

إثبات التغطية

المزايا والخدمات الصحية لـ Medicare
پوشش داروهای نسخه‌ای شما به عنوان عضو
Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

مقاطعتا San Diego و Los Angeles

1 كانون الثاني/يناير 2023 - 31 كانون الأول/ديسمبر 2023

Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP) كتيب أعضاء

H5982_22_378A_C AR SNR09192022

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



من 1 يناير 2023 إلى 31 ديسمبر 2023

صحتك وتغطية الأدوية الخاصة بك بموجب خطة Blue Shield TotalDual Plan

مقدمة كتيب الأعضاء

يخبرك كتيب الأعضاء هذا، المعروف باسم دليل التغطية، بشأن تغطيتك بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2023. 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 ترميز أو مستشفى. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

يعد هذا الكتيب مستنداً قانونياً مهماً. احتفظ به في مكان آمن.

وإذا ورد في كتيب الأعضاء هذا كلمات مثل "نحن" أو "إيانا" أو "خاص بنا" أو "خطتنا"، فإن هذه كلمات تشير إلى خطة Blue Shield TotalDual Plan.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY: 711)

한국어 (Korean): 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY (հեռատիպ)՝ 711)

فارسی (Persian/Farsi): توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (800) 452-4413 (TTY: 711) تماس بگیرید.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (800) 452-4413 (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。(800) 452-4413 (TTY:711) まで、お電話にてご連絡ください。

العربية (Arabic): ملحوظة: إذا تحدثت كنت إذا: ملحوظة: (Arabic) (800) 452-4413 (711) والبرم الصم (711: الصم هاتف رقم)

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (800) 452-4413 (TTY:711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

ខ្មែរ (Cambodian/Khmer): ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃ សំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ (800) 452-4413 (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 (800) 452-4413 (TTY:711).

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (800) 452-4413 (TTY:711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai): เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (800) 452-4413 (TTY:711).

اردو (Urdu): کریں کال - ہیں دستیاب میں مفت خدمات کی مدد کی زبان کو آپ تو ہیں، بولتے اردو آپ اگر: خبردار: (Urdu) (800) 452-4413 (TTY:711).

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو مسجلة صوتيًا. اتصل على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع. وتكون المكالمة مجانية.

- يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل الآن وفي المستقبل. لتقديم طلب، يرجى الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan. وسيحتفظون بتنسيقك ولغتك المفضلة في السجلات من أجل الاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات في تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخطة Blue Shield TotalDual Plan.



إخلاء المسؤولية

- ❖ قد تتغير المزايا والأقساط والخصومات و/أو المشاركة في السداد/التأمين المشترك في 1 يناير 2024.
- ❖ كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات عرضة للتغيير في أي وقت. سنتلقى إخطارًا بذلك عند الضرورة. سنعلم المسجلين المتأثرين بالتغييرات قبل 30 يومًا على الأقل.
- ❖ تقع على عاتق خطتنا مسؤولية تنسيق مزايا Medi-Cal (Medicaid) الخاصة بك.
- ❖ Blue Shield of California هي HMO وخطة HMO D-SNP بعقد من Medicare وعقد مع برنامج California State Medi-Cal (Medicaid) Program. ويعتمد التسجيل في Blue Shield of California على تجديد العقد
- ❖ التغطية بموجب Blue Shield TotalDual Plan هي تغطية صحية مؤهلة تعرف باسم "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". فهي تضمن حماية المريض ومتطلبات مشاركة المسؤولية الفردية طبقًا لقانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA). تفضل زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) الإلكتروني على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول متطلبات مشاركة المسؤولية الفردية.



الفصل 1: بداية العضوية

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات Medicare الخاصة بك وتتسق جميع خدماتك وخدمات Medi-Cal الخاصة بك. كما يوضح لك ما الذي تتوقعه وما المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

A. مرحبا بك في خطتنا	7
B. معلومات حول Medicare وMedi-Cal	7
B1. Medicare	7
B2. Medi-Cal	7
C. مزايا خطتنا	8
D. منطقة خدمات خطتنا	8
E. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضواً بالخطة	9
F. ما الذي تتوقعه عند انضمامك لأول مرة إلى خطتنا الصحية	9
G. فريق رعايتك وخطة رعايتك	10
G1. فريق الرعاية	10
G2. خطة الرعاية	10
H. القسط الشهري للخطة	11
H1. قسط الخطة	11
I. كتيب الأعضاء الخاص بك	11
J. المعلومات المهمة الأخرى التي نوفرها لك	11
J1. بطاقة هوية الخطة	11
J2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات	12
J3. قائمة الأدوية المغطاة	13
J4. شرح المزايا	13

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



- 13..... K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا
- 14..... K1. خصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI)



A. مرحبا بك في خطتنا

تقدم خطتنا خدمات Medicare وMedi-Cal للأفراد المؤهلين للبرنامجين. تشمل خطتنا الأطباء والمستشفيات والصيديات ومقدمي الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل ومقدمي خدمات الصحة السلوكية ومقدمي الخدمات الآخرين. لدينا أيضا منسقو رعاية وفرق رعاية لمساعدتك في إدارة مقدمي الخدمات والخدمات. وهم يعملون جميعاً معاً لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

B. معلومات حول Medicare وMedi-Cal

B1. 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 الذين يعانون من مرض كلوي في المرحلة الأخيرة (الفشل الكلوي).

B2. Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medi-Cal (Medicaid) بولاية كاليفورنيا. تدير الولاية برنامج Medi-Cal، كما تسدد مستحقته الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على سداد مقابل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) والتكاليف الطبية. حيث يغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية ما يلي:

- ما الذي يعتبر دخلاً وموارد،
- من هو مؤهل،
- ما الخدمات المغطاة، و
- تكلفة الخدمات.

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

اعتمدت Medicare وولاية كاليفورنيا خطتنا. يمكنك الحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- اخترنا أن نقدم الخطة، و
 - يسمح لنا برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- حتى في حال توقف خطتنا عن العمل في المستقبل، فإن أهليتك للحصول على خدمات Medicare وMedi-Cal لن تتأثر.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



C. مزايا خطتنا

ستحصل الآن على جميع خدمات Medicare وMedi-Cal المغطاة من خطتنا، بما في ذلك الأدوية الموصوفة طبياً. لا تدفع أي مبالغ إضافية للانضمام إلى هذه الخطة الصحية.

نساعدك في جعل مزايا Medicare وMedi-Cal تعمل بشكل أفضل معاً وتعمل بشكل أفضل من أجلك. تشتمل بعض المميزات على:

- يمكنك العمل معنا لتلبية جميع احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- لديك فريق رعاية تساعد في تشكيكه. وقد يشملك فريق الرعاية بالإضافة إلى مقدم الرعاية والأطباء والمرضى والمستشارين أو المهنين الصحيين الآخرين.
- يمكنك الوصول إلى منسق الرعاية. هذا هو الشخص الذي يعمل معك ومع خطتنا ومع فريق رعايتك للمساعدة في تطبيق خطة الرعاية.
- يمكنك إدارة رعايتك الخاصة بمساعدة فريق رعايتك ومنسق الرعاية الخاص بك.
- يعمل فريق رعايتك ومنسق الرعاية معك لوضع خطة رعاية مصممة لتلبية احتياجاتك الصحية. يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. على سبيل المثال، يعني هذا أن فريق رعايتك يتأكد من:
 - يعرف أطباؤك جميع الأدوية التي تتناولها حتى يتمكنوا من التأكد من أنك تتناول الأدوية المناسبة ويمكنهم تقليل أي آثار جانبية قد تكون لديك من الأدوية.
 - تتم مشاركة نتائج اختباراتك مع جميع أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين، حسب الاقتضاء.

الأعضاء الجدد في Blue Shield TotalDual Plan: في أغلب الحالات، سيتم تسجيلك في [Blue Shield TotalDual Plan] للحصول على مزايا Medicare في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلب التسجيل في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، سنتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield Promise Health Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع إذا كانت لديك أي أسئلة.

D. منطقة خدمات خطتنا

تشتمل منطقة خدماتنا على هذه المقاطعات في ولاية كاليفورنيا: مقاطعتي لوس أنجلوس وسان دييغو.

لا يمكن أن ينضم إلى خطتنا إلا الأشخاص الذين يقطنون في منطقة خدمتنا.

لا يمكنك البقاء في خطتنا في حال انتقالك خارج منطقة خدماتنا. راجع الفصل 8 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول آثار التنقل خارج منطقة خدمتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



E. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضواً بالخطئة

أنت مؤهل للاستفادة من خططنا طالما أنك:

- تعيش في منطقة خدمتنا (لا يعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة الجغرافية حتى لو كانوا موجودين فيها من الناحية المادية)، و
- تبلغ من العمر 21 عامًا وأكبر في وقت التسجيل، و
- تكون مؤهلاً للانضمام إلى برنامج Medicare الجزء (أ)، و Medicare الجزء "ب"، و
- مؤهل حاليًا لبرنامج Medi-Cal، و
- كنت من مواطني الولايات المتحدة أو مقيمًا في الولايات المتحدة بصفة شرعية.

اتصل بالعناية بالعملاء لمزيد من المعلومات.

يرجى ملاحظة ما يلي: إذا فقدت أهليتك ولكن بإمكانك أن تتوقع بصورة معقولة استعادة الأهلية في غضون 6 أشهر، فإنك لا تزال مؤهلاً لعضويتنا في خطتنا (الفصل 4، القسم (أ) يخبرك بالتغطية وتقاسم التكلفة خلال هذه الفترة، وهو ما يطلق عليه اعتبار الأهلية المستمرة).

F. ما الذي تتوقعه عند انضمامك لأول مرة إلى خطتنا الصحية

عندما تنضم لخطتنا لأول مرة، فإنك تحصل على تقييم المخاطر الصحية (HRA) في غضون 90 يومًا قبل أو بعد تاريخ التسجيل الفعلي الخاص بك.

يتعين علينا أن نكمل تقييم HRA من أجلك. إن تقييم HRA هو أساس وضع خطة رعايتك. كما سيضمن التقييم أسئلة لتحديد الخدمات ووسائل الدعم الطبية طويلة الأجل (LTSS) الخاصة بك واحتياجاتك الصحة السلوكية والوظيفية.

وسوف نتواصل معك لاستكمال تقييم المخاطر الصحية. يمكننا إكمال تقييم المخاطر الصحية من خلال زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو عبر البريد.

سنرسل لك مزيدًا من المعلومات حول هذا التقييم.

إذا كانت خطتنا جديدة عليك، فيمكنك مواصلة الاستعانة بالأطباء الذين تستخدمهم الآن لفترة معينة من الوقت، إذا لم يكونوا في شبكتنا. نطلق على هذا استمرار الرعاية. إذا لم يكونوا في شبكتنا، 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:

- تطلب منا أنت أو ممثلك أو مقدم الخدمات الخاص بك السماح لك بمواصلة استخدام مقدم الخدمات الحالي.
- نعتد وجود علاقة قائمة مع مقدم رعاية أولية أو متخصصة، مع بعض الاستثناءات. ونقصد "بالعلاقة القائمة" أنك تابعت مع مقدم خدمة من خارج الشبكة لمرة واحدة على الأقل في زيارات غير طارئة خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ التسجيل المبدئي.

○ إننا نعتد علاقة قائمة عن طريق مراجعة معلوماتك الصحية المتاحة لدينا أو المعلومات التي تقدمها إلينا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



○ لدينا مهلة 30 يومًا للرد على طلبك. يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار أسرع، ويتعين علينا الرد في غضون 15 يومًا.

○ يتعين عليك أنت أو مقدم الخدمات الخاص بك تقديم مستندات تثبت وجود علاقة قائمة وموافقة على شروط معينة عند التقدم بالطلب.

ملاحظة: يمكنك فقط تقديم هذا الطلب للحصول على خدمات المعدات الطبية المتينة (DME) أو النقل أو الخدمات المساعدة الأخرى غير المدرجة في خطتنا. لا يمكنك تقديم هذا الطلب فيما يتعلق بمقدمي الخدمات المتينة المعمرة أو النقل أو مقدمي الخدمات المساعدين الآخرين.

بعد انتهاء فترة استمرار الرعاية، ستحتاج إلى الاستعانة بالأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكة Blue Shield TotalDual Plan التابعة للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية، ما لم نتوصل إلى اتفاق مع طبيبك الخاص الذي لا ينتمي إلى الشبكة. مقدم الخدمات التابع للشبكة هو مقدم الخدمات الذي 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. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق رعايتك وخطة رعايتك

G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في مواصلة الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. ربما يشتمل فريق الرعاية على طبيبك أو منسق الرعاية أو أي مسؤول صحي تختاره بنفسك.

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. سيتم تعيين منسق رعاية لك عند التسجيل في خطتنا. ويحملك هذا الشخص أيضا إلى الموارد المجتمعية الأخرى التي قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق رعايتك للمساعدة في تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات حول منسق رعايتك وفريق رعايتك.

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق رعايتك معك لوضع خطة رعاية. تطلعك خطة الرعاية أنت وأطبائك على الخدمات التي تحتاجها وكيفية الحصول عليها. وتشتمل الخطة على الاحتياجات الطبية والصحة السلوكية وخدمات وسائل الدعم طويلة الأجل.

تتضمن خطة رعايتك ما يلي:

- أهداف الرعاية الصحية.

- جدول زمني لأوقات الحصول على الخدمات التي تحتاج إليها.

يجتمع فريق رعايتك معك بعد تقييم المخاطر الصحية الخاص بك. فهم يتحدثون معك عن الخدمات التي تحتاج إليها. ويمكنك إخبارك بالخدمات التي قد تفكر في الحصول عليها. وتكون خطة الرعاية مستندة إلى احتياجاتك. ويعمل فريق الرعاية معك على تحديث خطة الرعاية سنويًا على الأقل.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



H. القسط الشهري للخطوة

H1. قسط الخطوة

بصفقتك عضوًا في خطتك، فإنك تدفع قسطًا شهريًا. بالنسبة لعام 2023، يبلغ قسط الجزء (د) الشهري لخطوة Blue Shield TotalDual Plan قيمة \$38.90. ومع ذلك، تدفع \$0 شهريًا طالما أنك تحصل على إعانة الدخل المنخفض في الجزء (د)، والتي تعرف أيضًا باسم "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، وتغطية Medi-Cal الكاملة.

أ. كتيب الأعضاء الخاص بك

يعد كتيب الأعضاء الخاص بك جزءًا من عقدنا معك. وهذا يعني أنه يجب علينا اتباع جميع القواعد الواردة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد أننا قد أقدمنا على فعل شيء مخالف لهذه القواعد، فقد تتمكن من تقديم التماس بخصوص قرارنا. للحصول على معلومات حول الالتماسات، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل على (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب الحصول على كتيب الأعضاء من خلال الاتصال بالعناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى كتيب الأعضاء على موقعنا على الويب على عنوان الويب في أسفل الصفحة أو تنزيله.

يكون هذا العقد ساريًا طوال شهور تسجيلك في خطتنا بين 1 يناير 2023 و 31 ديسمبر 2023.

ل. المعلومات المهمة الأخرى التي نوفرها لك

تتضمن المعلومات المهمة الأخرى التي نقدمها لك بطاقة هوية عضويتك ومعلومات عن كيفية الوصول إلى دليل مقدمي الخدمات والصيديات ومعلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية المغطاة.

J1. بطاقة هوية الخطوة

بموجب خطتنا، لديك بطاقة واحدة لخدمات Medicare وMedi-Cal المغطاة من قبل خطتنا، بما في ذلك الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل وبعض خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. أظهر هذه البطاقة عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية بالجزء (د). فيما يلي نموذج عن بطاقة هوية العضو:

Blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413 (الهاتف النصي: 711) (888) 970-0933 7544-200 (855) (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 273640, Chico, CA 95927-2640 Blue Shield of California P.O. Box E2066, Phoenix, AZ 85072-2066 مقدمي الخدمات: يرجى تقديم جميع المطالبات إلى المرحض له المحلي التابع BCBS في مناطق الخدمات. حيث تلقى العضو الخدمات. Blue Shield of California هي عضو مستقل في Blue Shield Association	في حالة الطوارئ، اتصل برقم 911 أو انتقل إلى أقرب غرفة طوارئ. العناية بالعملاء: مكتب مساعدة الصيادلة: النقل: المساعدة التبريرية 7/24: إرسال المطالبات الطبية إلى: أرسل مطالبات Rx إلى:	blue california MedicareRx Prescription Drug Coverage اسم العضو: اسم العضو رقم هوية العضو: AMPJ12345678 هاتف منسق الرعاية: 5765-548 [888] اسم مقدم الرعاية الأولية: <PCP Name> اسم مجموعة مقدم الرعاية الأولية: <PCP Group> هاتف مقدم الرعاية الأولية: <PCP Phones> HES2B-OOE لا يمكن محاسبة العضو PCP/SPC/ER/RX 0\$/0\$/0\$/0\$
--	--	---

في حال تلف بطاقة هوية عضويتك أو فقدها أو سرقتها، اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة مباشرة. سوف نرسل إليك بطاقة جديدة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



وطالما أنك مشترك في خطتنا، فلا توجد حاجة لاستخدام بطاقات Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء. احتفظ بهذه البطاقة في مكان آمن، في حالة احتياجك لها لاحقاً. في حال قيامك بإظهار بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة هوية عضويتك، قد يقوم مقدم الخدمات بمحاسبة Medicare بدلاً من خطتنا وقد تحصل على فاتورة. اطلع على الفصل 7 من كتيب الأعضاء لمعرفة ما يجب عليك فعله في حال حصولك على فاتورة من مقدم خدمات.

تذكر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة هوية المزايا (BIC) للوصول إلى الخدمات التالية:

- الوصفات الطبية المغطاة فقط من خلال Medi-Cal Rx
- خدمات الأسنان المغطاة فقط من خلال برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental Program
- خدمات الدعم المنزلي (IHSS)
- برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)

J2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات

يحتوي دليل مقدمي الخدمات والصيدليات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكة خطتنا. أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الخدمات المغطاة.

يمكنك طلب الحصول على دليل مقدمي الخدمات والصيدليات من خلال الاتصال بالعملاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على عنوان الويب في أسفل الصفحة.

يُدرج دليل مقدمي الخدمات والصيدليات مهنيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء والمرضى الممارسات والأطباء النفسيين) والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات) ومقدمي خدمات الدعم (مثل الرعاية الصحية النهارية للبالغين ومقدمي الخدمات الصحية المنزلية) الذين قد تراهم بصفقتك عضواً بخطة Blue Shield TotalDual Plan أو Blue Shield Promise Medi-Cal Plan ويسرد الدليل الصيدليات التي يمكنك التعامل معها للحصول على أدويةك الموصوفة. ويوفر الدليل أيضاً 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 برنامج الخدمات المنزلية الداعمة (IHSS) أو برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)، و
- معلومات حول كيفية الوصول إلى خدمات صيدليات الطلب عبر البريد أو العلاج التبريدي في المنزل أو الرعاية طويلة الأجل.

تعريف مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

- يشمل مقدمو الخدمات التابعين للشبكة على:
 - الأطباء والمرضى وغيرهم من المتخصصين في مجال الرعاية الصحية الذين يمكنك الذهاب إليهم كونك عضواً في خطتنا؛

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



- 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 المتينة، وغيرهم ممن يقدمون السلع والخدمات التي تحصل عليها من خلال برنامج Medicare أو Medi-Cal.

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

تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي توافق على صرف 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 بالملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات. يقدم لك كل من العناية بالملاء وموقع الويب الخاص بنا أحدث المعلومات حول التغييرات في مقدمي الخدمات والصيدليات التابعين لشبكتنا.

J3. قائمة الأدوية المغطاة

تتضمن الخطة قائمة الأدوية المغطاة. نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا. وبخبرك بأدوية الوصفات الطبية التي تغطيها خطتنا.

وتخبرك "قائمة الأدوية" أيضًا إذا كان هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، مثل وجود حد للكمية التي يمكنك أن تحصل عليها. اطلع على الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات.

ونرسل 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، اتصل بالعناية بالملاء أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب (راجع المعلومات الموجودة أسفل الصفحة).

J4. شرح المزايا

عندما تستخدم مزايا الأدوية الموصوفة طبياً بالجزء (د) الخاصة بك، فسوف نرسل إليك موجزاً لمساعدتك على فهم ومتابعة عمليات السداد في مقابل الأدوية الموصوفة طبياً بالجزء د الخاصة بك. يُشار إلى التقرير الموجز هذا باسم *شرح المزايا (EOB)*.

يوضح شرح المزايا (EOB) لك المبلغ الإجمالي الذي أنفقته، أو الذي أنفقته الآخرون نيابةً عنك، على الأدوية الموصوفة طبياً بالجزء (د) والمبلغ الإجمالي الذي سددناه لكل دواء من الأدوية الموصوفة طبياً بالجزء (د) الخاصة بك خلال الشهر. 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 واصل الأدوية حول هذه الخيارات ذات التكلفة الأقل. **الفصل 6** من كتيب الأعضاء مزيداً من المعلومات حول شرح المزايا (EOB) وكيفية مساعدتك في تتبع تغطية الأدوية الخاصة بك.

يمكنك أيضًا طلب الحصول على شرح المزايا (EOB). للحصول على نسخة، اتصل بالعناية بالملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثاً

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

نحتاج إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يحتاج مقدمو الخدمات والصيدليات التابعة للشبكة أيضاً إلى معلومات صحيحة عنك. فهم يستخدمون سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية التي تحصل عليها وكم تكلفتك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة

www.blueshieldca.com/medicare.



أخبرنا على الفور بما يلي:

- أي تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
- إجراء تغييرات على أي تغطية تأمين صحي آخر، مثل من صاحب العمل أو صاحب عمل زوجك/زوجتك أو صاحب عمل شريكك المنزلي 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)
- مشاركتك في دراسة بحثية سريرية. (ملاحظة: لست مطالبًا بإخبارنا عن دراسة بحثية سريرية تكون مشاركتك فيها أو جزءًا منها، ولكننا نشجعك على القيام بذلك).
- في حالة تغيير أي معلومات، اتصل بالعناية بالعملاء.

K1. خصوصية المعلومات الصحية المحمية (PHI)

قد تشتمل المعلومات الواردة في سجل عضويتك على معلومات صحية محمية (PHI). وتشترط القوانين الفيدرالية والخاصة بالولاية أن نحفظ بخصوصية المعلومات الصحية الشخصية. نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية. للحصول على مزيد من التفاصيل حول كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)، راجع الفصل 8 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



الفصل 2: الموارد وأرقام الهواتف المهمة

مقدمة

يوفر لك هذا الفصل معلومات الاتصال للموارد المهمة التي يمكنها مساعدتك في الرد على أسئلتك بخصوص خططنا ومزايا الرعاية الصحية الخاصة بك. ويمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك وبالأخرين الذين يمكنهم الدفاع عنك. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

16	A. العناية بالعملاء
18	B. منسق رعايتك
20	C. خط استشارات التمريض
21	D. خط أزمات الصحة السلوكية
22	E. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP):
23	F. منظمة تحسين الجودة (QIO).
23	G. Medicare
24	H. Medi-Cal
25	I. مكتب أمين المظالم
26	J. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة
27	K. خطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة
28	L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا
28	M. الموارد الأخرى



A. العناية بالعملاء

اتصل على الرقم	1-800-452-4413 هذه المكالمات مجانية. من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
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 TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856
موقع الويب	blueshieldca.com/medicare

اتصل بالعناية بالعملاء للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات حول الخطة
- الاستفسارات المتعلقة بالمطالبات أو إصدار الفواتير
- 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 المتعلق برعايتك الصحية.
 - للتعرف على المزيد حول قرارات التغطية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.



- الالتماسات الخاصة برعايتك الصحية
 - يعد الالتماس وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة القرار الذي اتخذناه حول التغطية الخاصة بك وتغييره إذا كنت تعتقد أننا قد ارتكبنا خطأ ما أو لا نوافق على القرار.
 - للتعرف على المزيد حول تقديم التماس، راجع **الفصل 9** من كتيب **الأعضاء الخاص بك**.
- الشكاوى الخاصة برعايتك الصحية
 - يمكنك تقديم شكوى بشأننا أو أي مقدم خدمات (بما في ذلك مقدم خدمات غير تابع للشبكة أو تابع للشبكة). يقصد بمقدم الخدمات التابع للشبكة مقدم الخدمات الذي يعمل بالتعاون مع خطتنا.
 - يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية التي حصلت عليها إلينا أو لمنظمة تحسين الجودة (راجع **القسم (و) /دناه**).
 - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك على الرقم 1-800-452-4413.
 - إذا كانت شكواك تتعلق بقرار تغطية بشأن رعايتك الصحية، فيمكنك تقديم التماس (راجع **القسم أعلاه**).
 - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا 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 بشأن خطتنا إلى برنامج Ombuds Program من خلال الاتصال على الرقم 1-888-804-3536.
 - للتعرف على المزيد حول تقديم شكوى بشأن رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9** من كتيب **الأعضاء الخاص بك**.
- قرارات التغطية التأمينية المتعلقة بالأدوية المغطاة من Medicare
 - قرار التغطية التأمينية فيما يتعلق بأدويةك من Medicare هو قرار يخص:
 - مزاياك والأدوية المغطاة من Medicare أو
 - المبلغ الذي ندفعه لأدوية Medicare الخاصة بك.
- قد تتم تغطية الأدوية غير المغطاة من Medicare، مثل الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية وبعض الفيتامينات من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضاً الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273.
- لمزيد من المعلومات حول قرارات التغطية المتعلقة بأدوية وصفات Medicare، راجع **الفصل 9** من كتيب **الأعضاء الخاص بك**.



- **الالتماسات المتعلقة بأدوية Medicare**
 - الالتماس عبارة عن طريقة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.
 - لمزيد من المعلومات حول تقديم التماس بشأن الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare، **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- **الشكاوى المتعلقة بأدوية Medicare**
 - يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بنا أو أي صيدلية. وهذا يشمل شكوى بشأن أدوية وصفات Medicare الخاصة بك.
 - إذا كانت شكواك بشأن قرار تغطية الأدوية الموصوفة من Medicare، فيمكنك تقديم التماس. (راجع القسم أعلاه.)
 - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا 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 بشأن أدوية وصفات Medicare، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- **الدفع مقابل الرعاية الصحية أو أدوية Medicare التي دفعت مقابلها بالفعل**
 - لمزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا بالدفع لك، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
 - إذا طالبتنا بدفع فاتورة ورفضنا أي جزء من الطلب، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. **الفصل 9** من كتيب الأعضاء لديك.

B. منسق رعايتك

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك من خلال تنسيق عملية الرعاية. وسيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق رعايتك، وسيكون بمثابة جهة اتصال أساسية بالنسبة لك. عند التسجيل، سيتصل بك منسق الرعاية لإكمال تقييم المخاطر الصحية وخطة الرعاية المخصصة للأفراد. هذه هي الأدوات التي سيستخدمها منسق الرعاية للمساعدة في تحديد احتياجات رعايتك الصحية التي تناسبك وتخصيصها. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم أدناه.

اتصل على الرقم

1-888-548-5765 هذه المكالمات مجانية.

من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة

يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة	الهاتف النصي
Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856	المراسلة

اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية
 - الاستفسارات حول الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية واضطرابات استعمال العقاقير)
 - الاستفسارات المتعلقة بالنقل
 - الاستفسارات المتعلقة بالخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS)
- وتشمل الخدمات ووسائل الدعم المجتمعية (LTSS) برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) ومرافق التمريض (NF).
- تشير الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) إلى مجموعة واسعة من الخدمات التي تدعم البالغين الذين يحتاجون إلى مساعدة للعيش بشكل مستقل في المجتمع أو في مرفق رعاية 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 للمساعدة للاستمرار في العيش بصورة مستقلة، فيرجى الاتصال بمنسق الرعاية أو العناية بالمعلاء للحصول على إحالة.
- وتشمل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرنامج الخدمات المنزلية الداعمة (IHSS) وبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) والرعاية طويلة الأجل/الرعاية الوصائية.
- يمكنك أحيانًا الحصول على المساعدة فيما يتعلق بالرعاية الصحية اليومية واحتياجات المعيشة.
- يمكنك الحصول على هذه الخدمات:

- خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)،
- الرعاية التمريضية الحاذقة
- العلاج البدني،
- العلاج المهني،
- علاج النطق،

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- الخدمات الاجتماعية الطبية، و
- الرعاية الصحية المنزلية.

