدة على الكلام وجهاز الأكسجين والمستلزمات والرذاذات والمشايات.

المعلومات الصحية الشخصية (تُعرف أيضًا باسم المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الأطباء والتاريخ الطبي. انظر إخطار ممارسات الخصوصية لخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan لمزيد من المعلومات حول كيفية حماية Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan واستخدامها وإفصاحها عن معلوماتك الصحية الشخصية وكذلك حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية الشخصية.

مقدم الرعاية الأولية (PCP): مقدم الرعاية الأولية الخاص بك هو الطبيب أو مقدم الخدمات الآخر لديك الذي تذهب إليه أولاً لمعظم المشكلات الصحية. إنه يتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للبقاء في حالة صحية جيدة.



- ويمكنه أيضًا التحدث مع مقدمي الرعاية الصحية والأطباء الآخرين بشأن رعايتك ويقوم بإحالتك إليهم.
 - في العديد من الخطط الصحية لـ Medicare، يتعين عليك الذهاب إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل الذهاب إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.
 - انظر الفصل 3 لمزيد من المعلومات بشأن الحصول على رعاية من مقدمي الرعاية الأولية.
- مقدم خدمات بالشبكة:** "مقدم الخدمات" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للأطباء والممرضات والأشخاص الآخرين الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. ويشمل المصطلح أيضًا المستشفيات ووكالات الصحة المنزلية والعيادات، وغيرها من الأماكن التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية والمعدات الطبية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل.
- كما أنها مرخصة أو معتمدة من Medicaid ومن جانب الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
 - ونطلق عليهم "مقدمو خدمات تابعون للشبكة" عند موافقتهم على التعاون مع الخطة الصحية وقبولهم بالسداد وعدم تغريم أعضائنا مبالغ إضافية.
 - إذا كنت عضوًا في خطتنا، فيتعين عليك استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الخدمات المغطاة. يطلق أيضًا على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة "مقدمو خدمات الخطة".
- مقدم خدمات من خارج الشبكة أو مرفق من خارج الشبكة: مقدم خدمات أو مرفق لا يخضع لإدارة خطتنا أو غير مملوك لها أو غير مدار من جانبها وليس مشمولاً بالعقد لتقديم خدمات مغطاة لأعضاء خطتنا. يتناول الفصل 3 القسم (D) مرافق ومقدمي الخدمات خارج نطاق الشبكة.
- مكتب المظالم:** مكتب في ولايتك يكون بمثابة المدافع عنك، حيث يمكنه الرد على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله. وتتوفر خدمات أمانة المظالم مجانًا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول برنامج Cal MediConnect Ombuds Program في الفصلين 2 و9 من هذا الكتيب.
- منطقة الخدمات:** منطقة جغرافية تقبل فيها الخطة الصحية الأعضاء في حال تقييدها للعضوية بناءً على المكان الذي يعيش فيه الأشخاص. بالنسبة للخطط التي تقيّد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك استخدامها، فإنها أيضًا بشكل عام المنطقة التي يمكنك الحصول فيها على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). لا يمكن أن يحصل على خطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan إلا الأشخاص الذين يقطنون في منطقة الخدمة التي نشملها.
- مؤسسة تحسين الجودة (QIO):** مجموعة من الأطباء وغير ذلك من متخصصي الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص الخاضعين لـ Medicare. يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة للمرضى وتحسينها. انظر الفصل 2 للحصول على معلومات بشأن كيفية الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لولايتك.



العناية بالعملاء بخطة Blue Shield Promise Cal MediConnect Plan

الاتصال	1-855-905-3825 المكالمات على هذا الرقم مجانية. طوال أيام الأسبوع. من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً. كما يوجد أيضًا لدى العناية بالعملاء خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتوفرة لمن لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات على هذا الرقم مجانية. طوال أيام الأسبوع. من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً.
المراسلة	Blue Shield of California Promise Health Plan Customer Care Department 601 Potrero Grande Drive Monterey Park, CA 91755
موقع الويب	www.blueshieldca.com/promise/calmediconnect





Blue Shield of California Promise Health Plan
601 Potrero Grande Dr., Monterey Park, CA 91755

blueshieldca.com/promise/calmediconnect