بناءً على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، يمكنك أيضاً تلقي دعم مجتمعي إضافي من خلال خطة Blue Shield Promise Medi-Cal Plan الخاصة بك. يمكن لمقدم الخدمات إحالتك إذا اعتقد أنك مؤهل لبرنامج Community Supports (الدعم المجتمعي) أو يمكنك التواصل مع العناية بالعملاء أو منسق رعايتك لمعرفة المزيد. يمكنك الحصول على هذه الخدمات:

- تكييفات الوصول البيئي (التعديلات المنزلية)،
- خدمات التقصي الانتقال السكني،
- ودائع الإسكان،
- إيجار السكن والخدمات المستدامة،
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا،
- خدمات الرعاية الشخصية وريبات المنازل،
- الرعاية العلاجية (الرعاية المؤقتة الطبية)،
- الرعاية المؤقتة لمقدمي الرعاية،
- السكن القصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى، أو
- مراكز الإرشاد.

C. خط استشارات التمريض

يوفر خط استشارات التمريض Blue Shield of California الدعم من خلال ممرضات مسجلات للرد على الأسئلة على مدار الساعة وطوال 7 أيام في الأسبوع. تتاح الممرضات عبر الهاتف للرد على الأسئلة المتعلقة بالصحة العامة وتوفير التوجيهات لموارد إضافية من أجل مزيد من المعلومات. من خلال خط استشارات التمريض، يمكن للأعضاء الحصول على ملخص بالمحادثة التي تم إرسالها لهم بالبريد الإلكتروني والتي تشمل على كل المعلومات والارتباطات للرجوع إليها بسهولة. يمكنك الاتصال بخط استشارات التمريض لطرح أسئلة حول صحتك أو رعايتك الصحية.

اتصل على
الرقم

304-0504 (877) هذه المكالمات مجانية.

24 ساعة في اليوم، على مدار أيام في الأسبوع

يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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.	الهاتف النصي
--	----------------------------

D. خط أزمات الصحة السلوكية

خط Access and Crisis Line في مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) 1-800-854-7771 هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية. 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 الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.	الاتصال
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.	الهاتف النصي

اتصل بخط أزمات الصحة السلوكية للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات الخاصة بالصحة السلوكية وخدمات تعاطي المواد
- عندما تكون لديك أسئلة حول الصحة العقلية وخدمات اضطرابات تعاطي المواد، اتصل بخدمات الصحة السلوكية التابعة لخطة Blue Shield of California Promise Health Plan على الرقم (855) 765-9701.

للأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة، راجع القسم (ك).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



E. برنامج 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.

اتصل على الرقم	(800) 434-0222 من الساعة 9 صباحًا إلى 4 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
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	California Department of Aging 1300 National Drive, Suite 200, Sacramento, CA 95834-1992
موقع الويب	/https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling

اتصل ببرنامج HICAP للحصول على المساعدة فيما يلي:

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



F. منظمة تحسين الجودة (QIO)

ولايتنا لديها منظمة تُعرف باسم منظمة تحسين جودة الرعاية المتمحورة حول الأسرة والمستفيد في (Livanta (BFCC - QIO. 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.

اتصل على الرقم	1-877-588-1123 من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة؛ من الساعة 11 صباحًا حتى 3 مساءً، من السبت إلى الأحد؛ ومن 7 صباحًا إلى 3:30 مساءً في العطلات.
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.
موقع الويب	https://livantaqio.com/en/states/california

تواصل مع مؤسسة منظمة تحسين جودة الرعاية المتمحورة حول الأسرة والمستفيد في (Livanta (BFCC - QIO للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات حول حقوق رعايتك 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 الحاذقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) ستنتهي قريبًا.

G. 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.

اتصل على الرقم	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات لهذا الرقم مجانية، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع.
----------------	--

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



1-877-486-2048 وهذه 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.	الهاتف النصي
medicare.gov هذا هو الموقع الرسمي لـ Medicare. فهو يوفر لك معلومات محدّثة حول Medicare. كما أنه يحتوي على معلومات حول المستشفيات ودور التمريض والأطباء والوكالات الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ودور رعاية المحتضرين. فهو يشتمل على مواقع ويب وأرقام هواتف مفيدة. كما أنه يحتوي على مستندات يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر الخاص بك. إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد تتمكن مكتبتك المحلية أو مركز كبار السن من مساعدتك في زيارة هذا الموقع باستخدام جهاز الكمبيوتر الخاص بهم. أو يمكنك الاتصال بـ Medicare على الرقم أعلاه وإعلامهم بما تبحث عنه. وسيجدون المعلومات على الموقع الإلكتروني ويراجعون المعلومات معك.	موقع الويب

Medi-Cal .H

Medi-Cal هو برنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. إنه برنامج تأمين صحي عام يوفر خدمات الرعاية الصحية المطلوبة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك العائلات التي لديها أطفال، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة، والرعاية بالتبني، والحوامل، والأفراد الذين يعانون من أمراض محددة مثل السل أو سرطان الثدي أو فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. يتم تمويل Medi-Cal من قبل حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية.

(800) 541-5555 متاح من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.	اتصل على الرقم
(800) 735-2922 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام.	الهاتف النصي
CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413	المراسلة
www.dhcs.ca.gov	موقع الويب

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



1. مكتب أمين المظالم

ويعمل مكتب أمين المظالم كمدافع عنك. حيث يمكنه الرد على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله. كما يمكن لمكتب أمين المظالم مساعدتك في مشاكل الخدمة أو الفواتير. لن ينحاز مكتب أمين المظالم تلقائيًا إلى أي شكوى. وهم يرون جميع الأطراف بطريقة نزيهة وموضوعية. ومن وظيفتهم المساعدة في وضع حلول عادلة لمشاكل الوصول إلى الرعاية الصحية. وتكون خدماته مجانية.

اتصل على الرقم	1-888-452-8609 هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، بين الساعة 8:00 صباحًا وإلى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي	711 هذه المكالمات مجانية.
المراسلة	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
موقع الويب	www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



ل. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

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

اتصل على الرقم	1-866-613-3777 هذه المكالمات مجانية. إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للخدمات الاجتماعية العامة لديها مركز خدمة عملاء (CSC) يقدم الخدمة لـ 33 من مكاتب المقاطعات. ساعات العمل من الاثنين حتى الجمعة، باستثناء الإجازات، من الساعة 7:30 صباحًا حتى الساعة 5:30 مساءً.
الهاتف النصي	1-877-735-2929 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
موقع الويب	https://dpss.lacounty.gov
اتصل على الرقم	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. إن خط الخدمة الذاتية متاح على مدار 24 الساعة وطوال 7 أيام في 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 لتتمكن من إجراء الاتصال.
المراسلة	San Diego County Health and Human Services Agency PO Box 85027 San Diego, CA 92186
موقع الويب	https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



K. خطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) في حال تلبيةك لمعايير الضرورة الطبية.

مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) 1-800-854-7771 هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع. يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى كأن تكون مطبوعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو مسجلة صوتيًا من خلال الاتصال بالرقم أعلاه. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية. مقاطعة San Diego (سان دييغو) 1-888-724-7240 هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، على مدار أيام الأسبوع. يتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.	اتصل على الرقم
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.	الهاتف النصي

اتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية المقدمة من المقاطعة
- وتشتمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة على سبيل المثال لا الحصر على:

- خدمات الصحة العقلية للمرضى الخارجيين
- الرعاية اليومية المكثفة
- الاستقرار والتدخل في الأزمات،
- إدارة الحالة المستهدفة
- العلاج الداخلي للبالغين
- العلاج الداخلي عند الأزمات.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.

L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تتطلع إدارة الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DMHC) بمسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن لمركز مساعدة DMHC مساعدتك في تقديم الالتماسات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal.

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

M. الموارد الأخرى

يقدم برنامج (HCA Health Consumer Alliance Ombuds Program) مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يكافحون من أجل الحصول على أو الحفاظ على التغطية الصحية وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية. إذا كانت لديك مشكلات مع:

- Medi-Cal
- Medicare
- خطتك الصحية
- الوصول إلى الخدمات الطبية
- تقديم التماس بخصوص الخدمات والأدوية والمعدات الطبية المثبتة (DME) وخدمات الصحة العقلية وما إلى ذلك.
- الفواتير الطبية
- IHSS (الخدمات المنزلية الداعمة)

يساعد Health Consumer Alliance في تقديم الشكاوى والالتماسات وجلسات الاستماع. رقم هاتف Health Consumer Alliance هو 1-888-804-3536.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



كيفية الاتصال بالوكالة الخاصة بالمسنين في منطقة مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) أو 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 والدعابة للمساهمات الإيجابية التي يقدمها كبار السن والأشخاص من ذوي الإعاقة.

Los Angeles (لوس أنجلوس) 1-888-202-4248 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. San Diego (سان دييغو) 1-800-510-2020 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.	اتصل على الرقم
711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.	الهاتف النصي
مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) Los Angeles County Department of Workforce Development, Aging and Community Services 3175 W. 6th St. Los Angeles, CA 90020 مقاطعة San Diego (سان دييغو) County of San Diego Health and Human Services Agency 1600 Pacific Highway, Room 206 San Diego, CA 92101	المراسلة
مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) /https://css.lacounty.gov مقاطعة San Diego (سان دييغو) /https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa/programs/ais	موقع الويب

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



كيفية الاتصال بمراكز مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) ومراكز مقاطعة San Diego (سان دييغو) الإقليمية

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. يوجد بولاية California (كاليفورنيا) 21 مركزًا إقليميًا مع أكثر من 40 مكتبًا في جميع أنحاء الولاية يقدمون الخدمات للأفراد الذين يعانون من إعاقات النمو وعائلاتهم. للوصول إلى Directory of Regional Centers (دليل المراكز الإقليمية)، انتقل إلى موقع الويب الموضح أعلاه.

مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) 1-916-654-1690 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. مقاطعة San Diego (سان دييغو) 1-858-576-2996 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.	اتصل على الرقم
مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس) 1-916-654-2054 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. يتعين أن يكون لديك جهاز هاتف مخصص لتتمكن من إجراء الاتصال.	الهاتف النصي
Los Angeles County P.O. Box 944202 Sacramento, CA 94244-2020 San Diego County Regional San Diego Center 4355 Ruffin Rd, Suite 200 San Diego, CA 92123	المراسلة
www.dds.ca.gov	موقع الويب

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



كيفية التواصل مع Neighborhood Legal Services of Los Angeles County

تقدم Neighborhood Legal Services of Los Angeles County (NLSLA) خدمات قانونية مجانية لهؤلاء الذين يحتاجون إليها. يمكن لـ NLSLA مساعدة الأشخاص في مختلف المشاكل القانونية بما في ذلك الإسكان وقانون الأسرة والأمن الاقتصادي والوصول إلى العدالة والتأمين الصحي والمزيد.

اتصل على الرقم	1-800-433-6251 الاثنين والأربعاء والجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا حتى 1:00 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	<u>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County</u> 13327 Van Nuys Boulevard Pacoima, CA 91131 1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731
موقع الويب	www.nlsla.org

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

بالإضافة إلى برنامج خدمات أمين المظالم 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 بالحصول والنزاعات التعاقدية وما إلى ذلك) والمزيد.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



اتصل على الرقم	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.lasdd.org

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية والخدمات الأخرى المغطاة

مقدمه

يحتوي هذا الفصل على قواعد ومصطلحات خاصة يجب عليك معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات المغطاة الأخرى من خلال خطتنا. 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 المتينة (DME). وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

A. معلومات حول الخدمات ومقدمي الخدمات	34
B. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا	35
C. منسق رعايتك	36
C1. ما المقصود بمنسق الرعاية	36
C2. كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك	36
C3. كيف يمكنك تغيير منسق الرعاية الخاص بك	37
D. الرعاية من مقدمي الخدمات	37
D1. الرعاية من طبيب الرعاية الأولية	37
D2. الرعاية من الأخصائيين ومقدمي خدمات آخرين تابعين للشبكة	39
D3. عندما يترك مقدم خدمات خطتنا	40
D4. مقدمو خدمات من خارج الشبكة	41
E. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد)	41
G. 1. خدمات الصحة السلوكية الخاصة ببرنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا	41
F. خدمات النقل	44
F1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة	44
F2. النقل لغير الحالات الطبية	45
G. الخدمات المغطاة في حالة الطوارئ الطبية، عند الضرورة العاجلة، أو في حالة حدوث كارثة	46



- 46.. G1. الرعاية في حالة الطوارئ الطبية.....
- 47.. G2. الرعاية الضرورية العاجلة.....
- 48.. G3. الرعاية في حالة حدوث كارثة.....
- 48.. H. ما الذي يجب عليك فعله في حال محاسبتك على الخدمات التي تغطيها خطتنا مباشرة.....
- 48.. H1. ما الذي يجب القيام به في حال عدم تغطية خطتنا للخدمات.....
- 49.. I. خدمات التغطية في دراسة بحثية سريرية.....
- 49.. I1. تعريف الدراسة البحثية السريرية.....
- 50.. I2. الدفع للخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية.....
- 50.. I3. المزيد حول الدراسات البحثية السريرية.....
- 50.. J. كيف تتم تغطية خدمات رعايتك الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.....
- 50.. J1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية.....
- 50.. J2. الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية.....
- 51.. K. المعدات الطبية المتينة (DME).....
- 51.. K1. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا.....
- 52.. K2. ملكية المعدات الطبية المتينة (DME) إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare.....
- 52.. K3. مزايا جهاز الأكسجين كعضو في خطتنا.....
- 52.. K4. جهاز الأكسجين عندما تقوم بالتبديل إلى Original Medicare.....

A. معلومات حول الخدمات ومقدمي الخدمات

تمثل الخدمات الرعاية الصحية (مثل زيارات الأطباء والعلاج الطبي) والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) والمستلزمات وخدمات الصحة السلوكية (بما في ذلك الصحة العقلية والعافية) وأدوية الوصفات الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية والمعدات والخدمات الأخرى. تتضمن الخدمات المغطاة أيًا من هذه الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS) المغطاة مدرجة في الفصل 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك. تتوفر أدوية الوصفات الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية المغطاة الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



يشمل **مقدمو الخدمات** كلاً من الأطباء والمرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الرعاية والخدمات. يشمل أيضاً 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 التابعين للشبكة هم مقدمو الخدمات الذين يعملون بالتعاون مع خطتنا. 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 الخدمات التي تغطيها خطتنا

تغطي خطتنا خدمات Medicare وتغطي أو تنسق جميع خدمات Medi-Cal. يشمل ذلك الصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS).

ستنسق خطتنا خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات ووسائل الدعم التكميلية (LTSS) التي تحصل عليها عند اتباعك لقواعدنا. لكي تتم تغطيتك من قبل خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها من **مزاي الخطّة**. وهذا يعني أننا ندرجه في مخطط المزايا الخاص بنا في راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- يتعين أن تكون الرعاية **ضرورية من الناحية الطبية**. الرعاية الضرورية من الناحية الطبية، نعني بالخدمات المهمة المعقولة والتي تحمي الحياة. الرعاية الضرورية من الناحية الطبية مطلوبة لمنع الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو الإصابة بإعاقة ويقلل من الألم الشديد من خلال علاج المرض أو الإصابة.
- للحصول على الخدمات الطبية، يجب أن يكون هناك **مقدم رعاية أولية (PCP)** تابع للشبكة يأمر بالرعاية أو يخبرك باستخدام مقدم خدمات آخر. كعضو بالخطّة، يتعين عليك اختيار مقدم خدمات تابع للشبكة ليصبح طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك.
 - في أغلب الحالات، يجب أن تعطيك خطتنا موافقة قبل أن تتمكن من استخدام مقدم خدمات ليس مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو استخدام مقدمي خدمات آخرين في شبكة خطتنا. ويسمى ذلك **إحالة**. في حالة عدم حصولك على الموافقة، قد لا نغطي الخدمات. لا تحتاج إلى إحالة للاستعانة بأخصائيين معيّنين مثل أخصائيي أمراض النساء.
 - ينتمي مقدمو الرعاية الأولية (PCP) التابعون لخطتنا إلى مجموعات طبية. عند اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تقوم أيضاً باختيار المجموعة الطبية التي يتبعها. وهذا يعني أن مقدم الرعاية الأولية الخاص بك يحيلك إلى أخصائيين وخدمات تابعة أيضاً لمجموعتهم 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 للرعاية الطارئة أو الرعاية العاجلة أو لاستخدام مقدم الخدمات الصحية النسائية. يمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية دون الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأولية (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم (D1) في هذا الفصل).
- يتعين عليك الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات بالشبكة التابعين للمجموعات الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP). في العادة، لن نغطي الرعاية المقدمة من مقدم الخدمات الذي لا يعمل مع خطتنا الصحية والمجموعة الطبية لمقدمي الرعاية الأولية. ويعني هذا أنه يتعين عليك الدفع لمقدم الخدمات



بالكامل مقابل الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة. فيما يلي بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:

- نغطي الرعاية الطارئة أو العاجلة من مقدم خدمات من خارج الشبكة (لمزيد من المعلومات حول ذلك، راجع القسم (H) في الفصل).
- إذا كنت بحاجة إلى الرعاية التي تغطيها خطتنا ولا يمكن لمقدمي الخدمات التابعين للشبكة تقديمها لك، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة. يعد التصريح مطلوبًا يجب الحصول عليه من الخطة قبل الحصول على الرعاية. وفي هذه الحالة، نغطي الرعاية كما لو كنت تحصل عليها من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة.
- نغطي خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا لفترة قصيرة أو عندما يكون مقدم الخدمات الخاص بك غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare.
- عندما ننضم لخطتنا لأول مرة، يمكنك المطالبة بمواصلة استخدام مقدمي الخدمات الحاليين. مع وجود بعض الاستثناءات، يتعين علينا الموافقة على هذا الطلب إذا كان بإمكاننا تأسيس علاقة حالية تربطك بمقدمي الخدمات. **الفصل 1** من كتيب الأعضاء لديك. إذا اعتمدنا طلبك، فيمكنك مواصلة استخدام مقدمي الخدمات الذين تستخدمهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهرًا للحصول على الخدمات. خلال هذه الفترة، سيتصل بك منسق الرعاية الخاص بك لمساعدتك في العثور على مقدمي الخدمات في شبكتنا التابعين للمجموعة الطبية لطبيب الرعاية الأولية. بعد مرور 12 شهرًا، لن نتمكن من تغطية الرعاية الخاصة بك إذا كنت لا تزال تراجع مقدمي الخدمات غير الموجودين بشبكتنا وغير المنتمين لمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاصة بنا.

الأعضاء الجدد في Blue Shield TotalDual Plan: في أغلب الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا Medicare في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلب التسجيل في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، ستتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield Promise Health Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711) إذا كانت لديك أي أسئلة.

C. منسق رعايتك

C1. ما المقصود بمنسق الرعاية

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك من خلال تنسيق عملية الرعاية. وسيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق رعايتك وسيكون بمثابة جهة الاتصال الرئيسية ومصدر المعلومات لك. بعد التسجيل، سيتصل بك منسق الرعاية لتقديم نفسه ومساعدتك في إكمال تقييم المخاطر الصحية لتحديد احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

C2. كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال على الرقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بمجرد أن تبدأ العمل مع منسق الرعاية، يمكنك أيضًا الاتصال به من خلال الاتصال بخط هاتفه المباشر.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



C3. كيف يمكنك تغيير منسق الرعاية الخاص بك

لطلب تغيير منسق الرعاية الخاص بك، يمكنك الاتصال بالرقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

D. الرعاية من مقدمي الخدمات**D1. الرعاية من طبيب الرعاية الأولية**

يتعين عليك اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) لتقديم الرعاية 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 (PCP) وما الذي يفعله من أجلك

مقدم 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، أو ممارس عام، أو مقدم خدمات الطب الباطني، أو أخصائي 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 يكون الأخصائي مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، اتصل بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهواتف وساعات العمل مكتوبة 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 للمُسجلين بخطة التأمين الصحي. عند اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، فإنك تقوم أيضًا باختيار المجموعة الطبية التي يتبعها. وهذا يعني أن مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك سيقوم بإحالتك إلى الأخصائيين والخدمات التي تتبع أيضًا مجموعته الطبية.

وفي معظم الحالات، يجب عليك زيارة مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك 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 سنوياً. وبمجرد موافقة المجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك على هذه الحالة، 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. يطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "التصريح المسبق".

اختيارك لمقدم PCP

عندما تصبح عضواً بخطتنا، فيجب أن تختار مقدم خدمات بالخطة ليكون مقدم رعايتك الأولية.

لاختيار PCP، 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
- زيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان www.blueshieldca.com/medicare والبحث عن مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي ترغب به، أو
- اتصل بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual 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 متاحاً أو يقبل مرضى جددًا، يُرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات المتوفر على الموقع الإلكتروني، أو الاتصال بالعناية بالعملاء (تمت طباعة رقم الهاتف وساعات العمل في الجزء السفلي من هذه الصفحة).

إذا كان يوجد ضمن خطة Blue Shield TotalDual Plan أخصائي معين أو مستشفى محددة تريد أي منهما، فمن المهم معرفة ما إذا كانا تابعين للمجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية. يمكنك النظر في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات المتوفر على موقعنا على الويب blueshieldca.com/MAPDdocuments2023 أو مطالبة العناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan بالتحقق لمعرفة ما إذا كان مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تريده يقوم بإحالات إلى هذا الأخصائي أو يستخدم تلك المستشفى.

خيار تغيير PCP

يمكنك تغيير PCP لأي سبب وفي أي وقت. كما أنه يحتمل أن يقوم طبيب الرعاية الأولية بالانسحاب من شبكة خطتنا. إذا انسحب PCP من شبكتنا، فيمكننا مساعدتك في العثور على PCP جديد في شبكتنا.

يمكنك اتباع الخطوات الواردة في "اختيارك PCP" أعلاه لتغيير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. 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 PCP جديد وكذلك المجموعة الطبية التي يتبعها في اليوم الأول من الشهر التالي لتقديم طلب تغيير PCP الخاص بك.

تتم طباعة اسم PCP الخاصة بك ورقم هاتف مكتبه على بطاقة عضويتك. إذا قمت بتغيير PCP الخاص بك، فستحصل على بطاقة عضوية جديدة. ينتمي PCP التابعون لخطتنا إلى مجموعات طبية. إذا قمت بتغيير طبيب الرعاية الأولية، فربما تقوم بهذا الإجراء بتغيير المجموعات الطبية أيضاً. عندما تطلب إجراء تغيير، فأخبر قسم خدمات الأعضاء إذا كنت تستخدم أخصائياً أو تحصل على خدمات أخرى مغطاة يجب أن تحصل على موافقة PCP. تساعدك خدمات الأعضاء في مواصلة تلقي الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى عند تغيير PCP الخاص بك.

الخدمات التي يمكنك الحصول عليها بدون موافقة من مقدم الرعاية الأولية

في أغلب الحالات، تحتاج إلى موافقة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل استخدام مقدمي الخدمات الآخرين. يُطلق على هذه الموافقة اسم إحالة. يمكنك الحصول على الخدمات مثل تلك الخدمات المدرجة أدناه بدون الحصول على موافقة من مقدم 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 خطتنا أو خلال عطلة نهاية الأسبوع).
- **ملاحظة:** يجب أن تكون الرعاية الضرورية العاجلة ضرورية على الفور وضرورية من الناحية الطبية.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى الطبي المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا. اتصل بالعناية بالعملاء قبل مغادرة منطقة الخدمات. يمكننا مساعدتك في عمل غسيل الكلى عندما تكون بالخارج.
- لقاحات الأنفلونزا، ولقاحات COVID-19 ولقاحات التهاب الكبد B ولقاحات الالتهاب 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 مستحقاً لتلقي خدمات من مقدمي الرعاية الصحية الهنود، فقد تستخدم 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، مثل:

- 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 مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك 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. سيبذل 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 بالمعلاء. للحصول على مزيد من المعلومات عن الخدمات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً، يُرجى الاطلاع على مخطط المزايا الوارد بالفصل 4، القسم (د).

D3. عندما يترك مقدم خدمات خطتنا

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

- على الرغم من أن شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بنا قد تتغير خلال السنة، إلا أنه يجب أن توفر لك الفرصة دائماً للتواصل مع مقدمي خدمات مؤهلين.
- نبذل جهداً بحسن نية لنقدم لك إخطاراً قبلها بمدة 30 يوماً على الأقل، بحيث يكون أمامك وقت كافٍ لتحديد مقدم خدمات جديد.
- نساعدك على اختيار مقدم خدمات مؤهل جديد لمواصلة إدارة احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي معين، فلديك الحق في طلب الاستمرار في تلقي العلاج اللازم طبيًا، وسنتعاون معك لضمان ذلك.
- إذا لم تتمكن من العثور على أخصائي مؤهل تابع للشبكة في متناولك، فيجب أن نرتب أخصائياً من خارج الشبكة لتقديم رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نضع محل مقدم الخدمات السابق مقدم خدمات مؤهلاً، أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد، فلديك الحق في تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة أو تظلم بشأن جودة الرعاية أو كليهما. (راجع الفصل 9 لمزيد من المعلومات).

إذا اكتشفت أن أحد مقدمي الخدمات الخاص بك قد غادر خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك في العثور على مقدم خدمات جديد وإدارة رعايتك. اتصل بالعناية بالمعلاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وعند إجراء الاتصال، تأكد من إبلاغ العناية بالمعلاء إذا ما كنت تزور أخصائيين أو تحصل على خدمات أخرى مغطاة تستلزم موافقة



PCP (مثل الخدمات الصحية المنزلية والأجهزة الطبية المعمرة). وسيساعدك قسم العناية بالعملاء في ضمان استمرار تلقي الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى التي كنت تحصل عليها عند تغيير PCP الخاصة بك. وسيتحقق أيضاً مما إذا كان PCP الذي ترغب في الانتقال إليه يقبل مرضى جددًا أم لا. ستغير العناية بالعملاء سجل عضويتك لإظهار اسم PCP الجديد وكذلك إخبارك بموعد سريان التغيير إلى PCP الجديد.

D4. مقدمو 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. ما لم تكن تتلقى خدمات طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل. في هذه الحالة، ستدفع القيمة نفسها التي كنت ستدفعها في حالة حصولك على الرعاية من مقدم الخدمات المنتمي إلى الشبكة.

إذا استخدمت 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 باستخدام مقدم خدمات ليس مؤهلاً للمشاركة في Medicare، فيجب أن تدفع كامل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها.
- يجب أن يخبرك مقدمو الخدمة بما إذا كانوا مؤهلين للمشاركة في Medicare أو لا.

E. خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المواد)

F. يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا التي يغطيها Medicare وMedi-Cal. توفر خطتنا خدمات الصحة السلوكية المغطاة الوصول إلى خدمات الصحة السلوكية المغطاة من قبل Medicare. لا توفر خطتنا خدمات الصحة السلوكية المغطاة من Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العقلية (LACDMH) وإدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العامة (LACDPH) وخدمات الصحة السلوكية بمقاطعة سان دييغو.

G. 1. خدمات الصحة السلوكية الخاصة ببرنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا

H. تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية بالمقاطعة (MHP) في حال تلبية معايير الوصول إلى خدمات الصحة العقلية المتخصصة. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة لدى Medi-Cal المقدمة من قبل إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العقلية (LACDMH) وإدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العامة (LACDPH) وخدمات الصحة السلوكية لمقاطعة سان دييغو ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- الرعاية اليومية المكثفة
- إعادة التأهيل اليومية

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- 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

تتوفر لك خدمات نظام التوصيل المنظم لأدوية Medi-Cal أو Medi-Cal من خلال إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العقلية (LACDMH) وإدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العامة (LACDPH) وخدمات الصحة السلوكية بمقاطعة سان دييغو إذا كنت تفي بمعايير تلقي هذه الخدمات. تتضمن خدمات الأدوية لدى Medi-Cal المقدمة من قبل إدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العقلية (LACDMH) وإدارة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العامة (LACDPH) وخدمات الصحة السلوكية لمقاطعة 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
- تتضمن خدمات نظام التوصيل المنظم للأدوية من Medi-Cal ما يلي:

- خدمات المرضى الخارجيين العادية والمكثفة
- أدوية علاج الإدمان (تعرف أيضًا باسم العلاج المساعد على الأدوية)
- الإقامة/المرضى الداخليين
- إدارة الانسحاب
- خدمات علاج الإدمان
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية

بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات المرضى الداخليين الطوعية لإزالة السموم في حال استيفائك للمعايير.



توافر خدمات الصحة السلوكية

لديك مجموعة كبيرة من الخدمات المتاحة لك. يمكنك الرجوع بنفسك إلى مقدم الخدمات المتعاقد معه، ويمكن أيضًا 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)
- LA County Department of Public Health (دائرة مقاطعة لوس أنجلوس للصحة العامة)، قسم مراقبة ومكافحة إساءة استخدام العقاقير (يُرجى الاتصال على 888-742-7900 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع).
- County of San Diego Behavioral Health - Services Substance Use Disorder Service (يرجى الاتصال بالرقم 888-724-7240 (الهاتف النصي: 711)، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع).
- خط الصحة السلوكية لخطة Blue Shield TotalDual Plan (يرجى الرجوع إلى الفصل 2، القسم (د) من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)
- العناية بالمعلاء بخطة Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قبل خبراء الصحة السلوكية وجهات معنية أخرى، وهي تتفق مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة

إذا كنت تتلقى خدمات من خطة Blue Shield TotalDual Plan أو من المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك إلى جهة أخرى بما يتوافق مع احتياجاتك كعضو. ويمكن لخطة Blue Shield TotalDual Plan أو 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 TotalDual Plan، فستستمر في تلقي رعاية الصحة السلوكية اللازمة طبيًا، بما في ذلك الأدوية الموصوفة، حتى تتم تسوية الخلاف. تتعاون خطة Blue Shield TotalDual Plan مع المقاطعة في تطوير عمليات حل مشكلات مناسبة ولا تؤثر سلبًا على الخدمات التي تحتاج إلى تلقيها. يمكنك أيضًا استخدام عملية الالتزامات في خطة Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، اعتمادًا على الجهة المتنازع معها.



F. خدمات النقل

F1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة

يحق لك الحصول على النقل الطبي لغير حالات الطوارئ إذا كانت لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام سيارة أو حافلة أو سيارة أجرة في مواعيدك. يمكن توفير النقل الطبي لغير حالات الطوارئ للخدمات المغطاة مثل الخدمات الطبية وطب الأسنان والصحة العقلية وتعاطي المواد ومواعيد الصيدلية. إذا كنت بحاجة إلى النقل الطبي لغير حالات الطوارئ، فيمكنك الاتصال **Call The Car** على الرقم 1-877-433-2178 (الهاتف النصي 711)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع، أو استخدام تطبيق **CTC Go** للجوال لتحديد المواعيد والتعديل وتعقب وإلغاء الحجوزات. المواعيد غير العاجلة، يجب إجراء الحجوزات قبل موعدك بـ 24 ساعة. يمكن لمقدم الخدمات أو موفر النقل لدينا، **Call The Car**، مساعدتك في تحديد أفضل نوع من وسائل النقل لتلبية احتياجاتك.

النقل الطبي لغير حالات الطوارئ عبارة عن سيارة إسعاف أو سيارة للمرضى مزودة بنقلات أو سيارة مجهزة بكراسي متحركة أو نقل جوي. يتيح **Blue Shield TotalDual Plan** وضع النقل المغطاة بأقل تكلفة ووسائل النقل الطبية غير الطارئة الأنسب لاحتياجاتك الطبية عندما تحتاج إلى وسيلة نقل إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا كان بإمكانك التنقل من الناحية البدنية أو الطبية عبر سيارة مجهزة بكراسي متحركة، فإن **Blue Shield TotalDual Plan** لن تدفع مقابل استخدام سيارة إسعاف. ولا تكون مؤهلاً للنقل الجوي إلا إذا كانت حالتك الطبية تجعل أي شكل من أشكال النقل البري المستحيل.

يجب استخدام النقل الطبي لغير حالات الطوارئ عندما:

- تحتاج إليها من الناحية البدنية أو الطبية على النحو المحدد من خلال تصريح كتابي من مقدم الخدمات الآخر لأنك غير قادر على استخدام الأوتوبيس أو التاكسي أو السيارة أو الشاحنة الصغيرة للوصول إلى موعدك.
 - تحتاج إلى مساعدة من السائق إلى ومن محل إقامتك أو المركبة أو مكان العلاج بسبب إعاقة بدنية أو عقلية.
- بالنسبة للمواعيد العاجلة، يرجى الاتصال بأسرع وقت ممكن. لا تتطلب المواعيد العاجلة إخطارًا مسبقًا قبل 24 ساعة. تتضمن **المواعيد العاجلة** ما يلي:

- غسيل الكلي
- الخروج من المستشفى
- متابعة الجراحة
- العلاج الكيميائي
- العلاج الإشعاعي
- نقل مرضى المستشفى إلى المستشفى/SNF
- رعاية الجروح
- مراكز الرعاية العاجلة

قم بتجهيز بطاقة هوية عضويتك معك عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.



حدود النقل الطبي

تغطي Blue Shield TotalDual Plan النقل الطبي الأقل تكلفة الذي يلبي احتياجاتك الطبية من منزلك إلى أقرب مقدم خدمات يتوفر فيه موعد. لن يتم توفير النقل الطبي إذا لم يغطي برنامج Medicare أو Medi-Cal الخدمة. إذا كان نوع الموعد خاضعاً لتغطية Medi-Cal ولكن ليس من خلال الخطة الصحية، فإن Blue Shield TotalDual Plan ستساعدك في تحديد موعد النقل. توجد قائمة بالخدمات المغطاة في من هذا الكتيب. لا تتم تغطية النقل خارج منطقة الخدمات أو شبكة Blue Shield TotalDual Plan ما لم يتم التصريح مسبقاً بذلك.

F2. النقل لغير الحالات الطبية

تشتمل مزايا النقل لغير الحالات الطبية على التنقل من وإلى مواعيدك لخدمة مصرح بها من قبل مقدم الخدمات الخاص بك. يمكنك الحصول على وسيلة نقل مجاناً عندما:

- تنتقل من وإلى موعد للحصول على -الخدمة المسموح بها من قبل مقدم الخدمات.
- الحصول على الوصفات الطبية والمستلزمات الطبية.

تتيح لك Blue Shield TotalDual Plan استخدام سيارة أو سيارة أجرة أو حافلة أو وسيلة نقل عامة/خاصة أخرى للوصول إلى موعدك غير الطبي للحصول على الخدمات المصرح بها من قبل مقدم الخدمات الخاص بك. تستخدم Blue Shield TotalDual Plan خدمة Call the Car لترتيب النقل لغير الحالات الطبية. نغطي أقل تكلفة، نوع النقل غير الطبي الذي يلبي احتياجاتك.

في بعض الأحيان، يمكن تعويضك عن عمليات النقل في سيارة خاصة تقوم بترتيبها. يتعين على Blue Shield TotalDual Plan اعتماد ذلك قبل حصولك على وسيلة النقل، ويجب أن نخبرنا لماذا لا يمكنك الحصول على وسيلة نقل بطريقة أخرى، مثل ركوب الحافلة. يمكنك إخبارنا من خلال الاتصال أو البريد الإلكتروني، أو شخصياً. لا يمكن تعويضك عن القيادة بنفسك.

يتطلب سداد تكلفة قطع الأميال ما يلي:

- رخصة القيادة للسائق
- تسجيل سيارة السائق
- إثبات تأمين السيارة للسائق

لطلب وسيلة نقل، اتصل بـ Call the Car على الرقم 1-877-433-2178 (الهاتف النصي 711)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع قبل موعدك بأربع وعشرين (24) ساعة على الأقل (من الاثنين إلى الجمعة). بالنسبة للمواعيد العاجلة، يرجى الاتصال بأسرع وقت ممكن. قم بتجهيز بطاقة هوية عضويتك معك عند الاتصال. يمكنك أيضاً الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بعيادة Indian Health Clinic المحلية لطلب النقل غير الطبي.

حدود النقل لغير الحالات الطبية

توفر Blue Shield TotalDual Plan أقل تكلفة للنقل غير الطبي الذي يلبي احتياجاتك من منزلك إلى أقرب مقدم خدمات حيث يتوفر موعد. لا يمكنك القيادة بنفسك أو تعويضك مباشرة.

لا يتم تطبيق النقل لغير الحالات الطبية في الحالات التالية:



- يلزم توفر سيارة إسعاف أو شاحنة نقالات أو سيارة مزودة بكرسي أو وسيلة أخرى من وسائل النقل الطبي لغير حالات الطوارئ للوصول إلى الخدمة.
- تحتاج إلى مساعدة من السائق إلى ومن محل إقامتك أو المركبة أو مكان العلاج بسبب حالة بدنية أو عقلية.
- كنت على كرسي متحرك وغير قادر على الانتقال داخل وخارج السيارة دون مساعدة من السائق.
- لا تتم تغطية الخدمة من قبل Medicare أو Medi-Cal.

G. الخدمات المغطاة في حالة الطوارئ الطبية، عند الضرورة العاجلة، أو في حالة حدوث كارثة

G1. الرعاية في حالة الطوارئ 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، يمكن 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.

إذا كنت تعاني من إحدى الحالات الطارئة طبيًا:

- **احصل على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل برقم 911 أو استخدم أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل للحصول على سيارة إسعاف إذا كنت بحاجة إليها. لا تحتاج إلى موافقة أو إحالة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. لست بحاجة إلى الاستعانة بمقدم خدمات تابع للشبكة. قد تحصل على الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، أو في أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها أو في جميع أنحاء العالم، من أي مقدم خدمات له ترخيص مناسب من الولاية.
- **أخبر خطتنا في أسرع وقت ممكن بشأن حالتك الطارئة.** سنقوم بمتابعة رعايتك الطارئة. يجب عليك أنت أو شخص آخر الاتصال لإخبارنا بشأن رعايتك الطارئة، عادة في غضون 48 ساعة. ومع ذلك، لن تدفع مقابل الخدمات الطارئة إذا تأخرت في إخبارنا. اتصل بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. يوجد رقم هاتف العناية بالعملاء الخاص بنا على بطاقة هوية عضويتك.



الخدمات المغطاة في حالة طارئة طبية

في 2023، تُقدم Blue Shield TotalDual Plan لأعضائنا التغطية الطبية الطارئة متى احتجت إليها في أي مكان في العالم. لا يوجد حد لتغطية الخطة للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة كل عام. لمعرفة المزيد، انظر مخطط المزايا في الفصل 4، القسم (د).

إذا كنت بحاجة إلى سيارة إسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، فإن خطتنا تغطي ذلك. لمعرفة المزيد، ارجع إلى مخطط المزايا في الفصل 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

تغطي خطتنا خدمات الرعاية الطارئة والعاجلة على مستوى العالم خارج الولايات المتحدة وأراضيها في ظل الظروف التالية، دون وجود حد سنوي مجمع. انظر "الرعاية في حالات الطوارئ" و"الخدمات الضرورية العاجلة" في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4 من هذا المستند لمزيد من المعلومات عن المبلغ الذي تدفعه.

يقرر مقدمو الخدمات الذين يقدمون لك الرعاية الطارئة متى تكون حالتك مستقرة وانهاء حالة الطوارئ الطبية. وسيواصلون علاجك وسيصلون بنا لوضع خطط إذا كنت بحاجة إلى رعاية متابعة للتحسن.

تغطي خطتنا رعاية المتابعة الخاصة بك. في حال حصولك على الرعاية الطارئة من مقدمي خدمات من خارج الشبكة، سنحاول الحصول على مقدمي خدمات تابعين للشبكة لتولي رعايتك في أسرع وقت ممكن.

الحصول على الرعاية الطارئة إذا لم تكن طارئة

قد يكون من الصعب أحياناً عليك معرفة إذا ما كانت الحالة التي لديك هي حالة طوارئ طبية أو متعلقة بالصحة السلوكية. يمكنك الذهاب للحصول على رعاية الطوارئ ويقول الطبيب إنها لم تكن حالة طارئة حقاً. في حال اعتقدت بشكل معقول أن صحتك كانت في خطر كبير، سنقوم بتغطية رعايتك.

بعد أن يقول الطبيب إن الحالة لم تكن حالة طارئة، فإننا لا نغطي رعايتك الإضافية إلا في الحالات التالية:

- استخدامك لمقدم خدمات تابع للشبكة أو
- تعتبر الرعاية الإضافية التي تحصل عليها "رعاية ضرورية عاجلة" وأنت تتبع القواعد (راجع القسم (ح) 2) للحصول عليها.

G2. الرعاية الضرورية العاجلة

الرعاية الضرورية العاجلة عبارة عن رعاية تحصل عليها في حالة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، قد تعاني من اشتعال حالة مؤقتة أو التهاب حاد في الحلق يحدث خلال عطلة نهاية الأسبوع وتحتاج إلى علاج.

الرعاية الضرورية العاجلة في منطقة خدمات خطتنا

في أغلب الحالات، نقوم بتغطية الرعاية الضرورية العاجلة فقط في الحالات التالية:

- تحصل على هذه الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة و
- اتباعك للقواعد الموضحة في هذا الفصل.

إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى مقدم خدمات تابع للشبكة، فنقوم بتغطية الرعاية الضرورية العاجلة التي حصلت عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة.



الرعاية الضرورية العاجلة خارج منطقة خدمات خطتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا، فقد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة. في هذه الحالة، تغطي خطتنا الرعاية الضرورية العاجلة التي حصلت عليها من أي مقدم خدمات.

تقدم Blue Shield TotalDual Plan لأعضائنا التغطية الطبية الضرورية العاجلة متى احتجت إليها وفي أي مكان في العالم. لا يوجد حد لتغطية الخطة للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة كل عام. لمعرفة المزيد، انظر مخطط المزايا في الفصل 4، القسم (D).

إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة أثناء وجودك خارج الولايات المتحدة وأراضيها، فاتصل على Blue Shield Global Core Services Center على الرقم المجاني 810-2583 (800)، أو اتصل على الرقم 673-1177 (804)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. وفي حالات الطوارئ، يمكنك الذهاب مباشرة إلى أقرب مستشفى لك، ويجب عليك أيضًا الاتصال برقم العناية بالعملاء الموضح على الجزء الخلفي من بطاقة هوية العضو الخاصة بك. كجزء من هذه الخدمة، لرعاية المرضى الداخليين بالمستشفى، يمكنك التواصل مع مركز خدمات Blue Shield Global Core لترتيب الوصول غير النقدي. إذا قمت بالترتيب للوصول غير النقدي، فإنك مسؤول عن النفقات النثرية المعتادة مثل مبالغ المشاركة في السداد والرسوم غير المغطاة. إذا لم تقم بترتيب الوصول بدون نقدية، فسيتعين عليك دفع الفاتورة الكاملة لرعايتك الطبية وتقديم طلب التعويض (انظر الفصل 2، أين ترسل طلبًا يطلب منا دفع حصتنا من تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء الذي تلقيناه).

G3. الرعاية في حالة حدوث كارثة

في حال 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 خطتنا.

تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها عند إعلان حدوث كارثة: www.blueshieldca.com/medicare.

أثناء حدوث الكارثة المعلن عنها، وإذا تعذر عليك الاستعانة بمقدم خدمات تابع للشبكة، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة دون أي تكلفة عليك. إذا تعذر عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة أثناء حدوث كارثة معلن عنها، فيمكنك صرف الأدوية الموصوفة طبياً من صيدلية خارج الشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات.

H. ما الذي يجب عليك فعله في حال محاسبتك على الخدمات التي تغطيها خطتنا مباشرة

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

يحظر عليك دفع الفاتورة بنفسك. إذا قمت بذلك، فقد لا نتمكن من رد المبلغ لك.

إذا قمت بالدفع مقابل خدماتك المغطاة أو إذا دفعت أكثر من قيمة تقاسم التكاليف لخطتك مقابل الخدمات المغطاة أو في حال حصولك على فاتورة بالتكلفة الكاملة للخدمات الطبية المغطاة، فارجع إلى الفصل 7 من كتيب الأعضاء لمعرفة ما يجب عليك القيام به.

H1. ما الذي يجب القيام به في حال عدم تغطية خطتنا للخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- المحددة بأنها ضرورية من الناحية الطبية، و



- المدرجة في مخطط المزايا بخطتنا (راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء) و
- التي تحصل عليها باتباع قواعد الخطة.

راجع الفصل 9 في حال حصولك على الخدمات التي لا تغطيها خطتنا، فإنك تدفع التكلفة بأكملها بنفسك.

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

من يوضح الفصل 9 كتيب الأعضاء ما يجب عليك فعله إذا كنت تريد منا تغطية بند أو خدمة طبية. كما يوضح لك أيضًا كيفية تقديم التماس لقرار التغطية الخاص بنا. اتصل بالعناية بالعملاء لمعرفة المزيد حول حقوق الالتماس الخاصة بك.

ندفع مقابل بعض الخدمات حتى حد معين. إذا كنت تستخدم أكثر من الحد، فإنك تدفع التكلفة الكاملة للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمة. اتصل بالعناية بالعملاء لمعرفة حدود المزايا وكم من المزايا التي استخدمتها.

1. خدمات التغطية في دراسة بحثية سريرية

1.1 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. عادة ما تطلب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare وجود متطوعين في الدراسة.

بمجرد موافقة Medicare على دراسة تريد أن تكون جزءًا بها، يتصل بك شخص يعمل في الدراسة. يخبرك هذا الشخص بالدراسة ويكتشف ما إذا كنت مؤهلًا لتكون جزءًا منها. يمكن أن تكون جزءًا من الدراسة طالما تستوفي الشروط المطلوبة. يتعين عليك فهم وقبول ما يجب عليك فعله في الدراسة.

أثناء وجودك في الدراسة، يمكنك البقاء مسجلًا في خطتنا. بهذه الطريقة، تواصل خطتنا تغطيتك فيما يتعلق بالخدمات والرعاية غير المتعلقة بالدراسة.

إذا كنت ترغب في المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلن تحتاج إلى الحصول على موافقة 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 التابعين للشبكة.

تغطي خطة Blue Shield Promise Medi-Cal Plan تكاليف رعاية المرضى الروتينية للمرضى المقبولين في التجارب السريرية للمرحلة الأولى أو المرحلة الثانية أو المرحلة الثالثة أو الرابعة إذا كانت متعلقة بالوقاية من السرطان أو الكشف عنه أو علاجه أو الحالات الأخرى التي تهدد الحياة وفي حالة إجراء الدراسة من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)، مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) أو مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS). يتعين اعتماد الدراسات من قبل المعاهد الوطنية للصحة أو إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو وزارة الدفاع أو إدارة المحاربين القدامى.

نشجعك على إخبارنا قبل المشاركة في دراسة بحثية سريرية.

إذا كنت تخطط لتكون جزءًا من دراسة بحثية سريرية، فيجب عليك أنت أو منسق الرعاية الخاص بك الاتصال بالعناية بالعملاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.



12. الدفع للخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت لإجراء دراسة بحثية سريرية توافق عليها Medicare، فلن تدفع شيئاً مقابل الخدمات المغطاة بموجب الدراسة. يدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات المغطاة بموجب الدراسة وكذلك التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. بمجرد التحاقك بدراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، تتم تغطية معظم الخدمات والبنود التي حصلت عليها كجزء من الدراسة. ويشتمل ذلك على:

- الإقامة في المستشفى والوجبات يغطيها برنامج Medicare حتى إن لم تكن جزءاً من الدراسة.
- عملية جراحية أو إجراء طبي آخر يعتبر جزءاً من الدراسة البحثية.
- علاج أي أعراض جانبية ومضاعفات للرعاية الجديدة.

إذا كنت جزءاً من دراسة لم يعتمدها Medicare، فستدفع أي تكاليف متعلقة بالدراسة.

13. 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. ويمكنك أيضاً الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ل. كيف تتم تغطية خدمات رعايتك الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

1J. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية عبارة عن مكان يقدم الرعاية التي تحصل عليها عادة في مستشفى أو مرفق رعاية ترفيهية متخصصة. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مرفق رعاية ترفيهية حاذقة مخالفاً لمعتقداتك الدينية، فإننا نغطي الرعاية في مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية. هذه الميزة مخصصة فقط لخدمات المرضى الداخليين بالجزء (أ) من برنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

2J. الرعاية من مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية

للحصول على الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية، يتعين عليك التوقيع على 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.



ليتم 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 يتم تقديمها لك في المرفق:
 - يجب أن تكون لديك حالة طبية تتيح لك الحصول على خدمات مغطاة فيما يتعلق برعاية المرضى الداخليين بالمستشفى أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية 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، يرجى الرجوع إلى مخطط المزايا في الفصل 4، القسم (D).

K. المعدات الطبية المتينة (DME)

K1. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا

تشتمل المعدات الطبية المتينة (DME) على معدات معينة ضرورية من الناحية الطبية طلبها مقدم خدمات مثل 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 والأجهزة المساعدة على الكلام ومعدات الأكسجين والمستلزمات والردادات والمشايات.

ستمتلك دائمًا عناصر معينة مثل الأطراف الصناعية.

في هذا القسم، نناقش المعدات الطبية المتينة (DME) الذي عليك استجاره. في Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يوجرون أنواعًا معينة من المعدات الطبية المتينة هذه المعدات بعد دفع مبالغ المشاركة في السداد لهذه القطعة لمدة 13 شهرًا. كعضو في خطتنا، لن تمتلك عادة المعدات الطبية المتينة بغض النظر عن مدى الفترة التي استأجرتها خلالها.

في حالات معينة، قد تنتقل Blue Shield TotalDual Plan ملكية المعدات الطبية المعمرة إليك اعتمادًا على ما إذا كنت تلبى 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
- إذا كان الجهاز أو المعدة مصممة لتكون مناسبة لك.

اتصل بالعناية بالعملاء لمعرفة المتطلبات التي يتعين عليك استيفاؤها والأوراق التي يجب عليك تقديمها.

حتى إذا كان لديك معدات طبية متينة لمدة تصل إلى 12 شهرًا على التوالي بموجب Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، فلن تمتلك المعدات.



K2. ملكية المعدات الطبية المتينة (DME) إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare

في حال عدم حصولك على ملكية المعدات الطبية المتينة أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة متتالية بعد التحويل إلى Original Medicare لامتلاك العنصر. لا تحتسب الدفعات التي دفعتها أثناء عضويتك في خطتنا ضمن هذه الدفعات الثلاث عشرة المتتالية.

في حال دفعك أقل من 13 دفعة للعنصر التابع للمعدات الطبية المعمرة بموجب Original Medicare قبل التحاقك بخطتنا، فإن دفعاتك السابقة أيضًا لا تعد ضمن الـ 13 دفعة المتتالية. يتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة متتالية بعد عودتك إلى Original Medicare لامتلاك العنصر. ليست هناك أي استثناءات لهذه الحالة عند عودتك إلى Original Medicare.

K3. مزايا جهاز الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين المغطاة من قبل Medicare وكنت عضواً في خطتنا، فإننا نغطي:

- 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.

K4. جهاز الأكسجين عندما تقوم بالتبديل إلى Original Medicare

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

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية بعد استئجارها لمدة 36 شهراً، يتعين على المورد الخاص بك تقديم:

- معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهراً أخرى.
- جهاز الأكسجين والمستلزمات لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا لزم الأمر من الناحية الطبية.
- إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية في نهاية فترة الخمس سنوات:
- لا يكون المورد مطالباً بتوفيره، ويمكنك اختيار الحصول على جهاز بديل من أي مورد.
- تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
- ستقوم بالاستئجار من مورد لمدة 36 شهراً.
- ثم يوفر المورد الخاص بك جهاز الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهراً أخرى.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما كان جهاز الأكسجين ضرورياً من الناحية الطبية.



الفصل 4: مخطط المزايا

مقدمه

يطلعك هذا الفصل على الخدمات التي تغطيها خططنا وأي قيود أو حدود على هذه الخدمات ومقدار ما تدفعه لكل خدمة. ويخبرك أيضًا بالمزايا غير المغطاة بموجب خططنا. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

الأعضاء الجدد في Blue Shield TotalDual Plan: في أغلب الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا Medicare في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلب التسجيل في Blue Shield TotalDual Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خطة Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، ستتلقى خدمات Medi-Cal الخاصة بك من خلال خطة Blue Shield Promise Medi-Cal Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711) إذا كانت لديك أي أسئلة.

جدول المحتويات

54.....	A. خدماتك المغطاة وتكاليفك النثرية
54.....	B. قواعد ضد مقدمي الخدمات الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات
54.....	C. نبذة عن مخطط المزايا الخاص بخططنا
56.....	D. مخطط المزايا بخططنا
100.....	E. المزايا المغطاة خارج خططنا
111.....	E1. برنامج (CCT) California Community Transitions
112.....	E2. برنامج رعاية الأسنان من Medi-Cal
113.....	E3. رعاية المحتضرين
113.....	F. المزايا غير المغطاة من قبل خططنا أو Medicare أو Medi-Cal



A. خدمات المغطية وتكاليفك النثرية

يوضح لك هذا الفصل الخدمات التي تغطيها خطتنا ومقدار ما تدفعه مقابل كل خدمة. يمكنك أيضًا التعرف على الخدمات غير المغطاة. تتوفر معلومات حول مزايا الأدوية في **الفصل 5**. يوضح هذا الفصل أيضًا الحدود المفروضة على بعض الخدمات.

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

إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم الخدمات المغطاة، فاتصل بمنسق الرعاية و/أو العناية بالعملاء على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711).

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

لا نسمح لمقدمي الخدمات التابعين للشبكة 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 تحصل أبدًا على فاتورة من مقدم خدمات نظير خدمات مغطاة. إذا حدث ذلك معك، فارجع إلى **الفصل 7** من كتيب الأعضاء أو اتصل بالعناية بالعملاء.

C. نبذة عن مخطط المزايا الخاص بخطتنا

يخبرك مخطط المزايا بالخدمات التي يدفع برنامجنا مقابلها. فهو يسرد الخدمات المغطاة بترتيب أبجدي ويوضحها.

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

- يتعين علينا تقديم خدمات Medi-Cal و Medicare المغطاة وفقًا للقواعد المحددة من قبل Medi-Cal و Medicare.
- يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المواد والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل، والمستلزمات والمعدات والأدوية) "ضرورية 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. 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، لا ندفع مقابل الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة. من كتيب الأعضاء على مزيد من المعلومات حول استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة وغير التابعين لها.
- لديك مقدم للرعاية الأولية (PCP) أو فريق رعاية يقدم رعايتك ويديرها. في أغلب الحالات، يجب أن يمنحك مقدم الرعاية الأولية موافقة قبل أن تتمكن من استخدام مقدم خدمات ليس مقدم الرعاية الأولية الخاص بك أو استخدام مقدمي خدمات آخرين في شبكة الخطّة. ويسمى ذلك إحالة. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة ومتى لا تحتاج إلى إحالة.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- يجب أن تتلقى الرعاية اللازمة من مقدمي الخدمات التابعين للمجموعة الطبية لطبيب الرعاية الأولية الخاص بك. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات.
- نغطي بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط في حالة حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على موافقتنا أولاً. وهذا يطلق عليه التصريح المسبق. نقوم بوضع علامة على الخدمات المغطاة في مخطط المزايا التي تحتاج إلى تصريح مسبق بخط مائل.
- إذا كنت ضمن فترة الستة أشهر المحددة في خطتنا من الأهلية المستمرة، فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، لن تغطي Blue Shield TotalDual Plan مزايا Medi-Cal (Medicaid) المشمولة في (Medi-Cal (Medicaid، ولن ندفع أقساط Medicare أو مشاركة التكاليف التي ستكون الولاية مسؤولة عنها بخلاف ذلك. لم تفقد أهليتك لـ (Medi-Cal (Medicaid. قد يزيد المبلغ الذي تدفعه مقابل خدمات Medicare التي تغطيها في هذه الخطة خلال الفترة التي تلي فقدان أهلية (Medi-Cal (Medicaid.
- جميع الخدمات الوقائية مجانية. ستعثر على هذه التفاحة 🍏 بجانب الخدمات الوقائية في مخطط المزايا.
- **الدعم المجتمعي:** قد تتوفر خدمات الدعم المجتمعي بموجب خطة الرعاية المخصصة. تعد خدمات الدعم المجتمعي مناسبة من الناحية الطبية وفعالة من حيث التكلفة في الأماكن أو الخدمات البديلة. هذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، فقد تساعدك هذه الخدمات في العيش بصورة مستقلة أكثر. فهي لا تحل محل المزايا التي حصلت عليها بالفعل بموجب برنامج Medi-Cal. تتضمن أمثلة الدعم المجتمعي التي نقدمها الطعام الداعم طبياً والوجبات أو الوجبات المفصلة طبياً أو المساعدة لك أو لمقدم الرعاية الخاص بك أو مقابض الاستحمام والمنحدرات. تتضمن أمثلة خدمات الدعم المجتمعي التي قدمتها Blue Shield TotalDual Plan في الماضي ما يلي: Partners in Care Foundation لإدارة الحالات وإجراء التقييمات والخدمات المنزلية والمجتمعية و LifeSpring لوجبات التوصيل إلى المنازل. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو كنت ترغب في معرفة الدعم المجتمعي الذي قد يكون متاحاً لك، فاتصل بمنسق الرعاية أو اتصل بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك.



D. مخطط المزايا بخطتنا

ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	فحص أنورزم الأورطي البطني 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	الوخز الإبري (مغطاة من قبل Medicare و Medi-Cal) نلتزم بسداد تكلفة خدمتين بحد أقصى للوخز بالإبر للمرضى الخارجيين في أي شهر تقويمي واحد، أو غالبًا إذا كان ذلك ضروريًا طبيًا. ندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر في غضون 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة، والتي تُعرف على النحو التالي: - تستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أطول؛ - غير محدد (ليس له سبب جهازى يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض ثقيل أو التهابي أو معدى)؛ - غير مرتبط بجراحة؛ و - غير مرتبط بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، ندفع مقابل 8 جلسات إضافية من الوخز بالإبر لآلم أسفل الظهر المزمن إذا أظهرت حالتك تحسنًا. قد لا تحصل على أكثر من 20 علاجًا للوخز بالإبر لآلم أسفل الظهر المزمن كل عام. يجب إيقاف علاجات الوخز بالإبر لآلم أسفل الظهر المزمن إذا لم تتحسن أو إذا ساءت حالتك. متطلبات مقدمي الخدمات: يمكن للأطباء (على النحو المحدد في عام 1861 (1)(r) من قانون الضمان الاجتماعي (القانون) تقديم الوخز الإبري وفقًا لمتطلبات الدولة السارية. يمكن لمساعدى الأطباء (PAs) والمرضىات الممارسات (NPs)/أخصائيو التمريض السريري (CNSs) (على النحو المحدد في 1861 (5)(aa) من القانون) والموظفين المساعدين تقديم الوخز الإبري إذا كانوا يستوفون جميع متطلبات الدولة السارية ولديهم: - درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من مدرسة معتمدة من قبل لجنة الاعتماد للوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ و - ترخيص حالي وكامل وساري وغير مقيد لممارسة الوخز بالإبر في ولاية أو إقليم أو كومونولث (أي بورتوريكو) بالولايات المتحدة أو مقاطعة كولومبيا. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	الوخز الإبري (يتبع) يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يقدمون الوخز الإبري تحت المستوى المناسب من الإشراف من قبل طبيب أو PA أو NP/CNS مطلوبة بموجب لوائحنا على الرقم 42 CFR § 410.26 و 410.27. 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 678-9133 (800) [الهاتف النصي: 710-2746 (877)] من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 صباحًا حتى 6 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan أو الانتقال إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في ASH Plans.
تدفع \$0 (تقتصر على 12 زيارة في السنة).	خدمات الوخز الإبري (غير المغطاة من Medicare) يتم توفير المزايا الخاصة بتقييم وعلاج الوخز الإبري من قبل طبيب الطب أو أخصائي الوخز الإبري المرخص أو مقدم رعاية صحية آخر مرخص أو معتمد بشكل مناسب. • الفحوصات الأولية واللاحقة • الزيارات والتعديلات للعيادات • العلاجات المساعدة 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 678-9133 (800) [الهاتف النصي: 710-2746 (800)]، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 صباحًا حتى 6 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan أو الانتقال إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في ASH Plans. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	خدمات الرعاية الصحية عن بعد الإضافية توفر Teladoc استشارات الأطباء عبر الهاتف أو الإنترنت. 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 (1-800-835-2362) [الهاتف النصي: 711]، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع، ولمدة 365 يومًا في السنة. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.
\$0	فحص إساءة استخدام الكحول وتقديم الاستشارات  ندفع مقابل فحص واحد لإساءة استخدام الكحول (SABIRT) للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول ولكنهم لا يعتمدون على الكحول. ويشتمل ذلك على الحوامل. 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.
\$0	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المغطاة خدمات الإسعاف البري والطائر عبر الطائرات العادية أو المروحية. سوف تأخذك الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنه أن يقدم لك الرعاية. 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. 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.
\$0	الفحص الجسدي السنوي تتمتع بالتغطية لفحص جسدي روتيني واحد كل 12 شهرًا إضافة إلى زيارة العافية 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.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	 زيارة العافية السنوية يجب عليك إجراء فحص سنوي. وذلك لتقديم أو تحديث برنامج الوقاية بناءً على عوامل الخطر الحالية الخاصة بك. ندفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا. ملاحظة: لا تجوز زيارة العافية السنوية الأولى خلال مدة 12 شهرًا من الوقت الذي تجرى فيه الزيارة الوقائية "الترحيبية لـ Medicare". ومع ذلك، فإنك لست بحاجة إلى تغطية الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare" بالنسبة لزيارات العافية السنوية بعد تغطية خدمات الجزء (ب) لمدة 12 شهرًا.
\$0	الخدمات الوقائية للربو يمكنك تلقي التنقيف المتعلق بالربو وتقييم البيئة المنزلية للمحفزات الشائعة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من الربو الذي لا يتم التحكم فيه بشكل جيد.
\$0	 قياس كتلة العظم 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. ندفع مقابل هذه الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا أو بشكل متكرر إذا كانت ضرورية طبيًا. كما ندفع أيضًا مقابل زيارة طبيب للنظر في النتائج والتعليق عليها.
\$0	 فحص سرطان الثدي (صور الثدي الشعاعية) ندفع مقابل الخدمات التالية: • 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



الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	ما الذي يجب أن تدفع مقابلها
خدمات إعادة التأهيل (القلبية) ندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل القلبية مثل التدريب والتثقيف 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.	\$0
 زيارة خفض معدل الإصابة بالأمراض القلبية (القلب) الوعائية (علاج مرض القلب) ندفع مقابل زيارة واحدة في السنة، أو أكثر إذا لزم الأمر طبياً، لمقدم الرعاية الأولية للمساعدة في خفض خطر مرض القلب. خلال هذه الزيارة، يمكن لطبيبك: • مناقشة استخدام الأسبرين، • فحص ضغط الدم، و/أو • تقديم النصائح لك للتأكد من أنك تتناول طعاماً صحياً.	\$0
 فحص المرض القلبي الوعائي (القلب) ندفع مقابل اختبارات الدم للتحقق من مرض القلب الوعائي مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهراً). تعمل اختبارات الدم هذه أيضاً على فحص العيوب نظراً لارتفاع معدل خطورة مرض القلب.	\$0
 فحص السرطان العنقي والمهبلي ندفع مقابل الخدمات التالية: • لجميع النساء: تجرى فحوصات باب وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهراً • بالنسبة للنساء الأكثر عرضة لسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبلي: اختبار باب واحد كل 12 شهراً • بالنسبة للنساء اللاتي أجرين اختبار باب الاستثنائي خلال آخر 3 سنوات وفي سن الإنجاب: اختبار باب واحد كل 12 شهراً • للنساء اللاتي تتراوح أعمارهن من 30 إلى 65 عاماً: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو باب إضافة إلى اختبار HPV مرة كل 5 أعوام	\$0



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 \$0 (تقتصر التغطية على 12 زيارة في السنة للخدمات غير المغطاة من Medicare).	خدمات تقويم العمود الفقري ندفع مقابل الخدمات التالية: - تقويم العمود الفقري لتصحيح الارتصاف - الفحوصات الأولية واللاحقة - زيارات العيادة وتعديلات تقويم العمود الفقري - العلاجات المساعدة - الأشعة السينية والفحوصات المخبرية (تقويم العمود الفقري فقط) 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 مشاركتك في ASH Plans، يمكنك التواصل مع ASH Plans على الرقم 800) 678-9133 (الهاتف النصي: 877) 710-2746، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 صباحًا حتى 6 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan أو الانتقال إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع مقدم خدمات مشاركتك في ASH Plans. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.
\$0	 فحص سرطان القولون والمستقيم بالنسبة للأشخاص الذين يبلغون من العمر 50 عامًا وأكبر، ندفع مقابل الخدمات التالية: - التنظير السيني المرن (أو حقنة الباريوم الشرجية التشخيصية) كل 48 شهرًا - اختبار الدم الخفي 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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) يعد برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) برنامج خدمات للمرضى الخارجيين داخل مرفق يحضر إليه الأفراد وفقًا لجدول زمني معين. وهو برنامج يقدم رعاية تمريضية حاذقة وخدمات اجتماعية وعلاجات (بما في ذلك المهني والبدني والتخاطب) والرعاية الشخصية وتدريب ودعم الأسرة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والتوصيل وغير ذلك من الخدمات. نقوم بالدفع لصالح CBAS في حالة استيفائك للمعايير. ملاحظة: إذا لم يكن مرفق خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) متوفرًا، يمكننا تقديم هذه الخدمات بشكل منفصل.
\$0	 الحصول على الاستشارات للإقلاع عن التدخين أو إيقاف استخدام التبغ إذا كنت تستخدم التبغ، ولا تظهر عليك أي علامات أو أعراض لأمراض تتعلق بالتبغ، وترغب أو تحتاج إلى الإقلاع: • ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين خلال فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. وتقدم هذه الخدمة لك مجانًا. تشمل كل محاولة إقلاع أربع زيارات استشارية وجهًا لوجه. - إذا كنت تتعاطى التبغ وأصبحت بأحد الأمراض المتعلقة بالتبغ، أو كنت تتناول دواءً قد يتأثر بالتبغ: • ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين خلال فترة 12 شهرًا. تشمل كل محاولة استشارة أربع زيارات وجهًا لوجه. إذا كنت حاملًا، يمكنك تلقي استشارات غير محدودة للإقلاع عن تعاطي التبغ من خلال تصريح مسبق.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
انظر مخطط الإجراءات الروتينية لمزايا الأسنان الموجود في نهاية مخطط المزايا الطبية للحصول على قائمة بإجراءات الأسنان المغطاة وما تدفعه.	خدمات الأسنان تتوفر خدمات أسنان معينة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، التنظيف والحشوات وأطقم الأسنان من خلال برنامج رعاية الأسنان Medi-Cal Dental Program أو FFS Medi-Cal. بوجه عام، لا يغطي برنامج Original Medicare خدمات الأسنان الوقائية (مثل تنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية على الأسنان). تغطي بعض خدمات الأسنان الروتينية والشاملة: للحصول على قائمة بإجراءات الأسنان المغطاة، انظر مخطط الإجراءات الروتينية لمزايا الأسنان الموجود في نهاية مخطط المزايا الطبية لمزيد من المعلومات حول كيفية الوصول إلى هذه الخدمات. تتطبق عمليات المشاركة في التسديد الواردة في مخطط إجراءات مزايا الأسنان الروتينية على الخدمات فقط عند وصفها من قبل طبيب أسنان تابع للشبكة كإجراء ضروري وكاف ومناسب لحالة الأسنان الخاصة بك. قد لا تكون جميع المزايا مناسبة للجميع. يجب أن تعتمد على طبيب الأسنان بالشبكة لتحديد الرعاية المناسبة لك. شبكة مقدمي خدمات الأسنان هي شبكة عامة لطبيب الأسنان فقط؛ لا يوجد أخصائيون في الشبكة. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.
\$0	فحص الاكتئاب  ندفع مقابل فحص اكتئاب واحد كل عام. يتعين إجراء الفحص في مكان الرعاية الأولية الذي يمكنه تقديم علاج المتابعة والإحالات.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	 فحص مرض السكري ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز في حالة الصيام) إذا كان لديك أي من عوامل الخطر التالية: • ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم المرتفع) • تاريخ معدلات الكوليسترول وثلاثي غليسريد غير طبيعية (اضطراب شحومات الدم) • السمنة • تاريخ ارتفاع مستوى السكر في الدم (الجلوكوز) يمكن تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثل المرور بحالة زيادة الوزن ووجود تاريخ مرضي بمرض السكري في العائلة. بناءً على نتائج الاختبار، يمكنك التأهل للحصول على ما يصل إلى عمليتي فحص لمرض السكري كل 12 شهرًا.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 بالنسبة لمراقبة جلوكوز الدم، يرجى الاطلاع على قسم المعدات الطبية المتينة (DME) والمستلزمات ذات الصلة أدناه.	 التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات ندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأفراد الذين يعانون من مرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): • مستلزمات مراقبة جلوكوز الدم، بما في ذلك ما يلي: ○ مراقبة الجلوكوز بالدم ○ شرائط اختبار نسبة الجلوكوز بالدم ○ أجهزة الوخز وإبر الوخز ○ حلول التحكم في نسبة الجلوكوز للتأكد من دقة أشرطة الاختبار وأجهزة المراقبة • للأفراد الذين يعانون من مرض السكري ذوي مرض القدم السكري الشديد، ندفع مقابل ما يلي: ○ 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) في بعض الحالات، ندفع مقابل التدريب لمساعدتك في إدارة مرض السكري. لمعرفة المزيد، اتصل بعناية العملاء. 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 مقدمًا (تُعرف أحيانًا باسم "التصريح المسبق") من الخطة. ستتطلب أشرطة الاختبار وأجهزة قياس جلوكوز الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى من طبيبك الحصول على موافقة مقدمًا (يطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") من الخطة.
\$0	خدمات Doula بالنسبة للحوامل، ندفع مقابل تسع زيارات مع دوولا خلال فترة ما قبل الولادة وبعد الولادة وكذلك الدعم أثناء المخاض والولادة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
أجهزة مراقبة جلوكوز الدم: • تدفع قيمتها \$0 لأجهزة مراقبة جلوكوز الدم FreeStyle®. • للحصول على أجهزة مراقبة جلوكوز الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى بسعر \$0، أظهر لمقدم الخدمة أو الصيدلي كل من بطاقات هوية المستفيدين من Blue Shield TotalDual Plan وMedi-Cal.	المعدات الطبية المتينة (DME) والمستلزمات ذات الصلة راجع الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية المتينة (DME)". نغطي العناصر التالية: • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية • 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 والمثبتة على عمود • المستلزمات والمضخات المعوية • الأجهزة المساعدة على الكلام • جهاز الأكسجين والمستلزمات • الرذاذات • المشايات • المقبض المنحني القياسي أو عصا رباعية الأرجل والمستلزمات البديلة • جهاز الجر العنقي (يُعلق على الباب) • محفز نمو العظام • معدات رعاية غسيل الكلى قد تتم تغطية عناصر أخرى. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	المعدات الطبية المتينة (DME) والمستلزمات ذات الصلة (يُتبع) نغطي جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Original Medicare. إذا كان المورد في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو علامة تصنيف معينة، فيمكنك أن تسأله إن كان بإمكانه عمل طلب خاص بها من أجلك. قد يتم تطبيق قواعد التصريح. ستحتاج المعدات الطبية المتينة إلى موافقة مسبقة (يطلق عليها أحياناً "تصريح مسبق") منا إذا كنت ترغب أنت أو مقدم الخدمات لديك في طلب المعدات الطبية المتينة المقدمة من خلال مستلزمات غير مفضلة.
\$0 في حالة حصولك على الرعاية في حالات الطوارئ في إحدى المستشفيات خارج الشبكة، واحتجت إلى رعاية داخلية بعد استقرار حالة الطوارئ التي تعاني منها، فيجب أن تعود إلى المستشفى المغطاة ضمن الشبكة لمواصلة تغطية الرعاية، وإلا فإنه يتعين أن يتم التصريح لك بالحصول على رعاية داخلية في المستشفى غير المغطاة ضمن الشبكة من خلال الخطأ، وتكون التكلفة التي تتكبدها عبارة عن مبلغ مشاركة التكلفة الذي ستدفعه في المستشفى المغطاة ضمن الشبكة.	الرعاية في حالات الطوارئ الرعاية في حالات الطوارئ تعني الخدمات: - المقدمة من مقدم الخدمات المدرب على تقديم خدمات الطوارئ، و - الضرورية لعلاج حالة طبية طارئة. 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: - 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 للامن لك كعضوة إلى مستشفى أخرى قبل الولادة. - قد يمثل النقل إلى مستشفى أخرى تهديداً لصحتك أو سلامتك كعضوة أو لجنينك. التغطية على مستوى العالم.* ليس لديك حد سنوي مُجمع للرعاية الطارئة أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج حدود الولايات المتحدة كل عام. *لا تنطبق الخدمات خارج حدود الولايات المتحدة وأراضيها على الحد الأقصى للخطأ من التكاليف الثابتة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	خدمات تنظيم الأسرة 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 صيدلية أو أي مكتب لتنظيم الأسرة. ندفع مقابل الخدمات التالية: • فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • الاختبارات التشخيصية والمخبرية لتنظيم الأسرة • وسائل تنظيم النسل (اللولب (IUC/IUD) أو عمليات الزرع أو الحقن أو حبوب منع الحمل أو الرقعة أو الحلقة) • مستلزمات تنظيم الأسرة ذات الوصفة (الواقي الذكري والإسفنجة 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 الفيدرالي قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن خلال ما لا يزيد عن 180 يومًا قبل تاريخ الجراحة). • الاستشارة الجينية ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يتعين عليك الاستعانة بمقدم خدمات في شبكة مقدمي الخدمات لدينا للخدمات التالية: • 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 لمواد التنقيف الصحي المكتوبة، بما في ذلك النشرات الإخبارية. \$0 للبرامج التعليمية المقدمة من خلال موقع معتمد من الخطة. \$0	 برامج التنقيف المتعلقة بالصحة والعافية* إننا نقدم العديد من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. يتضمنون ما يلي: • فصول التنقيف الصحي؛ • فصول التنقيف المتعلق بالتغذية؛ • الإقلاع عن التدخين والتبغ؛ و • الخط الساخن للمريض برامج لمساعدتك في البقاء بصحة جيدة. تشمل الخدمات المغطاة على ما يلي: • مواد التنقيف الصحي المكتوبة، بما في ذلك النشرات الإخبارية • البرامج التعليمية • البرامج التعليمية التي تركز على الحالات الصحية مثل: ○ ارتفاع ضغط الدم ○ الكولسترول ○ الربو ○ نظام غذائي خاص • برامج تعليمية مصممة لإثراء صحتك ونمط حياتك، بما في ذلك: ○ إدارة الوزن ○ اللياقة البدنية ○ إدارة الإجهاد NurseHelp 24/7 إجراء حوار سري مباشر عبر الإنترنت مع ممرضة مسجلة، على مدار الساعة. عندما تكون لديك مخاوف طبية، فإن مكالمة واحدة إلى الخط الساخن المجاني لدينا تجعلك على اتصال مع ممرضة مسجلة تستمع إلى مخاوفك وتساعدك في إيجاد حل. اتصل على الرقم 1-877-304-0504 (الهاتف النصي: 711) على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	 برامج التنشيف المتعلقة بالصحة والعافية (يتبع)* برنامج اللياقة SilverSneakers® يمكن أن تساعدك SilverSneakers في العيش حياة أكثر صحة ونشاطًا من خلال اللياقة والتواصل الاجتماعي. تتم تغطية مزايا اللياقة من خلال SilverSneakers في المواقع المشاركة¹. يمكنك الوصول إلى المدربين الذين يقودون فصول التمارين الجماعية المصممة خصيصًا². في المواقع المشاركة على مستوى الدولة¹، يمكنك أخذ دروس² بالإضافة إلى استخدام معدات التمارين ووسائل الراحة الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، توفر لك SilverSneakers FLEX® خيارات لتنشط خارج الصالات الرياضية التقليدية (مثل المراكز الترفيهية والمراكز التجارية والمتنزهات). ويوصلك SilverSneakers أيضًا بشبكة دعم ودروس افتراضية من خلال SilverSneakers LIVE™ و SilverSneakers On-Demand™ ومقاطع الفيديو الخاصة بنا والتطبيق المحمول، SilverSneakers GO™. يمكنك أيضًا الوصول إلى Stitch³، وهو موقع اجتماعي عبر الإنترنت لكبار السن، حيث يمكنك الانضمام شخصيًا إلى الأنشطة والأحداث وعبر الإنترنت. كل ما عليك أن تدخل رقم هوية SilverSneakers الشخصي الخاص بك. انتقل إلى Silversneakers.com لمعرفة المزيد حول المزايا الخاصة بك أو اتصل على الرقم 1-888-423-4632 [الهاتف النصي: 711] من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت الشرقي. تحدث دائمًا مع طبيبك قبل بدء برنامج التمارين الرياضية. ¹المواقع المشاركة ("PL") غير مملوكة أو مدارة من قبل Tivity Health, Inc. أو الشركات التابعة لها. يقتصر استخدام مرافق ووسائل الراحة PL على شروط وأحكام عضوية PL الأساسية. تختلف المرافق ووسائل الراحة حسب PL. ²تشمل العضوية فصول اللياقة الجماعية التي يقودها مدربو SilverSneakers. توفر بعض المواقع للأعضاء فصولًا إضافية. تختلف الدروس حسب الموقع. ³Stitch هو مقدم خدمات تابع لجهة خارجية ولا تمتلك أو تديره Tivity Health أو الشركات التابعة له. SilverSneakers تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	 برامج التثقيف المتعلقة بالصحة والعافية (يتبع)* يجب أن يكون لدى الأعضاء خدمة إنترنت للوصول إلى خدمة Stitch. رسوم خدمة الإنترنت هي من مسؤولية عضو SilverSneakers. نظام الاستجابة للطوارئ الشخصي (PERS) - هو نظام مراقبة التنبيهات الطبية الذي يوفر إمكانية الوصول للمساعدة على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع بضغطة زر. يتم توفير مزايا PERS الخاصة بك من قبل LifeStation® وتشمل: • نظام الاستجابة لحالات الطوارئ الشخصية • اختيار لنظام منزلي أو جهاز محمول من خلال GPS/WiFi • مراقبة شهرية • الأسلاك وأجهزة الشحن الضرورية للحصول على PERS والبدء في تلقي الخدمات، اتصل بفريق LifeStation على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع على الرقم 1-855-672-3269 (الهاتف النصي: 711) أو تفضل بزيارة blueshieldca.com/PERS. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.
• تدفع \$0 للفحوصات السمعية التشخيصية المغطاة من Medicare. • تدفع \$0 مقابل فحص روتيني واحد للسمع في العام. • تدفع \$0 مقابل معينات/تقييم المعينات السمعية. • تدفع \$0 لمعينات للسمع (جميع الأنواع، الأذنين معًا)، بسعر يصل إلى \$2,000 كل عام. إذا اخترت المعينات السمعية التي يزيد سعرها عن \$2,000، فأنت مسؤول عن الفرق.	الخدمات السمعية يتولى مقدم الرعاية الأولية (PCP) تشخيص أمراض السمع وتقييمات التوازن وهو المنوط به تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي مغطى كعلاج خارجي يقدمه أحد الأطباء أو أخصائي السمع أو أي مقدم خدمات مؤهل آخر. • الفحوصات السمعية الروتينية (غير المغطاة من Medicare) (تتطلب موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك).* • المعينات السمعية* • * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	فحص فيروس نقص المناعة البشرية  إننا ندفع مقابل إجراء فحص فيروس نقص المناعة البشرية كل 12 شهرًا للأشخاص: - الذين يطلبون إجراء فحص تشخيصي لفيروس نقص المناعة البشرية، أو - الأكثر عرضة للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. بالنسبة للنساء الحوامل، نقوم بالدفع مقابل إجراء ثلاثة من اختبارات فحص فيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل. ندفع أيضًا مقابل فحص (فحوصات) إضافية لفيروس نقص المناعة البشرية عندما يوصي بذلك مقدم الرعاية الخاص بك.
\$0 لكل زيارة صحية منزلية مغطاة.	رعاية وكالة الصحة المنزلية قبل الحصول على خدمات الصحة المنزلية، يجب أن يخبرنا الطبيب أنك تحتاج إليها ويجب تقديمها من خلال وكالة الصحة المنزلية. نتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: - 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



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 لكل زيارة علاجية مغطاة للحقن في المنزل.	العلاج بالحقن في المنزل تدفع خطتنا 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: • الدواء أو المادة البيولوجية ، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو الجلوبيولين المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة؛ و • اللوازم، مثل الإبر أو القسطرة. تغطي خطتنا خدمات الحقن في المنزل التي تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتعليمهم غير مدرجين بالفعل في مزايا المعدات المعمرة الطبية؛ • المراقبة عن بعد؛ و • خدمات المراقبة لتزويد العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مقدم الرعاية المؤهل للعلاج بالحقن في المنزل.
\$0 لكل توصيل للوجبات إلى المنازل مشمول بالتغطية	توصيل الوجبات إلى المنازل عند الخروج من مستشفى للمرضى الداخليين أو إقامة مرفق رعاية ترميزية حاذقة، نغطي: • 22 وجبة و 10 وجبات خفيفة لكل خروج من المستشفى • سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة ليتم توصيلها ثلاث مرات منفصلة حسب الحاجة • التغطية محدودة لمرتين في السنة لمزيد من المعلومات، اتصل بالعناية بالمعلاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهواتف مكتوبة على ظهر غلاف هذا المستند). * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.



\$0	رعاية المحتضرين 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. يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج للمرضى المحتضرين معتمد من Medicare. يجب أن تساعدك الخطة في العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من Medicare. يمكن لطبيب المرضى المحتضرين أن يكون مقدم خدمات داخل الشبكة أو خارجها. تدفع خطتنا التكاليف التالية أثناء حصولك على خدمات رعاية المحتضرين: • الأدوية المخصصة لعلاج الأعراض والألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية تتحمل Medicare فواتير خدمات المحتضرين والخدمات المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare. • راجع القسم F من هذا الفصل لمزيد من المعلومات. بالنسبة للخدمات المغطاة من قبل خطتنا وليست المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare: • تغطي خطتنا الخدمات غير المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare. كما سيغطي البرنامج الخدمات سواء أكانت تتعلق بحالتك المتأخرة أم لا. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات. بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بميزة الجزء (د) من برنامجنا: • لا تتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	
------------	--	--



ما الذي يجب أن تدفع مقابل	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	رعاية المحتضرين (يُتبع) ملاحظة: إذا احتجت إلى الحصول على رعاية في غير نزل، فيجب عليك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالمحتضرين عبارة عن رعاية لا تتعلق بحالتك المتأخرة. تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية للمحتضرين (مرة واحدة فقط) للمرضى المحتضرين الذين لم يختاروا ميزة المحتضرين.
\$0 للتطعيم المغطاة في الجزء (ب) من Medicare.	 التطعيمات ندفع مقابل الخدمات التالية: • 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 • لقاحات COVID-19 • اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا للخطر وكانت تستوفي قواعد التغطية الخاصة بالجزء (ب) من Medicare ندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد التغطية الخاصة بالجزء (د) من Medicare. الفصل 6 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد. ندفع أيضًا مقابل كل اللقاحات للبالغين على النحو الموصى به من قبل (ACIP) Advisory Committee on Immunization Practices.



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 يتعين عليك الحصول على موافقة من خطتنا للحصول على رعاية داخلية في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.	رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى نتحمل تكاليف الخدمات التالية، والخدمات الضرورية من الناحية الطبية الأخرى المدرجة هنا: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك لضرورة طبية) • 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 • الأجهزة مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرف الجراحة والتعافي • العلاج البدني والمهني وعلاج النطق • خدمات إساءة استعمال المواد للمرضى الداخليين • في معظم الحالات، الأنواع التالية من زراعة الأعضاء: القرنية والكلية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة والنخاع العظمي والخلايا الجذعية واستئصال سرطان القولون. • 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. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل الشبكة خارج نمط الرعاية الخاص بالمجتمع، فإنه يجوز لك إجراؤها محليًا طالما قبل مقدمو خدمات زراعة الأعضاء المحليين الأسعار المقررة من Original Medicare. إذا كانت Blue Shield TotalDual Plan توفر خدمات زراعة الأعضاء في موقع خارج النمط تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى (يُتبع) • رعاية عمليات زراعة الأعضاء في مجتمعك وقد اخترت إجراء زراعة الأعضاء في هذا الموقع البعيد، سنقوم بترتيب الأمر أو دفع تكاليف السكن والنقل المناسبة لك ولمرافقك. † • الدم، بما في ذلك التخزين والنقل • خدمات الأطباء ملاحظة: للحصول على خدمات داخلية بالمستشفى، ينبغي لمقدم الخدمات إصدار أمر بدخولك رسميًا للمستشفى كمريض داخلي. 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. ويمكنك أيضًا الحصول على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare التي تحمل عنوان "هل أنت مريض داخلي أم خارجي بالمستشفى؟" إذا كنت تتمتع بخدمات Medicare - فاسأل! تتوفر صحيفة الوقائع هذه على الويب على https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو عن طريق الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. لمستخدمي الهاتف النصي يرجى الاتصال على 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. تتم تغطية Transplants+ فقط في حالة حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على موافقة مقدمًا (يطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") منا.
\$0	خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية ندفع مقابل خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى. • إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية المستقلة، فستحمل تكاليف أول 190 يومًا. وبعد ذلك، تدفع وكالة الصحة العقلية المحلية بالمقاطعة مقابل خدمات الطب النفسي الضرورية طبياً للمرضى الداخليين. يتم تنسيق التصريح بالرعاية بعد مرور مدة 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، فنقوم أيضًا بالدفع مقابل الخدمات التي تلقيناها في مؤسسة الأمراض النفسية (IMD).



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	إقامة المرضى الداخليين: خدمات مغطاة في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حادقة (SNF) خلال إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة لا ندفع مقابل إقامة المرضى الداخليين إذا لم تكن معقولة وضرورية طبيًا. 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. لمعرفة المزيد، اتصل بالعناية بالعملاء. نتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • خدمات الأطباء • الاختبارات التشخيصية، مثل الفحوصات المخبرية • العلاج بالأشعة السينية والراديو والتطعيمات، بما في ذلك الخدمات والمواد الخاصة بالفني • الضمادات الجراحية • الشرائح والجباير والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور والخلع • الأطراف الصناعية والأجهزة التعويضية، وغيرها من الأسنان، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها. هذه هي الأجهزة التي تستبدل كل أو جزء من: ○ عضو داخلي بجسم الإنسان (بما في ذلك الأنسجة المجاورة)، أو ○ وظيفة من وظائف أحد الأعضاء الداخلية بجسم الإنسان المصابة أو القاصرة. • 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 • العلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج المهني



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	مستلزمات وخدمات مرض الكلى ندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات التعليم الخاصة بمرض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدتك في اتخاذ القرارات المناسبة بشأن رعايتك يجب أن تكون مصابًا بمرض الكلى المزمن من المرحلة الرابعة ويجب على طبيبك إحالتك. نقوم بتغطية ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التعليم الخاصة بمرض الكلى. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمات بشكل مؤقت، كما هو موضح الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك، أو عندما يكون مقدم الخدمات الخاص بك لهذه الخدمة غير متاح أو غير متاح مؤقتًا. • 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. تدفع مزايا الأدوية للجزء (ب) من برنامج Medicare بعض الأدوية الخاصة بغسيل الكلى. للحصول على معلومات، يُرجى الاطلاع على "الأدوية الموصوفة للجزء ب من برنامج Medicare" بهذا المخطط.
\$0	فحص سرطان الرئة  تدفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا كنت: • تبلغ من العمر 50 إلى 77 عامًا، و • تقوم بزيارة استشارية وخاصة باتخاذ القرار المشترك إلى طبيبك أو مقدم خدمات مؤهل آخر، و • قمت بتدخين علبة سجائر واحدة على الأقل يوميًا لمدة 20 سنة دون وجود علامات أو أعراض الإصابة بسرطان الرئة أو تدخن الآن أو أقلعت عن التدخين خلال آخر 15 عامًا. بعد الفحص الأول، ستدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام من خلال طلب كتابي من طبيبك أو مقدم خدمات مؤهل آخر.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	العلاج بالتغذية الطبية 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. سنتحمل تكاليف ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الشخصية خلال العام الأول الذي تتلقى فيه خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب Medicare. قد نعتد خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. ندفع نظير ساعتين لخدمات الاستشارة كل عام بعد ذلك. في حال تغير حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فإنه يمكنك الحصول على ساعات إضافية من العلاج مع الإحالة الطبيب. 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.
\$0	برنامج الوقاية من السكري من Medicare (MDPP) تدفع خططنا مقابل خدمات MDPP. تم تصميم MDPP لمساعدتك في زيادة السلوك الصحي. فهي توفر تدريبًا عمليًا في: • التغيير طويل المدى في النظام الغذائي، و • النشاط البدني المتزايد، و • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط الحياة الصحي.



ما الذي يجب أن تدفع مقابل	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 (يرجى تزويد طبيبك أو الصيدلية ببطاقة عضوية Blue Shield TotalDual Plan الخاصة بك وبطاقة هوية المزايا الطبية الخاصة بك)	الأدوية الموصوفة للجزء (ب) من برنامج Medicare تتم تغطية هذه الأدوية بموجب الجزء (ب) من برنامج Medicare. تدفع خطتنا مقابل الأدوية التالية: • 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 المعدات الطبية المتينة (مثل الرذاذات) المعتمدة بموجب خطتنا • عوامل التجلط التي تحقنها بنفسك إن كنت تعاني من الهيموفيليا • الأدوية المثبطة للجهاز المناعي، في حال تم تسجيلك في الجزء (أ) من Medicare في وقت زرع الأعضاء • أدوية هشاشة العظام التي تم حقنها. ندفع 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 للغسيل المنزلي بما في ذلك الهيبارين وترياقه عندما يكون ضروريًا من الناحية الطبية والتخدير الموضعي والأدوية المنبهة لتكوين الكريات الحمر (مثل Epoetin Alfa، أو Aranesp®، أو Darbepoetin Alfa) • الغلوبولين المناعي داخل الوريد للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (د) والجزء (ب) من Medicare. الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك ميزة أدوية الوصفات للمرضى الخارجيين. كما يوضح القواعد التي يتعين عليك اتباعها لتغطية الوصفات الطبية. الفصل 6 من كتيب الأعضاء ما تدفعه مقابل أدوية وصفات المرضى الخارجيين من خلال خطتنا.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	مرفق الرعاية التمريضية 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. تتضمن الخدمات التي ندفع مقابلها على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي: • غرفة نصف خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك لضرورة طبية) • 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 الكراسي المتحركة التي تتوفر عادةً من جانب مرافق التمريض • خدمات الأطباء/الممارسين • المعدات الطبية المتينة • خدمات الأسنان، بما في ذلك أطقم الأسنان • مزايا النظر تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابله	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	مرفق الرعاية التمريضية (يُتبع) • الفحوصات السمعية • رعاية تقويم العمود الفقري • خدمات طب الأقدام ستحصل عادة على الرعاية الخاصة بك 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: • دار ترميز أو مجتمع تقاعد رعاية مستمرة حيث تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر رعاية مرفق الترميز). • مرفق الترميز الذي يعيش فيه زوجك/تعيش فيه زوجتك أو رفيق سكناك في وقت مغادرتك للمستشفى
\$0	فحص السمنة والعلاج للمحافظة على انخفاض الوزن  إذا كان مؤشر كتلة الجسم 30 أو أكثر، فندفع 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.
\$0	خدمات برنامج العلاج أفيوني المفعول (OTP) تدفع خطتنا مقابل الخدمات التالية لعلاج الاضطراب المتعلق بتناول المواد الأفيونية (OUD): • أنشطة المدخول • التقييمات الدورية • 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 مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	المستلزمات والخدمات العلاجية والاختبارات التشخيصية للمريض الخارجي نتحمل تكاليف الخدمات التالية، والخدمات الضرورية من الناحية الطبية الأخرى المدرجة هنا: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديو والتطهير) بما في ذلك المستلزمات والمواد الخاصة بالفني • المستلزمات الجراحية مثل الضمادات • الشرائح والجباير والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور والخلع • الفحوصات المخبرية • الدم، بما في ذلك التخزين والنقل • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمريض الخارجي قد تنطبق قواعد التفويض على الخدمات. يجب التحدث مع مقدم الخدمات الخاص بك للحصول على إحالة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين سنتحمل تكاليف الخدمات الضرورية طبياً التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة ما، مثل: - الخدمات في قسم الطوارئ أو عيادات المرضى الخارجيين، مثل الجراحة للمرضى الخارجيين أو خدمات الملاحظة - تساعد خدمات الملاحظة الطبية طبيبك في معرفة إذا ما كنت بحاجة إلى إيداعك المستشفى "كمريض داخلي". - أحياناً قد تتواجد في المستشفى طوال الليل وتظل "مريضاً خارجياً". - يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضاً داخلياً أو خارجياً في صحيفة الوقائع هذه: www.medicare.gov/media/11101 - المعامل والاختبارات التشخيصية المدفوعة من جانب المستشفى - رعاية الصحة النفسية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج بالمستشفى الجزئي في حال موافقة الطبيب على أن علاج المريض الداخلي سيكون مطلوباً بدون ذلك - الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى المدفوعة من جانب المستشفى - المستلزمات الطبية، مثل الشرائح والجبائر - الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة ضمن مخطط المزايا - بعض الأدوية التي لا يمكنك إعطاؤها بنفسك ملاحظة: إلى أن يصدر مقدم الخدمات طلباً بدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت لا تزال مريضاً خارجياً يسدد تكاليف رسوم المشاركة نظير الخدمات الخارجية بالمستشفى. حتى في حالة البقاء بالمستشفى ليلاً، ربما تزال من ضمن "المرضى الخارجيين". وإذا لم تكن متأكداً من كونك مريضاً داخلياً أم خارجياً، فعليك بسؤال موظفي المستشفى عن ذلك. ويمكنك أيضاً الحصول على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare التي تحمل عنوان "هل أنت مريض داخلي أم خارجي بالمستشفى؟" إذا كان لديك Medicare - اسأل! تتوفر صحيفة الوقائع هذه على الويب على https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمستخدمي الهاتف النصي يرجى الاتصال على 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجاناً، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. قد تنطبق قواعد التفويض على الخدمات. يجب التحديث مع مقدم الخدمات الخاص بك والحصول على إحالة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 لكل زيارة علاجية فردية أو جماعية.	الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين ندفع مقابل خدمات الصحة العقلية المقدمة من قبل: • 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 نتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • الخدمات السريرية • الرعاية اليومية المكثفة • خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي • برامج المرضى الخارجيين المكثفة أو الاستشفاء الجزئي • العلاج والتقييم الصحي العقلي الفردي والجماعي • اختبار نفسي عند الإشارة سريريًا إلى تقييم نتيجة الصحة العقلية
	الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين (تتبع) • خدمات المرضى الخارجيين لأغراض مراقبة العلاج الدوائي • المكملات والمستلزمات والأدوية والمختبر للمريض الخارجي • الاستشارة المتعلقة بالطب النفسي
\$0	خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين ندفع 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.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0 لكل زيارة علاجية فردية أو جماعية.	خدمات إساءة استعمال المواد للمرضى الخارجيين نتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • فحص إساءة استخدام الكحول وتقديم الاستشارات • علاج تعاطي المخدرات • 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 (فيفترول) ممتد المفعول
\$0 لكل زيارة إلى مركز جراحي متنقل ومرفق مستشفى للمرضى الخارجيين.	جراحة المريض الخارجي نتحمل تكاليف جراحة المريض الخارجي والخدمات في مرافق المرضى الخارجيين للمستشفى ومراكز الجراحات المتنقلة. ملاحظة: إذا كنت ستخضع لإجراء جراحة بأحد مرافق المستشفى، فعليك بسؤال مقدم الخدمات عن كونك حينها مريضاً خارجياً أم داخلياً. وإلى أن يُصدر مقدم الرعاية طلباً بدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت لا تزال مريضاً خارجياً يسدد تكاليف رسوم المشاركة نظير الجراحات الخارجية بالمستشفى. حتى في حالة البقاء بالمستشفى ليلاً، ربما تزال من ضمن "المرضى الخارجيين".



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	العناصر المتاحة بدون وصفة طبية (OTC) يحق لك الحصول على بدل ربع سنوي بقيمة \$210 للأدوية والمستلزمات المتاحة بدون وصفة طبية المدرجة في كتالوج OTC. تتم تغطية العناصر مثل الأسبرين والفيتامينات ومستحضرات السعال والبرد والضمادات بموجب هذه الميزة. لا تتم تغطية عناصر مثل مستحضرات التجميل والمكملات الغذائية بموجب هذه الميزة. يتوفر كتالوج OTC وتعليمات الطلب عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medicareOTC. يمكنك طلب العناصر عبر الهاتف على الرقم 628-2770 (888) [الهاتف النصي: 711]، من الاثنين إلى الجمعة بين الساعة 9 صباحًا حتى 5 مساءً أو عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medicareOTC. سيتم شحن الطلبات لك بدون رسوم إضافية. يرجى السماح بمدة 14 يومًا تقريبيًا من أيام العمل للتسليم. تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل ربع سنة (1 يناير و1 أبريل و1 يوليو و1 أكتوبر). يمكنك تقديم طلبين في كل ربع سنة ولا يمكنك ترحيل البدل غير المستخدم الخاص بك إلى ربع السنة التالي. تتطبق بعض القيود. راجع كتالوج OTC لمزيد من المعلومات. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.
\$0	خدمات الاستشفاء الجزئي 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. ملاحظة: نظرًا لعدم توافر مراكز للصحة العقلية المجتمعية في شيكاتنا، فإننا لا نغطي عملية الاستشفاء الجزئي إلا في خدمة العيادات الخارجية في المستشفى.



ما الذي يجب أن تدفع مقابل	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	خدمات الأطباء/مقدمي الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء ندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبياً المقدمة في أماكن مثل: ○ 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)، 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 زيارة شخصية أو عن بعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب عليك استخدام مقدم رعاية من الشبكة الذي يقدم خدمة الرعاية الصحية عن بُعد (telehealth). ○ راجع قسم "خدمات الرعاية الصحية عن بعد الإضافية" في مخطط المزايا الطبية لمزيد من المعلومات. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth) للزيارات الشهرية المتعلقة بالفشل الكلوي في مراحله 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 تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	خدمات الطبيب/مقدم الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء (يُتبع) • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (Telehealth) لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء المصابين باضطراب تعاطي المواد المخدرة أو اضطراب الصحة العقلية المتزامن • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية في الحالات التالية: ○ لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل أول زيارة للرعاية الصحية عن بُعد ○ لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد هذه ○ يمكن إجراء استثناءات على ما ورد أعلاه لظروف معينة • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية المقدمة من قبل عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المؤهلة فيدراليا. • عمليات تسجيل الوصول الافتراضية (على سبيل المثال ، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع الطبيب لمدة 5-10 دقائق إذا: ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط تسجيل الوصول بزيارة العيادة في آخر 7 أيام و ○ لا تؤدي المعاينة إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و / أو الصور التي أرسلتها إلى طبيبك وشرح طبيبك ومتابعته في غضون 24 ساعة إذا: ○ لم تكن مريضًا جديدًا و تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية



ما الذي يجب أن تدفع مقابلته	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	خدمات الطبيب/مقدم الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء (يُتبع) ○ لا يرتبط التقييم بزيارة العيادة في آخر 7 أيام 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 مريضاً جديداً ● الرأي الثاني لمقدم خدمات آخر داخل الشبكة قبل اتخاذ إجراء الجراحة ● رعاية الأسنان غير الروتينية. تقتصر الخدمات المغطاة على ما يلي: ○ 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
\$0	خدمات طب الأقدام ندفع مقابل الخدمات التالية: ● 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 ● الرعاية الروتينية (غير المغطاة من Medicare) للقدم*
\$0	فحوصات سرطان البروستاتا  بالنسبة للرجال البالغين من العمر 50 عامًا وأكبر، ندفع مقابل الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهرًا: ● الاختبار الشرجي الرقمي ● اختبار مستضد بروتاتيني نوعي (PSA)



ما الذي يجب أن تدفع مقابل	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة أجهزة الأطراف الصناعية تستبدل كلاً أو جزءاً من وظيفة أو عضو بالجسم. نتحمل تكاليف الأجهزة التعويضية التالية، وربما أجهزة أخرى غير مدرجة هنا: • أكياس القولون والملحقات المتعلقة برعاية القولون • التغذية المعوية والتغذية بالحقن، بما في ذلك مجموعات لوازم التغذية ومضخة التسريب والأنابيب والمحلول والمحالي 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 كان إزالته أو تعرّض للضعف نتيجة مرض أو إصابة أو عيب خلقي • حفاظات وكريم سلس البول ندفع مقابل بعض المستلزمات المتعلقة بأجهزة الأطراف الاصطناعية. ندفع أيضاً مقابل إصلاح أو استبدال أجهزة الأطراف الاصطناعية. نقوم أيضاً بسداد جزء من التغطية بعد جراحة الساد أو إزالته. اطلع على "الرعاية البصرية" لاحقاً في هذا المخطط للحصول على مزيد من التفاصيل.
\$0	خدمات إعادة التأهيل الرئوي نتحمل تكاليف برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) الذي يتفاوت ما بين المعتدل والحاد جداً. يتعين أن تحصل على إحالة لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمات المعالج لمرض الانسداد الرئوي المزمن. سنتحمل تكلفة بعض الخدمات التنفسية للمرضى المعتمدين على أجهزة التنفس.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	فحص العدوى المنقولة جنسياً (STI) والاستشارة الخاصة بها نتحمل تكلفة فحوصات المتدثرة والسيلان والزهري والتهاب الكبد ب. وتتم تغطية هذه الفحوصات للحامل وبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً. يتعين على مقدم الرعاية الأولية طلب الاختبارات. وسنقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهراً أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل. نقوم أيضاً بالدفع مقابل جلستي استشارة سلوكية وجهاً لوجه ومكثفتين كل عام للبالغين النشطين جنسياً المعرضين للإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً. يمكن أن تستغرق كل جلسة من 20 إلى 30 دقيقة. ندفع مقابل هذه الجلسات الاستشارية كخدمة وقائية فقط في حال إجرائها من جانب مقدم الرعاية الأولية. يجب أن تكون هذه الجلسات في مكان الرعاية الأولية، مثل عيادة الطبيب.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF) نتحمل تكاليف الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا: • 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 رعايتك، بما في ذلك المواد الموجودة 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 التي تُجرى من جانب مرافق التمريض • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة التي تتوفر عادةً من جانب مرافق التمريض • خدمات الأطباء/مقدمي الخدمات ستحصل عادة على الرعاية الخاصة بك من مرافق الشبكة. ومع ذلك، قد تكون قادرًا على الحصول على رعايتك من مرفق خارج نطاق شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إن قبلت بمبالغ خطتنا: • دار ترميز 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 أو رفيق سكنك في وقت مغادرتك للمستشفى



ما الذي يجب أن تدفع مقابل	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET) تدفع 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. تدفع خطتنا مقابل: • 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 يتعين أن ينطبق ما يلي على برنامج SET: • 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 قد تتم تغطية SET لأكثر من 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا لعدد 36 جلسة إضافية على مدار فترة زمنية ممتدة إذا تم اعتبارها ضرورية من الناحية الطبية من قبل مقدم رعاية صحية.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	النقل: النقل الطبي لغير حالات الطوارئ 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: • 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 بناءً على الخدمة، قد يكون التصريح المسبق مطلوباً. ملاحظة: يتم تنظيم ترتيبات النقل عن طريق Call the Car. يتعين على الأعضاء الاتصال على السيارة على الرقم 200-7544 (855) [الهاتف النصي: 711]، على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. يجب إجراء ترتيبات النقل قبل 24 ساعة على الأقل. تقدم Call the Car تطبيقاً للجوال (CTC-Go) يمكن استخدامه من قبل أعضاء Blue Shield TotalDual Plan لتنسيق نقل الرعاية الصحية. تتيح لك CTC-Go مراجعة الحجزات القادمة أو السابقة وتقييم وسيلة النقل الخاصة بك ومتابعة السائق وإلغاء حجز حالي وجدولة حجز جديد. يتوفر CTC-Go على iOS وAndroid. ابحث في متجر التطبيقات عن "CTC-Go" وقم بتنزيل التطبيق. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.
\$0	النقل: النقل لغير الحالات الطبية تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية بسيارة ركاب أو سيارة أجرة أو وسيلة أخرى من المواصلات العامة/الخاصة. يكون النقل مطلوباً لغرض الحصول على الرعاية الطبية المطلوبة، بما في ذلك السفر إلى مواعيد الأسنان والحصول على الأدوية الموصوفة طبيًا. لا تحد هذه الميزة من ميزة النقل الطبي في الحالات غير الطارئة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابلها	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	الرعاية العاجلة الرعاية الطارئة هي رعاية تقدم لعلاج: • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، أو • مرض طبي مفاجئ، أو • إصابة، أو • حالة تتطلب رعاية على الفور. إذا احتجت إلى رعاية عاجلة، فيجب عليك أولاً محاولة الحصول عليها من مقدم الخدمات التابع للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الاستعانة بمقدمي خدمات من خارج الشبكة عندما لا يمكنك الوصول إلى مقدم خدمات تابع للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطّة أو خلال عطلة نهاية الأسبوع). التغطية على مستوى العالم.* ليس لديك حد سنوي مجمع للرعاية الطارئة أو الخدمات الضرورية العاجلة خارج الولايات المتحدة وأراضيها. لا تنطبق الخدمات خارج حدود الولايات المتحدة وأراضيها على الحد الأقصى للخطّة من التكاليف النثرية. * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطّة.



ما الذي يجب أن تدفع مقابل	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
تدفع \$0 مقابل فحص واحد في السنة. تدفع \$0 للعدسات اللاصقة أو لزوج واحد من النظارات (الإطارات والعدسات) بسعر يصل إلى \$350 كل عام. إذا اخترت العدسات اللاصقة أو النظارات (الإطارات والعدسات) بسعر أعلى من \$350، فأنت مسؤول عن هذا الفرق.	رعاية النظر* ندفع مقابل الخدمات التالية: - فحص العين الروتيني - العدسات اللاصقة أو النظارات (الإطارات والعدسات) يلزم الحصول على تصريح مسبق (موافقة مقدمة) لإجراء فحص روتيني للعين والمواد. استخدم دليل الرؤية أو انتقل إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع مقدم خدمات مشارك في شبكة خطة خدمات الرؤية (VSP) (مسؤول خطة Blue Shield Vision Plan). * لا يتم تطبيق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة. نتحمل 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. بالنسبة للأشخاص المعرضين لنسبة عالية من خطورة الإصابة بالزرق، ندفع مقابل فحص واحد للزرق كل عام. يشمل الأشخاص المعرضين لنسبة عالية من خطورة الإصابة بالزرق: - 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 نتحمل 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 الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على زوج من النظارات بعد الجراحة الأولى.



الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	ما الذي يجب أن تدفع مقابلها
 الزيارة الوقائية "الترحيبية لـ Medicare" نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare" لمرة واحدة. تتضمن الزيارة ما يلي: - مراجعة صحتك، - التثقيف والاستشارة بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاج إليها (بما في ذلك الفحوصات والحقن)، و - الإحالات لأقسام الرعاية الأخرى عند الضرورة. ملاحظة: نغطي الزيارة الوقائية "الترحيبية لـ Medicare" فقط خلال الـ 12 شهرًا الأولى الواردة في الجزء (ب) من برنامج Medicare. وعند تحديد موعدك، فأخبر عيادة طبيبك بأنك تريد تحديد موعد لزيارتك الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare".	\$0

مخطط الإجراءات الروتينية لمزايا الأسنان

يتم تضمين مزايا الأسنان الروتينية لجميع الأعضاء في هذه الخطة

يوضح **مخطط الإجراءات الروتينية لمزايا الأسنان** التالي إجراءات أسنان محددة مغطاة بميزة الأسنان الروتينية وما ستدفعه مقابل هذه الإجراءات. الخدمات المدرجة هي مزايا مغطاة عند تقديمها من قبل طبيب أسنان مرخص من الشبكة وعندما يكون ذلك ضروريًا ومعتادًا كما تحدده معايير ممارسة الأسنان المقبولة عمومًا.

هام: يرجى ملاحظة أن الإجراءات غير المدرجة غير مغطاة.

هام: بعض خدمات الأسنان غير مغطاة تحت أي ظروف (تعرف أيضًا باسم الاستثناءات) وبعض خدمات الأسنان مغطاة فقط في ظروف معينة (تعرف أيضًا باسم القيود). يرجى الرجوع إلى "القيود العامة" و"الاستثناءات العامة" المدرجة بعد مخطط المزايا هذا لمزيد من المعلومات.

سيتم توفير المزايا لإجراءات أسنان محددة ضرورية لعلاج حالات الأسنان الحادة الطارئة أو المؤلمة أو المعدية المحددة، أو عند تقديمها بطريقة تتفق مع مستوى الرعاية المعترف به مهنيًا. تحتفظ الخطة بالحق في المراجعة الإدارية، من قبل مدير الأسنان بالخطأ، المستندات المقدمة للشروط المذكورة أعلاه لتحديد التغطية.

تشمل الحالات التي تتميز بألم حاد أو عدوى ما يلي:

- ألم حاد يتطلب قناة الجذر الفورية؛
- ألم حاد يتطلب خلع الأسنان أو إزالتها و/أو شقها وصرفها؛
- خراج اللثة الحاد الذي يتطلب إجراءات اللثة الطارئة.

تتضمن الحالات الترميمية الطارئة ما يلي:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- السن الذي يخضع للترميم الذي بدأ كحشو (الترميمي الأساسي)، ولكن نظرًا لمدى الاضمحلال/الكسر الذي تم العثور عليه خلال عملية الترميم، مطلوب الآن وضع (التاج الترميمي الرئيسي).

يتم إدراج الخدمات في رمز إجراء (American Dental Association ADA) استنادًا إلى المصطلحات الحالية للأسنان. يتطلب القانون الفيدرالي استخدام رمز ADA للإبلاغ عن إجراءات الأسنان. يمكن مراجعة رموز الإجراءات من وقت لآخر من قبل ADA. لذلك، يجوز للخطوة مراجعة قائمة التعليمات البرمجية هذه كما يقتضي القانون. يمكنك الحصول على قائمة رموز ADA المحدثة من خلال الاتصال بقسم خدمة العملاء بخط (Dental Plan DPA) على الرقم (866) 247-2486 [الهاتف النصي: 711]، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما الذي يجب أن تدفع مقابله
الخدمات التشخيصية		
D0150	التقييم الشامل للفم - مريض جديد أو راسخ	\$0
D0171	إعادة التقييم، زيارة عيادة ما بعد الجراحة	\$0
D0190	فحص المريض	\$0
D0191	تقييم المريض	\$0
D0251	صورة الأشعة السينية الخلفية الإضافية للفم	\$0
D0415	جمع الكائنات الحية الدقيقة للزرع وفحص الحساسية	\$0
D0425	اختبار الاستعداد للتسوس	\$0
D0460	اختبارات حيوية اللب	\$0
D0470	القوالب التشخيصية	\$0
D0472	ضم الأنسجة والفحص الشامل وإعداد التقرير المكتوب وإرساله	\$0
D0473	ضم الأنسجة والفحص الشامل والمجهري وإعداد التقرير المكتوب وإرساله	\$0
D0474	ضم الأنسجة والفحص الشامل والفحص المجهري، بما في ذلك تقييم الهوامش الجراحية لوجود المرض، وإعداد التقرير المكتوب وإرساله	\$0
الخدمات الوقائية		
D1110	العلاجات العلاجية - البالغين	\$0
D1206	التطبيق الموضعي لطلاء الفلورايد	\$0
D1208	التطبيق الموضعي للفلورايد - باستثناء طلاء الفلورايد	\$0
D1353	إصلاح مانع التسرب - لكل سن	\$10
D1520	ترميم المساحة - قابل للإزالة - أحادي الجانب - لكل ربع	\$70
الخدمات الترميمية		
D2140	الحشوة - سطح واحد أو أساسي أو دائم	\$0
D2510	حشوة داخلية - معدنية - سطح واحد	\$170
D2520	حشوة داخلية - معدنية - سطحين	\$180
D2530	حشوة داخلية - معدنية - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$190

إذا كنت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما الذي يجب أن تدفع مقابلته
D2542	حشوة على طبقات - معدنية - سطحين	\$185
D2543	حشوة على طبقات - معدنية - ثلاثة أسطح	\$195
D2544	حشوة على طبقات - معدنية - أربعة أسطح أو أكثر	\$215
D2610	حشوة داخلية - خزف/سيراميك - سطح واحد	\$295
D2620	حشوة داخلية - خزف/سيراميك - سطحين	\$330
D2630	حشوة داخلية - خزف/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$350
D2642	حشوة على طبقات - خزف/سيراميك - سطحين	\$325
D2643	حشوة على طبقات - خزف/سيراميك - ثلاثة أسطح	\$360
D2644	حشوة على طبقات - خزف/سيراميك - أربعة أسطح أو أكثر	\$380
D2650	حشوة داخلية - مركب/راتنج - سطح واحد	\$195
D2651	حشوة داخلية - مركب/راتنج - سطحين	\$220
D2652	حشوة داخلية - مركب/راتنج - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$255
D2662	حشوة على طبقات - مركب/راتنج - سطحين	\$250
D2663	حشوة على طبقات - مركب/راتنج - ثلاثة أسطح	\$275
D2664	حشوة على طبقات - مركب/راتنج - أربعة أسطح أو أكثر	\$320
D2720	تاج - راتنج مع معدن عالي النبل	\$320
D2722	تاج - راتنج مع معدن نبيل	\$260
D2750	تاج - خزف مصهور مع معدن عالي النبل	\$380
D2752	تاج - خزف مصهور مع معدن نبيل	\$320
D2753	التاج - البورسلين مصبوب مع سبائك التيتانيوم و التيتانيوم	\$380
D2780	تاج، 4/3 مصبوب مع معدن عالي النبل	\$380
D2782	تاج ، 4/3 مصبوب مع معدن نبيل	\$320
D2790	تاج - معدن عالي النبل مصبوب بالكامل	\$380
D2792	التاج - المعدن النبيل المصبوب بالكامل	\$320
D2794	تاج - تيتانيوم	\$380
D2921	إعادة توصيل كسرة الأسنان أو الحافة أو الطرف المقطوع	\$50
D2929	تاج خزفي/خزفي مسبق الصنع - سن أساسي - أمامي	\$75
D2940	الترميم للحماية	\$0
D2981	إصلاح الترميمي الذي يتطلبه فشل المواد الترميمية	\$25
D2982	إصلاح الحشوة على طبقات الذي يتطلبه فشل المواد الترميمية	\$25
D2983	إصلاح قشرة التاج بسبب فشل المواد المرممة	\$25
خدمات علاج جذور الأسنان		
D3110	غطاء اللب، مباشر (باستثناء الترميم النهائي)	\$0
D3331	علاج انسداد قناة الجذر، الوصول إليها من دون إجراء جراحة	\$0
D3333	الإصلاح الداخلي للأسنان لعيوب تشوه الأسنان	\$50

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما الذي يجب أن تدفع مقابلته
D3346	إعادة معالجة سابقة لقناة الجذر، الأسنان الأمامية	\$0
D3348	إعادة المعالجة السابقة لقناة الجذر، الضرس	\$0
D3353	التكليس/إعادة التكليس - الزيارة النهائية (بما في ذلك الجذر المكتمل)	\$80
D3450	بتر الجذر - لكل جذر	\$85
D3920	استئصال نصفي (بما في ذلك إزالة أي جذر)، لا يشمل علاج قناة الجذر	\$150
خدمات اللثة		
D4212	استئصال اللثة أو رأب اللثة للسماح بالوصول لإجراء الترميم، لكل سن	\$85
D4240	إجراء قَلْب اللثة، بما في ذلك تخطيط الجذر - لأربعة أو أكثر من الأسنان المجاورة أو المساحات المحددة للأسنان لكل ربع	\$150
D4241	إجراء قَلْب اللثة، بما في ذلك تخطيط الجذر - من سن واحد إلى 3 أسنان مجاورة أو المساحات المحددة للأسنان لكل ربع	\$225
D4245	قَلْب متركز على قمة القمة	\$75
D4260	الجراحة العظمية (بما في ذلك دخول القلب والإغلاق) - أربعة أو أكثر من الأسنان المجاورة أو المساحات المحددة للأسنان لكل ربع سنة	\$0
D4263	الطعوم البديلة للعظام - الأسنان الطبيعية المحتفظ بها - الموقع الأول في الربع	\$225
D4264	الطعوم البديلة للعظام - الأسنان الطبيعية المحتفظ بها - كل موقع إضافي في الربع	\$80
D4270	إجراء تطعيم الأنسجة اللينة من العنق	\$225
D4274	إجراء الإسفين النسيلي/النأي بالسن الواحد (عند عدم إجرائه بالتزامن مع العمليات الجراحية في نفس المنطقة)	\$225
D4277	إجراء طعم الأنسجة اللينة مجاًناً (بما في ذلك المواقع الجراحية للمستلم والمتبرع) أول سن أو موضع زرع أو سن متأرجح	\$295
D4278	إجراء طعم الأنسجة اللينة مجاًناً (بما في ذلك المواقع الجراحية للمستلم والمتبرع) كل سن متجاورة إضافية، أو موضع زرع، أو سن متأرجح في نفس موقع الطعم	\$295
D4921	الري اللثوي- لكل ربع	\$0
خدمات الأسنان التعويضية (القابلة للإزالة)		
D5110	طقم أسنان كامل - علوي	\$0
D5221	طقم الأسنان الجزئي للفكين - قاعدة الراتنج	\$365
D5222	أطقم الأسنان الجزئية السفلية الفورية - قاعدة الراتنج	\$365
D5223	طقم أسنان فكي جزئي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد طقم أسنان راتنجية	\$415
D5224	الهيكل المعدني المصبوب الجزئي الفوري للفك السفلي مع قواعد أطقم أسنان راتنجية	\$415
D5225	طقم الأسنان الجزئي للفك العلوي - قاعدة مرنة (بما في ذلك مواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)	\$180
D5226	طقم الأسنان الجزئي للفك السفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)	\$180
D5670	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك العلوي)	\$100
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	\$100

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما الذي يجب أن تدفع مقابلته
D5710	إعادة زراعة أطقم الأسنان الفكية الكاملة	\$100
D5711	إعادة زراعة أطقم الأسنان الكاملة للفك السفلي	\$100
D5720	إعادة زرع طقم الأسنان الجزئي للفك العلوي	\$100
D5721	إعادة زرع طقم الأسنان الجزئي للفك السفلي	\$110
D5820	طقم الأسنان الجزئي المؤقت (بما في ذلك المواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)، الفك العلوي. يتضمن أي مشابك وراحة ضرورية.	\$380
D5821	طقم الأسنان الجزئي المؤقت (بما في ذلك المواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)، الفك السفلي. يتضمن أي مشابك وراحة ضرورية.	\$320
خدمات تقويم الأسنان (ثابتة)		
D6210	جسمي - صب معدن نبيل عالي	\$380
D6212	جسمي - معدن نبيل مصبوب	\$320
D6240	جسمي - البورسلين المندمج مع المعدن النبيل العالي	\$320
D6242	جسمي - البورسلين المندمج مع المعدن النبيل	\$320
D6243	جسمي - البورسلين المندمج مع التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$260
D6250	جسمي - راتنج مع معدن عالي النبل	\$330
D6252	جسمي - راتنج مع معدن نبيل	\$350
D6600	تطعيم مثبت - خزف/سيراميك، سطحين	\$280
D6601	تطعيم الحشوة الداخلية - خزف/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$290
D6602	تطعيم الحشوة الداخلية - معدن عالي النبل مصبوب، سطحين	\$180
D6603	تطعيم الحشوة الداخلية - معدن عالي النبل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$190
D6604	تطعيم الحشوة الداخلية - مصبوب في الغالب معدن قاعدي، سطحين	\$210
D6605	تطعيم الحشوة الداخلية - مصبوب في الغالب من المعدن القاعدي، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$220
D6606	تطعيم الحشوة الداخلية - صب معدن نبيل، سطحين	\$325
D6607	تطعيم الحشوة الداخلية - صب معدن نبيل، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$360
D6608	تطعيم الحشوة على طبقات - خزف/سيراميك، سطحين	\$285
D6609	تطعيم الحشوة على طبقات - خزف/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$295
D6610	تطعيم الحشوة على طبقات - معدن عالي النبل مصبوب، سطحين	\$185
D6611	تطعيم الحشوة على طبقات - معدن عالي النبل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$195
D6612	تطعيم الحشوة على طبقات - مصبوب في الغالب معدن قاعدي، سطحين	\$205
D6613	تطعيم الحشوة على طبقات - مصبوب في الغالب من المعدن القاعدي، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$225
D6614	تطعيم الحشوة على طبقات - معدن نبيل مصبوب، سطحين	\$320
D6615	تطعيم الحشوة على طبقات - معدن نبيل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$260
D6720	تاج مثبت - راتنج مع معدن نبيل عالي	\$380
D6722	تاج مثبت - راتنج مع معدن نبيل	\$320
D6750	تاج مثبت - خزف مصهور في معدن عالي النبل	\$380
D6752	تاج مثبت - خزف مصهور في معدن نبيل	\$380

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما الذي يجب أن تدفع مقابلته
D6753	تاج مثبت - خزف مصهور مع التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$320
D6780	تاج مثبت - 4/3 قالب معدني نبيل عالي	\$380
D6782	تاج مثبت - 4/3 معدن نبيل مصبوب	\$380
D6784	تاج مثبت 3/4 - التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$320
D6790	تاج مثبت - معدن عالي النبل كامل الصب	\$45
D6792	تاج مثبت - معدن نبيل مصبوب كامل	\$320
D6940	وصلة مخففة للضغط	\$45
خدمات جراحة الفم والفكين والوجه		
D7111	القلع، البقايا التاجية، أو السن الأول	\$0
D7140	الاستئصال أو تفجر السن أو الجذر المكشوف (رفع و/أو إزالة العوارض)	\$0
D7210	القلع، السن المسبب للوجع متطلب إزالة العظام، تجزئة الأسنان بما في ذلك رفع السديلة المخاطية السحاقية	\$0
D7220	إزالة الأسنان المصابة - الأنسجة اللينة	\$0
D7241	إزالة الأسنان المصابة - العظام بالكامل، مع جراحة غير عادية	\$0
D7251	استئصال القوقعة التاجية - إزالة الأسنان الجزئية المتعمدة	\$130
D7282	تعبئة السن المسبب للوجع أو سيئ الوضع للمساعدة في تخفيف الوجع	\$90
D7510	شق وتصريف الخراج - الأنسجة اللينة داخل الفم	\$0
خدمات تقويم الأسنان		
D8010	علاج تقويم الأسنان المحدود للأسنان الأولية	\$1,150
D8040	علاج تقويم الأسنان المحدود لأسنان البالغين - الكبار	\$1,350
D8090	العلاج التقويمي الشامل لأسنان البالغين - الكبار	\$2,100
الخدمات العامة المساعدة		
D9311	استشارة أخصائي الرعاية الصحية الطبية	\$0
D9450	تخطيط علاجي تفصيلي وشامل لعرض الحالة	\$0
D9932	تنظيف وفحص أطقم الأسنان الكاملة القابلة للإزالة، الفك العلوي	\$0
D9933	تنظيف وفحص أطقم الأسنان الكاملة القابلة للإزالة، الفك السفلي	\$0
D9934	تنظيف وفحص طقم الأسنان الجزئي القابل للإزالة، الفك العلوي	\$0
D9935	تنظيف وفحص طقم الأسنان الجزئي القابل للإزالة، الفك السفلي	\$0
D9943	تصحيح الإطباق	\$10
D9944	واقي الإطباق - جهاز صلب، قوس كامل	\$100
D9945	واقي إطباق - جهاز ناعم، قوس كامل	\$100
D9946	واقي إطباق - جهاز صلب، قوس جزئي	\$100
D9975	التبييض الخارجي للتطبيق المنزلي، لكل قوس يشمل المواد وتصنيع الصواني المخصصة - يقتصر على صينية واحدة للتبييض وجل لمدة أسبوعين من المعالجة الذاتية	\$125
D9986	الموعد الفائت - دون إخطار على مدار 24 ساعة - لكل 15 دقيقة من وقت الموعد	\$10
D9987	الموعد الملغي - دون إخطار على مدار 24 ساعة - لكل 15 دقيقة من وقت الموعد.	\$10

إذا كنت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



ملاحظة: ما لم تكن بحاجة لخدمات الأسنان الطارئة المغطاة من خارج Medicare، فإن مبالغ المشاركة في تكلفة الأعضاء المدرجة تنطبق فقط عند تلقي خدمات الأسنان من طبيب أسنان من الشبكة (انظر "رعاية الأسنان الطارئة المغطاة لغير Medicare").

ملاحظة: نظرًا لأن Blue Shield تتعاقد مع Medicare كل عام، فقد لا تكون مزايا طب الأسنان الروتينية هذه متاحة في العام المقبل.

الحصول على العناية الروتينية بالأسنان

المقدمة

تدار خطة الأسنان Blue Shield من قبل مسؤول خطة الأسنان (DPA) متعاقد، وهو كيان متعاقد مع Blue Shield لإدارة تقديم خدمات الأسنان من خلال شبكة من أطباء الأسنان المتعاقد معهم. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص المعلومات الواردة في قسم الأسنان هذا، أو كنت بحاجة إلى مساعدة أو كانت لديك أي مشاكل، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **247-2486 (866)** [TTY: 711]، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

قبل الحصول على خدمات طب الأسنان الروتينية

أنت مسؤول عن التأكد من أن طبيب الأسنان الذي تختاره هو طبيب أسنان تابع للشبكة. **ملاحظة:** قد تتغير حالة طبيب الأسنان في الشبكة. من واجبك التحقق مما إذا كان طبيب الأسنان الخاص بك حاليًا طبيب أسنان ضمن الشبكة في حالة حدوث أي تغييرات في قائمة أطباء الأسنان المتعاقدين. يمكن الحصول على قائمة أطباء الأسنان التابعين للشبكة الموجودين في منطقتك من خلال الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **247-2486 (866)** [TTY: 711]، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

زيارة طبيب الأسنان الخاص بك

بعد وقت قصير من التسجيل، ستلقى حزمة عضوية من DPA تخبرك بتاريخ سريان مزاياك وعنوان ورقم هاتف طبيب الأسنان أو طبيب الأسنان للرعاية الأولية داخل الشبكة (PCD). بعد تاريخ السريان في حزمة عضويتك، يمكنك الحصول على خدمات رعاية الأسنان المغطاة. لتحديد موعد، ما عليك إلا الاتصال بمرفق طبيب الرعاية الأولية وتحديد نفسك كعضو بخطة Blue Shield TotalDual Plan. يجب تحديد المواعيد الأولية في غضون أربعة أسابيع ما لم يتم طلب وقت محدد. يجب توجيه الاستفسارات المتعلقة بتوفر المواعيد وإمكانية وصول أطباء الأسنان إلى قسم خدمة عملاء DPA على الرقم **247-2486 (866)** [TTY: 711]، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

ملاحظة: يجب على كل عضو الذهاب إلى PCD الخاص به للحصول على خدمات مغطاة، باستثناء الخدمات التي يقدمها أخصائي معتمد مسبقًا كتابيًا من قبل DPA، أو لخدمات رعاية الأسنان في حالات الطوارئ التي لا تغطيها Medicare. أي علاج آخر غير خاضع للتغطية في خطة Blue Shield TotalDual Plan.

يتعين عليك الاتصال بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك لجميع احتياجات رعاية الأسنان بما في ذلك الخدمات الوقائية ومشاكل الأسنان الروتينية والاستشارات مع أخصائيي الخطة وخدمات الطوارئ (عندما يكون ذلك ممكنًا). يتولى طبيب الرعاية الأولية (PCD) مسؤولية تقديم خدمات رعاية الأسنان العامة وتنسيق أو ترتيب الإحالة إلى أخصائيي الخطة الضروريين الآخرين. يتعين على الخطة إصدار

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



التصريح بهذه الحالات.

خطة طب الأسنان هذه داخل الشبكة فقط لا تدفع مزايا لأطباء الأسنان خارج الشبكة. لن تتم تغطية الخدمات التي يتم الحصول عليها من طبيب أسنان من خارج الشبكة، باستثناء إذا كانت هناك حالة طارئة للأسنان. عندما تتلقى خدمات من طبيب أسنان خارج الشبكة، ستكون مسؤولاً عن دفع المبلغ الكامل الذي ستدفعه مباشرة لطبيب الأسنان.

ملاحظة: قد يجد الأعضاء الذين لم يواكبوا مواعيد طب الأسنان الروتينية (مرة واحدة كل 6 أشهر) أنهم بحاجة إلى خدمات تنطوي على تحجيم اللثة والتخطيط الجذري قبل تقديم الرعاية الروتينية مثل التنظيف المنتظم.

المدفوعات المشتركة للأعضاء

قبل بدء علاجك، سيقوم طبيب الأسنان بتصميم خطة علاج لتلبية احتياجاتك الفردية. من الأفضل مناقشة خطة العلاج الخاصة بك ومسؤولياتك المالية مع طبيب الأسنان الخاص بك قبل بدء العلاج.

تكون المدفوعات المشتركة مستحقة وواجبة الدفع في وقت الخدمة أو بدء الرعاية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في الحصول على معلومات حول خطة العلاج الخاصة بك أو إذا كان لديك أي أسئلة حول المدفوعات المشتركة التي تتحملها مقابل إجراءات طب الأسنان المغطاة، يمكنك الاتصال بقسم خدمة العملاء في DPA على **(866) 247-2486** [TTY: 711]، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

اختيار طبيب أسنان الرعاية الأولية

في وقت التسجيل، يجب عليك اختيار طبيب أسنان ضمن الشبكة ليكون PCD الخاص بك. إذا فشلت في تحديد طبيب أسنان داخل الشبكة أو أصبح اختيار طبيب أسنان داخل الشبكة غير متاح، فإن DPA ستطلب اختيار طبيب أسنان آخر من داخل الشبكة أو تعيينك لطبيب أسنان تابع للشبكة. يمكنك تغيير طبيب الأسنان المعين التابع للشبكة من خلال الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **(866) 247-2486** [TTY: 711]، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. لضمان إخطار طبيب الأسنان داخل الشبكة وصحة قوائم أهلية DPA، يجب طلب إجراء تغييرات على أطباء الأسنان داخل الشبكة قبل 21 من الشهر حتى تسري التغييرات في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا لم يعد طبيب الأسنان الخاص بك متعاقداً مع خطة DPA Blue Shield TotalDual Plan

إذا كان طبيب الأسنان الذي تم اختياره من داخل الشبكة غير قادر على الاستمرار بموجب العقد المبرم مع DPA لأنه غير قادر على أداء العقد أو تم خرقه، أو إذا كانت DPA قد ألغت العقد، فسوف تخطر DPA قبل 30 يوماً على الأقل من تاريخ الإنهاء الفعلي لطبيب الأسنان حتى تتمكن من اختيار طبيب أسنان آخر.

إذا تم إخطارك من قبل DPA أنك بحاجة إلى اختيار طبيب أسنان آخر لهذا السبب، فيتم إزالة رسوم ازدواجية ونقل الأشعة السينية أو السجلات الأخرى. أيضاً، سيكمل طبيب الأسنان داخل الشبكة (أ) طقم أسنان جزئي أو كامل تم أخذ انطباعات نهائية عنه، و (ب) كل عمل بدأ على كل سن (مثل استكمال قنوات الجذر الجارية والتسليم التيجان عند تحضير الأسنان).

رعاية الأسنان في حالات الطوارئ غير المشمولة بـ Medicare

خدمات الطوارئ غير المغطاة من Medicare تعني الرعاية المقدمة من قبل طبيب أسنان لعلاج حالة أسنان تظهر كأعراض ذات خطورة كافية، بما في ذلك الألم الشديد، بحيث يتوقع العضو بشكل معقول أن يؤدي غياب الاهتمام الفوري إلى: (1) تعريض صحة أسنان العضو لخطر شديد، أو (2) ضعف خطير في وظائف الأسنان.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



رعاية الأسنان الطارئة المغطاة في المنطقة غير المشمولة في Medicare

إذا شعرت أنك بحاجة لرعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة من Medicare وكنت في منطقة خدمات Blue Shield TotalDual Plan، فاتصل على الفور بطبيب أسنان ضمن الشبكة المعين. سينصحك موظفو عيادة الأسنان بما يجب عليك فعله.

رعاية الأسنان الطارئة المغطاة خارج المنطقة غير المشمولة في Medicare

إذا كنت خارج منطقة خدمة Blue Shield TotalDual Plan وتطلبت رعاية أسنان طارئة غير مشمولة ببرامج Medicare، فيمكنك الحصول على العلاج من أي طبيب أسنان مخصص. يتم تغطية الخدمات التي تتلقاها من طبيب الأسنان خارج المنطقة بمبلغ يصل إلى \$100 (ناقص أي مدفوعات مشتركة سارية للأعضاء) طالما أن النقل إلى مقدم رعاية ضمن الشبكة يشكل خطرًا على صحتك.

التعويض عن رعاية الأسنان الطارئة المغطاة خارج المنطقة غير المشمولة في Medicare

سيتم تعويضك بمبلغ يصل إلى \$100 (ناقص أي مشاركات في التسديد للأعضاء السارية) مقابل تكلفة خدمات الأسنان الطارئة المغطاة خارج المنطقة من Medicare. كلما كان ذلك ممكنًا، يجب أن تطلب من طبيب الأسنان إرسال الفاتورة مباشرة إلى Blue Shield على العنوان المدرج أدناه.

للحصول على تعويض، أرسل طلبك للحصول على تعويض وإيصال الدفع ووصف الخدمات المقدمة كتابيًا إلى:

Blue Shield of California

Claims Department

P.O. Box 1803

Alpharetta, GA 30023

هناك حدود زمنية لتقديم المطالبات. بوجه عام، يجب تقديم فواتير الخدمات إلى Blue Shield في غضون عام واحد من تاريخ الخدمة، ما لم يكن هناك سبب لتقديمها لاحقًا.

ستراجع DPA لدينا خدمة الأسنان الطارئة غير المغطاة من Medicare التي تلقيتها وتخطر في غضون 30 يومًا من استلام المطالبة إذا كنت مؤهلاً للتعويض. باستثناء خدمات الأسنان الطارئة غير المغطاة من Medicare، ستكون مسؤولاً عن السداد الكامل لخدمات الأسنان التي تتلقاها خارج ولاية كاليفورنيا.

رفض المطالبة بالتعويض عن رعاية الأسنان الطارئة غير مغطاة من Medicare خارج المنطقة

إذا تم رفض مطالبتك بسداد تكاليف رعاية الأسنان الطارئة خارج منطقة Medicare المغطاة جزئيًا أو كليًا، فسيقوم DPA بإخطارك بالقرار، كتابيًا. سيتضمن الإخطار السبب المحدد للرفض وسيبلغك أنه يمكنك طلب إعادة النظر في الرفض.

لطلب إعادة النظر في الرفض أو الرفض الجزئي، أرسل إخطارًا كتابيًا إلى Blue Shield TotalDual Plan في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ إخطار الرفض الكتابي.

لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 9 (ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى).

الحصول على رأي ثانٍ لرعاية الأسنان

يمكنك طلب رأي ثانٍ إذا كنت لا توافق على أو تشكك في التشخيص و/أو تحديد خطة العلاج من قبل طبيب الأسنان التابع للشبكة. قد تطلب DPA أيضًا الحصول على رأي ثانٍ للتحقق من ضرورة وملاءمة علاج الأسنان أو تطبيق المزايا.



سيتم تقديم الآراء الثانية من قبل طبيب أسنان مرخص في الوقت المناسب، بما يتناسب مع طبيعة حالتك. سيتم التعجيل بالطلبات التي تنطوي على حالات تهديد صحي وشيك وخطيرة (الموافقة على التصريح أو رفضه في غضون 72 ساعة من استلام الطلب، كلما أمكن ذلك). للحصول على مساعدة أو معلومات إضافية بخصوص الإجراءات والإطارات الزمنية لتصاريح الرأي الثاني، اتصل بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم [711: TTY] 866-247-2486، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر أو اكتب إلى DPA.

سيتم تقديم آراء ثانية في مرفق آخر لطبيب الأسنان التابع للشبكة، ما لم يتم التصريح بخلاف ذلك من قبل DPA. ستصرح DPA برأي ثانٍ من قبل مقدم رعاية من خارج الشبكة إذا لم يتوفر طبيب أسنان مؤهل بشكل مناسب داخل الشبكة. لن تدفع DPA سوى مقابل رأي ثانٍ وافقت عليه أو أذنت به DPA. سيتم إرسال إخطار كتابي لك إذا قررت DPA عدم التصريح برأي ثانٍ. إذا كنت لا توافق على هذا القرار، فيمكنك تقديم التماس إلى Blue Shield TotalDual Plan. ارجع إلى قسم التظلمات والالتماسات للحصول على معلومات إضافية.

تنسيق المزايا

تقدم هذه الخطة مزايا بصرف النظر عن التغطية من خلال أي سياسة تأمين جماعية أخرى أو أي برنامج مزايا صحية جماعية آخر إذا كانت السياسة أو البرنامج الآخر يغطي الخدمات أو النفقات بالإضافة إلى رعاية الأسنان. وإلا، يتم تنسيق المزايا المقدمة بموجب هذه الخطة من قبل أخصائيين أو أطباء أسنان من خارج الشبكة مع سياسات تأمين الأسنان الجماعية الأخرى أو أي برامج مزايا أسنان جماعية. يخضع تحديد السياسة أو البرنامج الأساسي للقواعد المنصوص عليها في العقد.

إذا كانت هذه الخطة ثانوية، فستدفع أقل مما يلي:

- المبلغ الذي كان ستدفعه في حالة عدم وجود أي تغطية أخرى لمزايا طب الأسنان، أو؛
- إجمالي تكلفة العضو النثرية المستحقة الدفع بموجب خطة مزايا الأسنان الأولية طالما أن المزايا مغطاة بموجب هذه الخطة.

يتعين على العضو أن يقدم إلى DPA ولإدارة DPA إمكانية الإفصاح أو الحصول من أي شركة تأمين أو مؤسسة أخرى، عن أي معلومات حول العضو اللازمة لإدارة تنسيق المزايا. تحدد DPA، وفقًا لتقديرها الخاص، ما إذا كان هناك ما يبرر أي تعويض لشركة تأمين أو منظمة أخرى بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة هنا، ويعتبر أي تعويض مدفوع من هذا القبيل بمثابة مزايا بموجب هذا العقد. يحق لـ DPA أن تسترد من طبيب الأسنان أو العضو أو شركة التأمين أو أي منظمة أخرى، كما تختار DPA، مبلغ أي ميزة تدفعها DPA تتجاوز التزاماتها بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة هنا.

إجراءات التظلم والالتماسات

الترامنا بك هو ضمان ليس فقط جودة الرعاية، ولكن أيضًا الجودة في عملية العلاج. تمتد جودة العلاج هذه من الخدمات المهنية المقدمة من أطباء الأسنان التابعين للشبكة إلى خدمات مجالية تم تمديدها من قبل ممثلي خدمة الهاتف لدينا. إذا كان لديك أي سؤال أو شكوى بشأن الأهلية، أو رفض خدمات أو مطالبات طب الأسنان، أو سياسات أو إجراءات أو عمليات DPA أو جودة خدمات طب الأسنان التي يؤديها طبيب أسنان ضمن الشبكة، فيحق لك تقديم شكوى أو التماس إلى Blue Shield TotalDual Plan. يرجى الانتقال إلى الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتماسات، والشكاوى) لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم تظلم أو التماس. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بـ DPA على الرقم (866) 247-2486 [711: TTY]، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، وطوال أيام الأسبوع (باستثناء العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وأيام عطلات الأسبوع من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهواتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



القيود العامة لخطة HMO الروتينية للأسنان

1. تقتصر فحوصات صحة الفم على واحدة (1) كل ثلاث (3) سنوات تقويمية، لكل مقدم خدمة أو موقع (D 0150).
2. يقتصر العلاج الوقائي أو التحجيم على اثنين (2) في السنة التقويمية (D 1110).
3. يقتصر استخدام الفلوريد الموضعي (باستثناء الورنيش) على اثنين (2) في السنة التقويمية (D1208).
4. التاج – البورسلين المنصهر في المعدن النبيل يقتصر على 2 لكل سنة تقويمية لكل مريض (D 2750).
5. طقم أسنان – طقم أسنان جزئي فكي فوري – إطار معدني مصبوب مع قواعد طقم أسنان راتنجية 1 لكل 5 سنوات تقويمية. (D5223).
6. تقويم الأسنان - إجراء قب اللثة - بما في ذلك تخطيط الجذر - واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو المساحات المحددة للأسنان لكل ربع (D 4241).
7. يقتصر طقم الأسنان الجزئي على واحد (1) خلال أي اثني عشر (12) شهرًا متتاليًا (D5820 و D5821).
8. تستند التكلفة التي يتحملها العضو الذي يتلقى علاج تقويم الأسنان الذي يتم إلغاء تغطيته أو إنهائه لأي سبب من الأسباب إلى الرسوم المعتادة لطبيب تقويم الأسنان التابع للشبكة لخطة العلاج. سيقوم أخصائي تقويم الأسنان التابع للشبكة بتقسيم المبلغ لعدد الأشهر المتبقية لإكمال العلاج. يقوم العضو بالدفع مباشرة إلى أخصائي تقويم الأسنان في الشبكة كما هو مرتب.

استثناءات عامة لخطة HMO الروتينية للأسنان

1. أي إجراء غير مدرج على وجه التحديد في مخطط الإجراءات الروتينية لمزايا الأسنان.
2. أي إجراء في الرأي المهني لطبيب الأسنان التابع للشبكة:
 - a. يعاني من تشخيص ضعيف للحصول على نتيجة معقولة ناجحة وطول العمر بناء على حالة الأسنان أو الأسنان و/أو الهياكل المحيطة بها، أو
 - b. تتعارض مع المعايير المقبولة عمومًا لطب الأسنان.
3. خدمات فقط لأغراض تجميلية أو لحالات ناجمة عن عيوب وراثية أو نمائية، مثل الحنك المشقوق وتشوهات الفك العلوي والسفلي والأسنان المفقودة خلقياً والأسنان غير ذات اللون أو التي تفتقر إلى المينا.
4. الأجهزة المفقودة أو المسروقة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية ومحافظات مساحة التيجان وأطقم الأسنان الجزئية الثابتة (الجسور).
5. الإجراءات أو الأجهزة أو الترميم إذا كان الغرض هو تغيير البعد الرأسي أو تشخيص أو علاج حالات غير طبيعية للمفصل الصدغي (TMJ).
6. المعدن الثمين للأجهزة القابلة للإزالة، والقواعد الناعمة المعدنية أو الدائمة لأطقم الأسنان الكاملة، وأسنان طقم الأسنان الخزفية، والدعامات الدقيقة للأجزاء القابلة للإزالة أو أطقم الأسنان الجزئية الثابتة (التراكبات والزرعات والأجهزة المرتبطة بها) وتخصيص وتوصيف أطقم الأسنان الكاملة والجزئية.



7. أجهزة ومرفقات الأسنان المدعومة بالزرع وزراعة الأسنان والصيانة والإزالة وجميع الخدمات الأخرى المرتبطة بزراعة الأسنان.
8. الاستشارات الخاصة بالمزايا غير المغطاة.
9. خدمات الأسنان التي يتم تلقيها من أي مرفق للأسنان بخلاف طبيب الأسنان المعين ضمن الشبكة أو أخصائي أسنان مصرح له مسبقًا أو أخصائي تقويم الأسنان التابع للشبكة باستثناء خدمات رعاية الأسنان الطارئة كما هو موضح في دليل التغطية.
10. جميع الرسوم ذات الصلة للدخول أو الاستخدام أو الإقامة في مستشفى أو مركز جراحة للمرضى الخارجيين أو مرفق رعاية ممتدة أو مرفق رعاية مماثل آخر.
11. الأدوية الموصوفة طبيًا.
12. بدأت نفقات الأسنان المتكبدة فيما يتعلق بأي إجراء للأسنان أو تقويم الأسنان قبل أهلية العضو في خطة Blue Shield TotalDual Plan. تشمل الأمثلة على: الأسنان المعدة للتاج وقنوات الجذر قيد التقدم وأطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية التي تم أخذ الانطباع لها وأجهزة تقويم الأسنان.
13. التغييرات في علاج تقويم الأسنان التي تستلزمها حادثة من أي نوع.
14. الأجهزة و/ أو العلاجات الوظيفية والعضلية.
15. أقواس مركبة أو خزفية، والتكيف اللساني لأربطة تقويم الأسنان وغيرها من البدائل المتخصصة أو التجميلية لأجهزة تقويم الأسنان القياسية الثابتة والقابلة للإزالة.
16. خلع الأسنان، عندما تكون الأسنان لا أعراض لها/ غير باثولوجيا (لا توجد علامات أو أعراض الباثولوجيا أو العدوى)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر إزالة الضرس الثالث وخلع الأسنان.
17. تقتصر أطقم الأسنان الجزئية المؤقتة (اللقمات)، بالتزامن مع الأجهزة الثابتة أو القابلة للإزالة، على استبدال الأسنان الأمامية المخلوعة للبالغين خلال فترة الشفاء عندما لا يمكن إضافة الأسنان إلى أطقم الأسنان الجزئية الحالية.
18. تقتصر مزايا برنامج إدارة الأنسجة اللينة على تلك الأجزاء، والتي هي الخدمات المغطاة المدرجة في مخطط الإجراءات/الروتينية لمزايا الأسنان. إذا رفض أحد الأعضاء الخدمات غير المغطاة ضمن برنامج إدارة الأنسجة اللينة، فإنه لا يلغي أو يغير المزايا الأخرى المغطاة.
19. العلاج أو الأجهزة التي يقدمها طبيب أسنان متخصص في الخدمات التعويضية.
20. يجب توفير علاج تقويم الأسنان من قبل طبيب أسنان مرخص. لا يتم تغطية تقويم الأسنان الذاتي.
21. لا تعد إزالة أجهزة تقويم الأسنان الثابتة لأسباب أخرى غير إكمال العلاج ميزة مغطاة.

E. المزايا المغطاة خارج خطتنا

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

E1. 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 يومًا على التوالي، في العودة مرة أخرى إلى مقر

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



إقامتهم المجتمعي والبقاء آمنين فيه. ويمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقال أثناء فترة ما قبل الانتقال ولمدة الـ 365 يومًا 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.

للحصول على خدمات تنسيق الانتقال من CCT:

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

للخدمات غير المتعلقة بانتقالك من خلال CCT

يقوم مقدم الخدمات بارسال الفاتورة لنا مقابل خدماتك. تدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات.

أثناء تلقيك خدمات تنسيق الانتقال من CCT، ندفع مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا في القسم D.

ليس هناك تغيير في ميزة تغطية الأدوية

لا يغطي برنامج CCT الأدوية. تواصل الحصول على ميزة الأدوية الطبيعية الخاصة بك من خلال خطتنا. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

ملاحظة: إذا احتجت إلى رعاية نقل غير تابعة لبرنامج CCT، فيجب عليك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالانتقال إلى CCT هي رعاية لا تتعلق بانتقالك من مؤسسة أو مرفق.

E2. برنامج رعاية الأسنان من Medi-Cal

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

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية وعمليات التنظيف وعلاجات الفلوريد
- الترميمات والتيجان
- علاج قناة الجذر
- تعديلات أطقم الأسنان وإصلاحاتها وإعادة تخطيطها

تتوفر مزايا 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 (ويتصل مستخدمو الهاتف النصي على الرقم 1-800-735-2922). وتكون 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 مزايا 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 خططك لرعاية الأسنان، أو تريد تغيير خطط الأسنان، فيُرجى الاتصال بخيارات الرعاية

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



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

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. يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج للمرضى المحتضرين معتمد من Medicare. يجب أن تساعدك الخطة في العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من Medicare. يمكن لطبيب المرضى المحتضرين أن يكون مقدم خدمات داخل الشبكة أو خارجها.

راجع مخطط المزايا في القسم (د) لمزيد من المعلومات حول ما ندفع مقابلته أثناء تلقيك خدمات رعاية المحتضرين.

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

- يقوم مقدم الخدمات للمحتضرين بحاسبة Medicare على خدماتك. يدفع Medicare مقابل خدمات المحتضرين المتعلقة بتطويرك المتأخر. لا يلزمك تحمل تكاليف هذه الخدمات.

بالنسبة للخدمات المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) 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 (أ) أو (ب) من برنامج Medicare. ولن تتحمل تكاليف هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بميزة الجزء (د) من برنامجنا:

- لا تتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

ملاحظة: إذا احتجت إلى الحصول على رعاية في غير نزل، فيجب عليك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. الرعاية التي لا تتعلق بالمحتضرين عبارة عن رعاية لا تتعلق بحالتك المتأخرة.

F. المزايا غير المغطاة من قبل خطتنا أو Medicare أو Medi-Cal

يخبرك هذا القسم بالمزايا المستثناة من قبل خطتنا. "الاستثناء" يعني أنك لن تدفع مقابل هذه المزايا. لن يدفع Medicare و Medi-Cal مقابل أي منها.

تسرد القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر لم تتم تغطيتها من جانبنا تحت أي ظروف وبعض الخدمات والعناصر التي تم استثنائها 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. حتى إذا تلقت الخدمات في مرفق الطوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل الخدمات. إذا كنت تعتقد أن خطتنا يجب أن تدفع مقابل خدمة غير مغطاة، فيمكنك طلب التماس. للحصول على معلومات حول الالتماسات، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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

- الخدمات التي لا تعتبر "معقولة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقًا لمعايير Medicare وMedi-Cal، ما لم ندرجها كخدمات مغطاة.
- العلاجات والعناصر والأدوية الطبية والجراحية التجريبية، ما لم يغطيها برنامج Medicare أو الدراسة البحثية السريرية المعتمدة من Medicare أو خطتنا. **الفصل 3** من كتيب الأعضاء 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 مقابلته.
- 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 من المنزل.
- 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 ندفع مقابل استئناء الثدي بعد استئصال الثدي وعلاج الثدي الآخر ليتلاءم معه.
- رعاية القدمين الاعتيادية، باستثناء ما هو موضح ضمن خدمات طب الأقدام في مخطط المزايا بالقسم (د).
- 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 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 أكثر من قيمة تقاسم التكاليف في برنامجنا، فإننا سنقوم بتعويض المحارب فيما يتعلق بهذا الفارق. لا تزال مسؤولاً عن مبالغ تقاسم التكلفة الخاصة بك.



الفصل 5: الحصول على أدوية الوصفات للمرضى الخارجيين

مقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على أدوية وصفات المرضى الخارجيين. تلك الأدوية التي يطلبها لك مقدم الخدمات والتي تحصل عليها من الصيدلية أو بخدمة البريد. وتشمل الأدوية المشمولة في برنامج Medicare، الجزء (د) و Medi-Cal. **الفصل 6** من كتيب الأعضاء ما تدفعه مقابل هذه الأدوية. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

نغطي أيضًا الأدوية التالية، على الرغم من عدم مناقشتها في هذا الفصل:

- **الأدوية المغطاة بموجب الجزء (أ) من Medicare.** وتشمل بشكل عام الأدوية التي تقدم إليك أثناء وجودك في المستشفى أو في مرفق التمريض.
- **الأدوية المغطاة بموجب الجزء (ب) من Medicare.** وتشمل هذه الأدوية بعض أدوية العلاج الكيميائي 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 (ب) المغطاة، اطلع على مخطط المزايا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

قواعد تغطية أدوية المرضى الخارجيين بخططنا

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

1. يجب أن يكتب طبيبك أو مقدم خدمات آخر وصفتك الطبية، والتي يجب أن تكون سارية بموجب قانون الولاية الساري. هذا الشخص غالبًا ما يكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. وقد يكون مقدم خدمات آخر إذا كان مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قد أحالك للحصول على الرعاية.
2. يجب ألا يكون واصل الوصفات الخاص بك مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الاستبعاد الخاصة بـ Medicare، وقائمة استبعاد Medi-Cal (Medicaid) للولاية والقائمة التي تخضع للعقوبات الحكومية.
3. وبوجه عام، يتعين عليك استخدام صيدلة تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية.
4. يتعين أن يكون دوائك الموصوف ضمن قائمة الأدوية المغطاة بخططنا. نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا.
 - إذا لم يكن موجودًا في قائمة الأدوية، فيمكننا تغطيته من خلال تقديم استثناء لك.
 - **الفصل 9** للتعرف على المزيد حول طلب استثناء.
 - يرجى أيضًا ملاحظة أن طلب تغطية الدواء الموصوف سيتم تقييمه وفقًا لمعايير Medicare و Medi-Cal.
5. يتعين استخدام دوائك لمقتضى مقبول طبيًا. وهذا يعني أن استخدام الدواء إما مقبول من قبل إدارة الأغذية والأدوية أو مدعوم من مراجع طبية معيثة. قد يكون طبيبك قادرًا على مساعدتك في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف. الأدوية التي تستخدم لعلاج حالات غير مدعومة بواسطة إدارة الأغذية والأدوية (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 مغطاة إلا في الحالات التالية:

- أن يكون الاستخدام "غير المرخص له" مذكورًا في أحد الكتب المرجعية المعتمدة من قبل CMS.
- ذكر هذه الأدوية في مقالتي (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

A. صرف وصفاتك الطبية	117
A1. صرف وصفاتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة	117
A2. استخدام بطاقة هوية البرنامج عند صرف وصفة طبية	117
A3. ماذا تفعل إذا قمت بتغيير صيدلية الشبكة الخاصة بك	118
A4. ما الذي تفعله إذا غادرت صيدليتك الشبكة	118
A5. استخدام صيدلية متخصصة	118
A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدوية	118
A7. الحصول على إمداد أدوية طويل الأجل	120
A8. استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا	120
A9. رد المبلغ لك مقابل وصفة طبية	120
B. قائمة أدوية خطتنا	121
B1. الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بنا	121
B2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا	121
B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا	122
B4. مستويات تقاسم التكلفة للأدوية الموجودة في قائمة الأدوية	122
C. القيود على بعض الأدوية	123
D. أسباب عدم تغطية دوائك	124
D1. الحصول على إمداد مؤقت	124
E. تغييرات التغطية لأدوية	126



- F. تغطية الدواء في حالات خاصة 128
- F1. في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية حاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا. 128
- F2. في مرفق الرعاية طويلة الأجل. 128
- F3. في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare. 128
- G. برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها 128
- G1. برامج لمساعدتك في استخدام الأدوية بأمان. 129
- G2. برامج لمساعدتك في إدارة أدويةك. 129
- G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية. 130

A. صرف وصفاتك الطبية

A1. صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة

في أغلب الحالات، ندفع مقابل الوصفات الطبية فقط عند صرفها من أي صيدلية تابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي صيدلية توافق صرف أدوية الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي صيدلية تابعة لشبكتنا.

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

A2. استخدام بطاقة هوية البرنامج عند صرف وصفة طبية

لصرف الوصفة الطبية، اظهر بطاقة هوية البرنامج في صيدلية الشبكة. سوف تحاسبنا صيدلية الشبكة على نصيبنا من تكلفة دواء الوصفة الطبية المشمولة. يتعين عليك فقط سداد المدفوعات المشتركة للصيدلية عند صرف الوصفة الطبية.

تذكر أنك تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal أو بطاقة هوية المزايا (BIC) للوصول إلى الأدوية المغطاة من Medi-Cal Rx.

إذا لم يكن لديك بطاقة هوية البرنامج أو BIC عند صرف الوصفة الطبية الخاصة بك، 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. ثم يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك. إذا لم تتمكن من الدفع مقابل الدواء، فإن القانون الفيدرالي وقانون الولاية يسمحان للصيدلية بإصدار إمداد لمدة 72 ساعة على الأقل من الوصفة الطبية المطلوبة في حالة الطوارئ. اتصل بالعناية بالعملاء على الفور. سنبدل كل ما في وسعنا للمساعدة.

- لمطالبتنا برد المبلغ لك، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- إذا كنت بحاجة للمساعدة في صرف وصفة طبية، فاتصل بالعناية بالعملاء أو بمنسق رعايتك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



A3. ماذا تفعل إذا قمت بتغيير صيدلية الشبكة الخاصة بك

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 بمنسق رعايتك.

A4. ما الذي تفعله إذا غادرت صيدليتك الشبكة

إذا انسحبت الصيدلية التي تستخدمها من شبكة الخطأ، فسيُعين 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 بمنسق رعايتك.

A5. استخدام صيدلية متخصصة

في بعض الأحيان يتعين صرف الوصفات الطبية من صيدلة 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 صيدلياتها 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 بالعناية بالعملاء.

الصيدليات التي تخدم الخدمة الصحية للهنود/برنامج الصحة الهندي القبلي/الحضري للهنود. باستثناء حالات الطوارئ، يمكن فقط للمواطنين الأمريكيين الأصليين أو مواطني أسكا استخدام هذه الصيدليات.

الصيدليات التي تصرف الأدوية المحظورة من إدارة الغذاء والدواء في بعض الأماكن أو تلك التي تتطلب معاملة خاصة، أو تعاونًا من مقدمي الخدمات أو توعية بشأن استخدامها. (ملاحظة: قلما يحدث هذا السيناريو).

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

A6. استخدام خدمات الطلب عبر البريد للحصول على أدويةك

لأنواع محددة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد من شبكة خطتنا. عمومًا، تمثل الأدوية المتاحة من خلال خدمة البريد، الأدوية التي تأخذها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. الأدوية غير المتاحة من خلال صيدلية خدمة الطلب عبر البريد بخطتنا معلمة برمز NDS في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد لخطتنا طلب إمداد يصل إلى 100 يوم للمستوى 1: الأدوية الجينية المفضلة وإمداد لمدة 90 يومًا للمستوى 2: الأدوية الجينية، للمستوى 3: أدوية العلامات التجارية المفضلة والمستوى 4: الأدوية غير المفضلة. الإمداد لمدة 90 يومًا و 100 يومًا يكون بنفس نظام مبلغ المشاركة في السداد للإمداد لمدة شهر واحد.



صرف الوصفات الطبية عبر خدمة الطلب عبر البريد

للحصول على نماذج الطلبات ومعلومات حول صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، يرجى الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم الموجود على ظهر غلاف هذا الكتيب. إذا كنت تستخدم صيدلية لخدمة الطلب عبر البريد ليست ضمن شبكة الخط، فلن تتم تغطية وصفتك الطبية.

عادة، تصل وصفة خدمة البريد في غضون 14 يومًا.

ومع ذلك، قد تتأخر وصفتك الطبية ضمن خدمة الطلب عبر البريد أحيانًا. إذا تلقيت إخطارًا يفيد بأنه قد يكون هناك تأخير في شحن الوصفة الطبية الخاصة بك دون خطأ من صيدلية خدمة الطلب عبر البريد، فيرجى الاتصال بالعناية بالعملاء على الرقم الموجود على ظهر غلاف هذا الكتيب. سيساعدك أحد ممثلي Blue Shield في الحصول على إمدادات كافية من الأدوية من صيدلية شبكة البيع بالتجزئة المحلية، لذلك لن تخلو من الأدوية حتى وصول أدوية خدمة البريد الخاصة بك. قد يتطلب ذلك الاتصال بطبيبك للحصول على هاتفه أو إرسال وصفة طبية جديدة عبر الفاكس إلى صيدلية شبكة البيع بالتجزئة للكمية الضرورية من الدواء اللازم حتى تتلقى دواء خدمة الطلب عبر البريد.

إذا كان التأخير أكثر من 14 يومًا من تاريخ طلب الوصفة الطبية من صيدلية خدمة البريد وكان التأخير بسبب فقدان الأدوية في نظام البريد، فيمكن لخدمة العملاء تنسيق طلب الاستبدال مع صيدلية خدمة البريد.

عمليات خدمة البريد

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

1. الوصفات الجديدة التي تتلقاها الصيدلية منك

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

2. وصفات طبية جديدة تتلقاها الصيدلية من مكتب مقدم الخدمات

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

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.

يجب عليك الرد في كل مرة تتصل بك الصيدلية لإعلامهم بما يجب عليهم فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخيرات في الشحن.

3. إعادة صرف وصفات طبية من خلال خدمة البريد

لإعادة الصرف، اتصل بالصيدلية قبل 14 يومًا من نفاذ الوصفة الطبية الحالية للتأكد من شحن الطلب التالي في الوقت المناسب.

أخبر الصيدلية بأفضل الطرق للاتصال بك حتى تتمكن من التواصل معك لتأكيد طلبك قبل الشحن. يرجى التأكد من تحديث معلومات الاتصال الخاصة بك دائمًا لدى Blue Shield TotalDual Plan. إذا كنت بحاجة لتحديث رقم هاتفك أو عنوانك، فيرجى الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual 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.

تتيح لك بعض صيدليات الشبكة الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. يخبرك دليل مقدمي الخدمات والصيدليات بالصيدليات التي يمكنها أن تقدم لك إمدادًا طويل الأجل من أدوية المداومة. يمكنك أيضًا الاتصال بالعناية بالمعملاء لمزيد من المعلومات.

لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمة البريد التابعة لشبكة خطتنا للحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. راجع القسم (6) للتعرف على المزيد حول صيدلية خدمة طلب عبر البريد.

A8. استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا

عمومًا، نحن ندفع مقابل الأدوية التي تصرف في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلية تابعة للشبكة.

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

- إذا كنت غير قادر على الحصول على دواء مغطى في الوقت المناسب في منطقة خدمتنا نظرًا لعدم وجود صيدليات تابعة للشبكة على مسافة معقولة بالسيارة تقدم خدمة على مدار الساعة.
- إذا كنت تحاول صرف دواء وصفة طبية مغطى لا يتوفر بشكل منتظم في صيدلية خدمات البيع بالتجزئة أو البريد التابعة للشبكة المؤهلة (وتشمل هذه الأدوية اليتيمة والأدوية الفريدة وعالية التكلفة أو غيرها من المستحضرات الصيدلانية المتخصصة).
- قد تتم تغطية بعض اللقاحات التي يتم إعطاؤها في عيادة طبيبك غير المغطاة في الجزء (ب) من Medicare ولا يمكن الحصول عليها بشكل معقول من صيدلية تابعة للشبكة بموجب وصولنا من خارج الشبكة.
- تقتصر الوصفات الموصوفة الطبية في صيدليات خارج الشبكة على إمداد لمدة 30 يومًا من الأدوية المغطاة.

في هذه الحالات، تحقق من العناية بالمعملاء أولاً لمعرفة ما إذا كان هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

A9. رد المبلغ لك مقابل وصفة طبية

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

إذا دفعت التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية التي قد تغطيها Medi-Cal Rx، فقد تكون قادرًا على حصول على التعويض من جانب الصيدلية بمجرد أن يدفع Medi-Cal Rx مقابل الوصفة الطبية. بدلاً من ذلك، يمكنك أن تطلب من Medi-Cal Rx رد المبلغ لك من خلال تقديم مطالبة "تعويض المصاريف النثرية من Medi-Cal" (Conlan). يمكن العثور على مزيد من المعلومات على موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني: [/medi-calrx.dhcs.ca.gov/home](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home).

للتعرف على المزيد حول هذا الأمر، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



B. قائمة أدوية خطتنا

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

نحدد الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. كما تخبرك قائمة الأدوية بالقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويةك.

نغطي بوجه عام الدواء الموجود في قائمة أدوية خطتنا عند اتباعك للقواعد التي نوضحها في هذا الفصل.

B1. الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بنا

تشمل قائمة الأدوية الخاصة بنا الأدوية المغطاة بموجب Medicare.

تتم تغطية معظم أدوية الوصفات الطبية التي حصلت عليها من صيدلية من قبل خطتنا. قد تتم تغطية أدوية أخرى مثل بعض الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية وبعض الفيتامينات من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد من Medi-Cal الخاصة بك (BIC) عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

تشمل قائمة الأدوية الخاصة بنا الأدوية ذات الأسماء التجارية والأدوية الجنيسة والأدوية البيولوجية.

الدواء ذي الاسم التجاري هو دواء وصفة طبية يتم بيعه تحت اسم تجاري مملوك لشركة مصنعة للأدوية. الأدوية ذات الأسماء التجارية التي تعد أكثر تعقيدًا من الأدوية النموذجية (على سبيل المثال، الأدوية القائمة على بروتين) يطلق عليها المنتجات البيولوجية. في قائمة الأدوية الخاصة بنا، عندما نشير إلى "الأدوية" قد يعني ذلك دواء أو منتجًا بيولوجيًا.

الأدوية الجنيسة تتكون من نفس المكونات النشطة لإصدارات الأدوية ذات الأسماء التجارية. وبما أن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية النموذجية، فبدلاً من أن يكون لها نموذج جنيس، فإن لها بدائل تسمى الأدوية البيولوجية. بوجه عام، تعمل الأدوية الجنيسة والأدوية البيولوجية بنفس كفاءة الأدوية ذات الأسماء التجارية وعادة ما تكون تكلفتها أقل. هناك بدائل للأدوية الجنيسة أو بدائل بيولوجية متاحة للعديد من الأدوية ذات الأسماء التجارية. تحدث إلى مقدم الخدمات الخاص بك إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كان أحد الأدوية الجنيسة أو ذات الاسم التجاري سيلبي احتياجاتك.

B2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا

لمعرفة ما إذا كان أحد الأدوية التي نتناولها مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، يمكنك:

تحقق من قائمة الأدوية الأحدث التي قدمناها إلكترونياً.

تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على blueshieldca.com/medformulary2023. قائمة الأدوية المتوفرة على الموقع الإلكتروني الخاص بنا دائماً ما تكون هي الأحدث.

اتصل بالعبارة بالعملاء للاطلاع على ما إذا كان أحد الأدوية في قائمة أدوية لدينا أو لطلب نسخة من القائمة.

قد تكون الأدوية غير المغطاة في الجزء (د) مغطاة من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([/medi-calrx.dhcs.ca.gov](http://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) لمزيد من المعلومات.



B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا

لا نغطي جميع الأدوية الموصوفة طبيًا. بعض الأدوية غير مدرجة في قائمة الأدوية لأن القانون لا يسمح لنا بتغطيتها. في حالات أخرى، قررنا عدم إدراج دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا. إذا تم وصف دواء ليس مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فسيتم تقييم احتياجات الأدوية الموصوفة دائمًا بموجب سياسات التغطية الخاصة بخططنا، وكذلك قواعد تغطية Medicare.

لا تدفع خططنا مقابل الأدوية المدرجة في هذا القسم. يطلق على هذه الأدوية، الأدوية المستثناة. إذا حصلت على وصفة لدواء مستثنى، فقد تدفع ثمنه بنفسك. إذا اعتقدت أنه يجب أن ندفع مقابل دواء مستثنى نظرًا لحالتك، فيمكنك تقديم التماس. من كتيب الفصل 9/أعضاء لمزيد من المعلومات حول الالتماسات.

فيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستثناة:

1. لا يمكن لتغطية أدوية المرضى الخارجيين بخططنا (التي تشمل الجزء (د) تحمل تكلفة دواء يغطيه الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare بالفعل. تغطي خططنا الأدوية المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare مجانًا، ولكن هذه الأدوية لا تعتبر جزءًا من مزايا الأدوية الموصوفة للمرضى الخارجيين.
2. لا يمكن لخططنا تغطية الدواء الذي يتم شراؤه من خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
3. يجب أن يكون استخدام الدواء معتمدًا من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا من مراجع طبية معينة كعلاج لحالتك. قد يصف طبيبك دواء معينًا لعلاج حالتك، على الرغم من أنه لم يتم اعتماده لعلاج الحالة. وهذا ما يطلق عليه استخدام الدواء "لغير الأغراض التي رخص لها". لا تغطي خططنا عادة الأدوية الموصوفة للاستخدام غير المرخص لها. لا يمكن ل Medicare أو Medi-Cal أيضًا، بموجب القانون، تغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه.

- 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 المصنوعة من شركة تفيد بأنه يجب أن تجري اختبارات أو خدمات تجرى من جانبهم فقط

B4. مستويات تقاسم التكلفة للأدوية الموجودة في قائمة الأدوية

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

- المستوى 1 من تقاسم التكلفة: الأدوية الجنيسة المفضلة (أقل مستويات تقاسم التكلفة) تشتمل على الأدوية الجنيسة المفضلة.
- المستوى 2 من تقاسم التكلفة: الأدوية الجنيسة تتضمن الأدوية الجنيسة.



- المستوى 3 من تقاسم التكلفة: الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة تتضمن العلامة التجارية المفضلة وبعض الأدوية الجنيسة.
- المستوى 4 من تقاسم التكلفة: الأدوية غير المفضلة تتضمن العلامة التجارية غير المفضلة وبعض الأدوية الجنيسة.
- المستوى 5 من تقاسم التكلفة: أدوية المستوى التخصصي (أعلى مستوى من تقاسم التكلفة) تشمل على الأدوية ذات الأسماء التجارية والجنيسة عالية التكلفة والتي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة

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

الفصل 6 من كتيب الأعضاء المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل مستوى من مستويات تقاسم التكلفة.

C. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة لبعض الأدوية التي تستلزم وصفة طبية، تحد القواعد الخاصة كيف ومتى تغطيها خطتنا. بشكل عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على دواء مناسب لحالتك الطبية وهو آمن وفعال. عندما يعمل دواء آمن ومنخفض التكلفة تمامًا مثل الدواء عالي التكلفة، نتوقع من مقدم الرعاية الخاص بك أن يصف لك الدواء الأقل تكلفة.

إذا كانت هناك قاعدة خاصة لدوائك، فعادةً ما يعني ذلك أنه يجب عليك أو على مقدم الخدمة اتخاذ خطوات إضافية لنا لتغطية الدواء. على سبيل المثال، قد يتعين على مقدم الخدمة إخبارنا بتشخيصك أو تقديم نتائج اختبارات الدم أولاً. إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك أنه لا ينبغي أن تنطبق القاعدة الخاصة بنا على حالتك، فاطلب منا إجراء استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على السماح لك باستخدام الدواء دون اتخاذ خطوات إضافية.

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

1. الحد من استخدام دواء يحمل علامة تجارية عند توفر دواء جنيس

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

- لا ندفع عادة مقابل الدواء ذي الاسم التجاري عندما يكون هناك إصدار جنيس متاح.
- ومع ذلك، إذا أخبرنا مقدم الخدمات لديك بالسبب الطبي لعدم نفع الدواء الجنيس معك، فإننا نغطي الدواء ذي الاسم التجاري.

2. الحصول على موافقة الخطّة مقدّمًا

بالنسبة لبعض الأدوية، يتعين عليك أنت أو طبيبك الحصول على موافقة من خطتنا قبل صرف وصفتك الطبية. في حالة عدم حصولك على الموافقة، قد لا نغطي 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 (أ) والدواء (ب) لنفس الحالة الطبية، وكانت تكاليف الدواء (أ) أقل من الدواء (ب)، قد نطلب منك تجربة الدواء (أ) أولاً.



في حال عدم ملائمة الدواء (أ) بالنسبة لك، سنقوم بتغطية الدواء (ب). 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 لدينا. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بالعناية بالعملاء أو اطلع على موقعنا على [blueshieldca.com/medformulary2023](https://www.blueshieldca.com/medformulary2023). إذا كنت لا توافق على قرار طلب التغطية أو الاستثناء، فيمكنك طلب التماس. لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم (هـ) في

D. أسباب عدم تغطية دوائك

نحاول أن نجعل تغطية الأدوية الخاصة بك تعمل بشكل جيد بالنسبة لك، ولكن في بعض الأحيان قد لا تتم تغطية الدواء بالطريقة التي تريدها. فمثلاً:

- لا تغطي خطتنا الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية الخاصة بنا. وقد يكون الإصدار الجنيث من الدواء خاضعاً للتغطية، ولكن الإصدار ذا الاسم التجاري الذي تريد تناوله غير مشمول بالتغطية. قد يكون الدواء جديداً، ولم نقم بمراجعته فيما يتعلق بالسلامة والفاعلية حتى الآن.
- تغطي خطتنا الدواء، ولكن هناك قواعد أو حدود خاصة لتغطية الدواء. كما هو موضح في القسم أعلاه، بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا لها قواعد تقيد استخدامها. في بعض الحالات، قد ترغب أنت أو واصف الدواء الخاص بك في مطالبتنا بالحصول على استثناء.

هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا لم نغطي الدواء بالطريقة التي تريد منا تغطيته بها.

D1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا توفير إمداد مؤقت لدواء ما في حال كان الدواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو في حال كان مقيداً 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 مدرجاً في قائمة الأدوية، أو
- لم يكن مطلقاً في قائمة الأدوية الخاصة بنا، أو
- مقيّد الآن بطريقة ما

2. يتعين أن تكون ضمن واحدة من الحالات التالية:

- كنت في خطتنا العام الماضي.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



○ نقوم 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، نسمح 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 خطتنا.

يكون هذا الإمداد المؤقت إمدادًا لمدة تصل إلى 30 يومًا.

○ في حال كانت الوصفة لعدد أيام أقل، نسمح 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 خطتنا لمدة تزيد على 90 يومًا، وتقيم في مرفق رعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى إمداد على الفور.

○ نقوم 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.

عندما تحصل على إمداد مؤقت من الدواء، فتحدث مع مقدم الخدمات الخاص بك في أسرع وقت ممكن لتحديد ما يجب عليك القيام به في حال نفاذ الإمداد الخاص بك. إليك الخيارات:

● التغيير إلى دواء آخر.

قد تغطي خطتنا دواءً مختلفًا يناسبك. اتصل بالعناية بالعملاء لطلب قائمة الأدوية التي نغطيها والتي تعالج نفس الحالة الطبية. قد تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.

أو

● اطلب استثناء.

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



في حال سحب دواء تأخذ من قائمة الأدوية الخاصة بنا أو تم فرض قيود عليه بطريقة ما خلال العام المقبل، سنسمح لك بطلب استثناء قبل العام المقبل.

- سنخبرك بشأن أي تغييرات في التغطية للدواء للعام القادم. مطالبتنا بإجراء استثناء وتغطية الدواء خلال العام المقبل بالطريقة التي تريدها.
- يمكنك إجراء استثناء قبل العام القادم وسنمنحك الإجابة في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلبك (أو بيان داعم من الوصاف الخاص بك).

للتعرف على المزيد حول طلب استثناء، ارجع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في طلب الاستثناء، فاتصل بالعناية بالعملاء أو بمنسق رعايتك. إذا كنت لا توافق على قرار طلب التغطية أو الاستثناء الخاص بنا، فيمكنك طلب التماس (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم (هـ) في **الفصل 9**).

E. تغييرات التغطية لأدويةك

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، قد نقوم بما يلي:

- تقرير طلب أو عدم طلب الحصول على موافقة مسبقة للحصول على دواء (تصريح منا قبل حصولك على دواء).
- زيادة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (حدود الكمية).
- إضافة أو تغيير قيود العلاج المرحلي على أحد الأدوية (يتعين عليك تجربة أحد الأدوية قبل أن تغطي دواء آخر).

لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية هذه، راجع **القسم (C)**.

في حال تناولك لأحد الأدوية التي غطيناها في بداية العام، فإننا لن نقوم بإزالة أو تغيير تغطية هذا الدواء بشكل عام خلال بقية العام ما لم:

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

للحصول على مزيد من المعلومات حول ما يحدث عند تغيير قائمة الأدوية الخاصة بنا، يمكنك دائمًا:

- تحقق من قائمة الأدوية الحالية لدينا عبر الإنترنت على عنوان www.blueshieldca.com/medformulary2023 أو
- اتصل بالعناية بالعملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للتحقق من قائمة الأدوية الحالية.

تحدث بعض التغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا فورًا. فمثلاً:



- 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 نرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.
- يمكنك أنت أو مقدم الخدمات طلب "استثناء" من هذه التغييرات. نرسل إليك إخطارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. **الفصل 9** من كتيب الأعضاء 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 سحبته من السوق، فنقوم بإزالته من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فسنعلمك بذلك.
- سيعلم الطبيب الوصف لك أيضًا بهذا التغيير، ويمكنه العمل معك على العثور على دواء آخر لحالتك.
- قد تجري تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. سنخبرك مقدمًا بهذه التغييرات الأخرى على قائمة الأدوية الخاصة بنا. 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.
- عندما تحدث هذه التغييرات، فإننا:
 - إخبارك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء تغيير على قائمة الأدوية أو
 - سنُعلمك ونمنحك إمدادًا لمدة 30 يومًا للدواء بعد مطالبتك بإعادة الصرف.
- وهذا يتيح لك الوقت للتحدث مع طبيبك أو واصل أدوية آخر. يمكنهم مساعدتك في اتخاذ القرار.
- في حالة وجود دواء مشابه في قائمة الأدوية الخاصة بنا يمكنك تناوله بدلاً من ذلك أو
- إذا كان يجب عليك طلب استثناء من هذه التغييرات. للتعرف على المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- قد تجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواء 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 حد من استخدامه، فإن التغيير لا يؤثر على استخدامك للدواء أو ما تدفعه مقابل الدواء لبقية العام.

F. تغطية الدواء في حالات خاصة

F1. في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا

في حال دخولك إلى مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حاذقة من قبل الخطّة، فإننا نقوم بشكل عام بتغطية تكلفة أدوية الوصفات خلال فترة الإقامة. لن تدفع قيمة المشاركة في السداد. بمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الرعاية الترميزية الحاذقة، فإننا نغطي أدويةك طالما أن الأدوية تستوفي جميع قواعدها الخاصة بالتغطية.

للتعرف على المزيد حول تغطية الأدوية وما تدفعه، راجع الفصل 6 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

F2. في مرفق الرعاية 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 طبياً من خلال صيدلية المرفق إذا كانت جزءاً من شبكتنا.

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

F3. في برنامج رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare

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

- قد يتم تسجيلك في برنامج رعاية المحتضرين الخاص بـ Medicare وتتطلب دواء للألم أو مانعاً للغثيان أو مليئاً أو مضاداً للقلق لا يغطيه برنامج رعاية المحتضرين لأنه غير متعلق بمرضك وحالاتك المتأخرة. في هذه الحالة، يجب أن تتلقى خطتنا إخطاراً W من الطبيب الواصف أو مقدم رعاية المحتضرين بأن الدواء ليس له علاقة قبل أن تتمكن من تغطية الدواء.
 - لمنع عمليات التأخير في استلام الأدوية غير ذات الصلة التي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم رعاية المحتضرين أو الطبيب الواصف لك التأكد من حصولنا على إخطار بأن الدواء ليس له صلة قبل طلب صرف الوصفة من الصيدلية.
- في حال مغادرتك مأوى رعاية المحتضرين، تغطي خطتنا جميع الأدوية الخاصة بك. لمنع أي تأخيرات في الصيدلية عند انتهاء مزايا رعاية المحتضرين الخاصة بـ Medicare، خذ الوثائق إلى الصيدلية للتحقق من مغادرتك لرعاية المحتضرين.
- راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي تخبرك بالأدوية التي تغطيها خطتنا. الفصل 4 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول ميزة المحتضرين.

G. برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



G1. برامج لمساعدتك في استخدام الأدوية بأمان

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، نقوم بالتعاون مع مقدم الخدمات لديك لتصحيح المشكلة.

G2. برامج لمساعدتك في إدارة أدويةك

يمكنك تناول أدوية لحالات طبية مختلفة و/أو في برنامج إدارة الأدوية لمساعدتك في استخدام الأدوية الأفيونية بأمان. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات مجاناً 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

بعد ذلك، سوف يقدمون لك:

- ملخص كتابي بشأن هذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة عمل للأدوية توصي بما يمكنك القيام به للاستخدام الأفضل لأدويةك.
- قائمة أدوية شخصية تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها وسبب تناولك لها.
- معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تعد من المواد الخاضعة للرقابة.
- تعد جدولاً لمراجعة 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 قائمة الأدوية معك في زيارتك للمستشفى أو غرفة الرعاية.



برامج إدارة العلاج الدوائي اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فنقوم بتسجيلك في البرنامج وإرسال المعلومات إليك. إن لم ترد أن تكون جزءاً من البرنامج، يُرجى إعلامنا وسنخرجك من البرنامج. إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، فاتصل بالعناية بالمعلاء أو بمنسق رعايتك.

G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية

خطتنا لديها برنامج يمكنه مساعدة الأعضاء في استخدام الأدوية الأفيونية الموصوفة بأمان و الأدوية 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 غير آمن، فقد نعمل على تقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية. قد تشمل القيود على:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات لهذه الأدوية من بعض الصيدليات و/أو من أكثر من طبيب
- تقييد مقدار هذه الأدوية التي نغطيها لك

إذا اعتقدنا أنه يجب تطبيق واحد أو أكثر من القيود عليك، فنرسل لك خطاباً مقدماً. 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 للرد، فنرسل إليك خطاباً آخر يؤكد 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 التماساً، فإننا سنراجع حالتك ونصدر لك قراراً خطياً. إذا وصلنا رفض أي جزء من التماسك المتعلق بالقيود على وصولك إلى هذه الأدوية، فإننا سنرسل حالتك تلقائياً إلى مؤسسة مراجعة مستقلة. للتعرف على المزيد حول الالتماسات ومؤسسة المراجعة المستقلة، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

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 (د) من Medicare، و
- الأدوية والعناصر المغطاة بموجب برنامج Medi-Cal Rx، و
- الأدوية والعناصر التي تغطيها خطتنا كمزايا إضافية.

نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، فأنت تحصل على "مساعدة إضافية" من Medicare للمساعدة في دفع تكلفة أدوية وصفات Medicare، الجزء (د). نرسل لك نشرة منفصلة تسمى "دليل ملحق التغطية للأشخاص الذين يتمتعون بمساعدة إضافية عند سداد الأدوية الموصوفة" (وتعرف أيضًا باسم "ملحق إعانة ذوي الدخل الأقل")، التي توفر لك المعلومات حول تغطية أدوية. إن لم يكن لديك تلك النشرة، فيرجى الاتصال على العناية بالمعلاء واطلب منهم "ملحق إعانة ذوي الدخل الأقل".

المساعدة الإضافية عبارة عن برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في تقليل تكاليف أدوية وصفات الجزء (د) 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 الخاص بك.

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
 - أي مستوى من المستويات الخمسة يندرج كل دواء
 - إذا كانت هناك أي قيود على الأدوية
 - إذا كنت في حاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا، فاتصل بالعناية بالمعلاء. يمكنك أيضًا العثور على النسخة الأحدث من قائمة الأدوية الخاصة بنا على موقعنا على الويب blueshieldca.com/medformulary2023.
- تتم تغطية معظم أدوية الوصفات الطبية التي حصلت عليها من صيدلية من قبل Blue Shield TotalDual Plan. قد تتم تغطية أدوية أخرى مثل بعض الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية وبعض الفيتامينات من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني ([/medi-calrx.dhcs.ca.gov](https://medi-calrx.dhcs.ca.gov)) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على الرقم



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

- **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- فهو يوضح 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 والصيديات لدينا.
- في أغلب الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على أدويةك المغطاة. الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي توافق على التعاون معنا.
- يسرد دليل مقدمي الخدمات والصيديات صيدليات الشبكة. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول صيدليات الشبكة.

جدول المحتويات

133	A. شرح المزايا (EOB).....
134	B. كيفية متابعة تكاليف الأدوية الخاصة بك.....
135	C. مراحل سداد تكاليف الدواء لأدوية Medicare، الجزء (د).....
135	D. المرحلة الأولى: مرحلة التغطية المبدئية.....
135	D1. اختيارات الصيدلية الخاصة بك.....
136	D2. الحصول على إمداد طويل الأجل لدواء.....
136	D3. ما تدفعه.....
138	D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية.....
138	E. المرحلة الثانية: مرحلة التغطية في حالات الكوارث.....
138	F. تكاليف الأدوية الخاصة بك إذا وصف الطبيب إمدادًا يقل عن شهر كامل.....
139	G. مساعدة تقاسم تكلفة الوصفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.....
139	G1. برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP).....
139	G2. إذا لم تكن مسجلًا في ADAP.....
139	G3. إذا كنت مسجلًا في ADAP.....
139	H. اللقاءات.....

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



- H1. ما الذي تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على لقاح.....139
- H2. ما الذي تدفعه مقابل اللقاحات المغطاة في الجزء (د) من Medicare.....140

A. شرح المزايا (EOB)

تتابع 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 ملخص شرح المزايا الجزء (د). في حال صرف وصفة طبية واحدة أو أكثر من خلال الخطة خلال الشهر السابق، سنقوم بإرسال شرح مزايا الجزء (د) إليك (EOB الجزء (د)). نسمة EOB الجزء (د) اختصارًا. يحتوي شرح المزايا (EOB) الجزء (د) 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 واصل الأدوية حول هذه الخيارات ذات التكلفة الأقل. يشتمل EOB الجزء (د) على:
- **معلومات الشهر.** يوضح الملخص أدوية الوصفات الطبية التي حصلت عليها. كما أنه يوضح إجمالي تكاليف الدواء، ما 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.
 - **معلومات عن سعر الدواء.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء والنسبة المئوية للتغير في سعر الدواء منذ إعادة الصرف الأولى.
 - **بدائل منخفضة التكلفة.** عند توفرها، تظهر في الملخص أدناه للأدوية الحالية الخاصة بك. يمكنك التحدث مع الواصل الخاص بك لمعرفة المزيد.

نوفر تغطية الأدوية غير المغطاة بموجب برنامج Medicare.

- لن يتم احتساب المبالغ التي دفعتها لقاء هذه الأدوية في إجمالي التكاليف النثرية.
- تتم تغطية معظم أدوية الوصفات الطبية التي حصلت عليها من صيدلية من قبل خطتنا. قد تتم تغطية أدوية أخرى مثل بعض الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية وبعض الفيتامينات من قبل Medi-Cal Rx. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات. يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal على الرقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد Medi-Cal (BIC) عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.
- للاطلاع على الأدوية التي يغطيها برنامجنا، راجع قائمة الأدوية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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 الخطأ.

أظهر بطاقة هوية Blue Shield TotalDual في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. يساعد ذلك في معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها وما تدفعه من فواتير.

1. 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 جزءاً من مزايا خطتنا
- عندما تدفع مبلغ المشاركة في السداد للأدوية التي تحصل عليها ببرنامج مساعدة المرضى من مُصنَّع الأدوية
- عندما تشتري أدوية مغطاة من صيدلية من خارج الشبكة
- عندما تدفع السعر الكامل لدواء يخضع للتغطية

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

2. 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 خطتنا تدفع جميع تكاليف أدوية الجزء (د) الخاصة بك لبقية العام.

2. يجب عليك مطالعة EOB التي نرسلها إليك.

عندما تحصل على الجزء (د) من شرح المزايا (EOB) في البريد، فتأكد من اكتماله وصحته. إذا كنت تعتقد بأن شيئاً ما غير صحيح أو مفقود، أو كانت لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بالعبارة بالعملاء. احتفظ بـ EOB الجزء (د). إنها تعد سجلاً مهماً لتكاليف الأدوية.



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

هناك مرحلتان للسداد في مقابل تغطية أدوية الوصفات الطبية بالجزء (د) من Medicare الخاصة بك بخطتنا. يعتمد ما تقوم بسداده على المرحلة التي تكون فيها عندما تقوم بصرف أو إعادة صرف الوصفة الطبية. وفيما يلي هاتان المرحلتان:

المرحلة الأولى: مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة الثانية: مرحلة التغطية في حالات الكوارث
خلال هذه المرحلة، يقوم البرنامج بسداد جزء من التكاليف الخاصة بأدويةك، 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 بأدويةك، حتى تاريخ 31 ديسمبر 2023. تبدأ في هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل الأنسولين - لن تدفع أكثر من \$35 مقابل إعادة صرف كل شهر واحد من كل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة ضمن خطتنا، بغض النظر عن مستوى المشاركة في التكلفة.

D. المرحلة الأولى: مرحلة التغطية المبدئية

خلال مرحلة التغطية المبدئية 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.

- المستوى 1 من تقاسم التكلفة: الأدوية الجنيسة المفضلة (أقل مستويات تقاسم التكلفة) تشمل على الأدوية الجنيسة المفضلة.
- المستوى 2 من تقاسم التكلفة: الأدوية الجنيسة تتضمن الأدوية الجنيسة.
- المستوى 3 من تقاسم التكلفة: الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة تتضمن العلامة التجارية المفضلة وبعض الأدوية الجنيسة.
- المستوى 4 من تقاسم التكلفة: الأدوية غير المفضلة تتضمن العلامة التجارية غير المفضلة وبعض الأدوية الجنيسة.
- المستوى 5 من تقاسم التكلفة: أدوية المستوى التخصصي (أعلى مستوى من تقاسم التكلفة) تشمل على الأدوية ذات الأسماء التجارية والجنيسة عالية التكلفة والتي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة

D1. اختيارات الصيدلية الخاصة بك

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

- صيدلية تابعة للشبكة أو

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- صيدلية من خارج الشبكة.

في حالات محدودة، نقوم بتغطية الوصفات الطبية المصروفة من صيدليات خارج الشبكة. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة متى نقوم بذلك.

للتعرف على المزيد حول هذه الاختيارات، راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك ومن دليل 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. الإمداد طويل الأجل هو إمداد لمدة 100 يوم للأدوية المدرجة في المستوى 1 وإمداد لمدة 90 يومًا للأدوية في المستويات 2 و3 و4. تكون التكلفة نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر.

للحصول على تفاصيل حول المكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل لأحد الأدوية، راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء أو دليل مقدمي الخدمات والصيدليات بخطتنا.

D3. ما تدفعه

خلال مرحلة التغطية المبدئية، يمكنك دفع مبلغ المشاركة في السداد عند صرف الوصفة الطبية. إذا كانت تكاليف الأدوية المغطاة أقل من مبلغ المشاركة في السداد، فستدفع السعر الأقل.

اتصل بالعناية بالعملاء لمعرفة 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 من خارج الشبكة	صيدلية الرعاية طويلة الأجل التابعة للشبكة	خدمة الطلب عبر البريد بخطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	تقاسم التكلفة الشريحة 1 (أدوية جنيسة مفضلة)
إمداد يصل إلى 30 يومًا تقتصر التغطية على حالات معينة. الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من التفاصيل.	إمداد يصل إلى 31 يومًا	إمداد لمدة شهر واحد أو أكثر من 30 يوم	إمداد لمدة شهر واحد أو أكثر من 30 يوم	
\$0				



صيدلية تابعة للشبكة	صيدلية تابعة للشبكة	خدمة الطلب عبر البريد بخطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	صيدلية من خارج الشبكة
إمداد لمدة شهر واحد أو أكثر من 30 يوم	إمداد لمدة شهر واحد أو أكثر من 30 يوم	إمداد لمدة شهر واحد أو أكثر من 30 يوم	إمداد يصل إلى 31 يومًا	إمداد يصل إلى 30 يومًا تقتصر التغطية على حالات معينة. الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من التفاصيل.
تقاسم التكلفة المستوى 2 (الأدوية الجنيسة) تعتمد مشاركتك في السداد على مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها: \$0, \$1.45, \$4.15				
تقاسم التكلفة المستوى 3 (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة) تعتمد مشاركتك في السداد على مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها: \$0, \$4.30, \$10.35				
تقاسم التكلفة المستوى 4 (الأدوية غير المفضلة) تعتمد مشاركتك في السداد على مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها: \$0, \$4.30, \$10.35				
المستوى 5 من تقاسم التكلفة (أدوية المستوى المتخصص) تعتمد مشاركتك في السداد على مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها: \$0, \$4.30, \$10.35				

للحصول على معلومات حول الصيدليات التي يمكنها أن تقدم لك المستلزمات طويلة الأجل، يرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بنا.



D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليف مدفوعاتك المالية إلى \$7,400. في هذه المرحلة، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. نقوم بتغطية جميع تكاليف الأدوية الخاصة بك من ذلك الحين وحتى نهاية العام.

يساعدك شرح المزايا (EOB) في تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل أدويةك خلال العام. سوف نبلغك عند الوصول إلى حد \$7,400. بعض الناس لا يصلون إلى هذا الحد خلال العام.

E. المرحلة الثانية: مرحلة التغطية في حالات الكوارث

عندما تصل إلى حد \$7,400 للمصروفات النثرية للأدوية الموصوفة طبياً الخاص بك، تبدأ مرحلة التغطية في حالات الكوارث. ستبقى في مرحلة التغطية في حالات الكوارث حتى نهاية العام التقويمي. خلال هذه المرحلة، نقوم بخططنا بسداد جميع التكاليف الخاصة بأدويةك من Medicare.

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

في بعض الحالات، تقوم بدفع مبلغ المشاركة في السداد لتغطية إمداد الشهر الكامل من الدواء الخاضع للتغطية. إلا أنه، يمكن لطبيبك أن يصف مقداراً 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 دواءً 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. 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 يوماً) تساوي \$1.35. وهذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أقل من \$0.05 في اليوم. إذا كنت تتلقى إمداداً لمدة 7 أيام من الدواء، فإن مبلغك سيكون أقل من \$0.05 لكل يوم مضروباً في 7 أيام، ليبلغ الإجمالي \$0.35.
- يسمح لك تقاسم التكلفة اليومي بالتأكد من فاعلية الدواء بالنسبة لك قبل دفع إمداد الشهر بالكامل.
- يمكنك أيضاً أن تطلب من مقدم الخدمات وصف إمداد أقل من شهر كامل من الدواء لمساعدتك:
 - التخطيط بصورة أفضل لتوقيت إعادة صرف أدويةك،
 - تنسيق صرف الوصفات الطبية مع الأدوية الأخرى التي تتناولها، و
 - تقليل عدد الزيارات إلى الصيدلية.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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

G1. برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP)

يساعد برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP) في ضمان أن الأفراد المؤهلين للبرنامج الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز سيكون بإمكانهم الوصول إلى أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. أدوية الوصفات بالجزء (د) 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. إذا لم تكن مسجلًا 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. إذا كنت مسجلًا في ADAP

يمكن أن يواصل برنامج ADAP تزويد عملاء ADAP بمساعدة تقاسم تكلفة الوصفات بالجزء (د) 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 (د) من برنامج Medicare. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في العثور على أقرب موقع للتسجيل و/أو عامل التسجيل في برنامج ADAP، فيُرجى الاتصال برقم 1-844-421-7050، أو الانتقال إلى الموقع الإلكتروني المذكور أعلاه.

H. اللقاحات

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات - تغطي خطتنا معظم لقاحات الجزء (د) دون أي تكلفة عليك. اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات. هناك شقان متعلقان بتغطيتنا للقاحات الجزء (د) 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 يعطيكها لك طبيبك.

H1. ما الذي تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على لقاح

نوصيك بالاتصال بالعيادة بالعملاء إذا كنت تخطط للحصول على لقاح.

- 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 خدمات وصيديات في شبكتنا. توافق الصيدليات ومقدمي الخدمات التابعين للشبكة على التعاون مع خطتنا. يعمل مقدم الخدمات التابع للشبكة معنا لضمان عدم تحملك أي تكاليف مسبقة للحصول على لقاح الجزء (د).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



H2. ما الذي تدفعه مقابل اللقاحات المغطاة في الجزء (د) من 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 حول تغطية هذه اللقاحات، ارجع إلى مخطط المزايا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- وتعتبر اللقاحات الأخرى أدوية مدرجة بالجزء (د) من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه اللقاحات في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. قد يتعين عليك سداد مبلغ المشاركة في السداد مقابل لقاحات الجزء (د) من Medicare.

وفيما يلي ثلاث طرق شائعة قد تحصل عن طريقها على أحد لقاحات الجزء (د) من برنامج Medicare.

3. يمكنك الحصول على لقاح الجزء (د) من Medicare والحقنة في صيدلية تابعة للشبكة.

- تدفع مشاركة في السداد للقاح.

4. يمكنك الحصول على لقاح الجزء (د) من برنامج Medicare في عيادة الطبيب الخاص بك، وهناك يقوم الطبيب بإعطائك الحقنة.

- تدفع مشاركة في السداد للطبيب مقابل اللقاح.
- تدفع 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.

5. يمكنك الحصول على لقاح الجزء (د) من برنامج Medicare في إحدى صيدليات الشبكة، وأخذه إلى عيادة الطبيب للحصول على الحقنة.

- تدفع مشاركة في السداد للقاح.
- تدفع 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 أيضًا بكيفية تقديم التماس إذا لم توافق على قرار التغطية. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كُتَيْب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بالدفع مقابل الخدمات أو الأدوية الخاصة بك	142
B. إرسال طلب للدفع	144
C. قرارات التغطية	144
D. الالتماسات	145



A. مطالبتنا بالدفع مقابل الخدمات أو الأدوية الخاصة بك

يتعين على مقدمي الخدمات بالشبكة إرسال فاتورة للخدمة الصحية مقابل الأدوية والخدمات المغطاة الخاصة بك بعد حصولك عليها. يعمل مقدم الخدمات بالشبكة مع الخطة الصحية. في حال حصولك على فاتورة مقابل التكلفة الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية، لا تدفع الفاتورة وترسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع القسم (ب).

- 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 بالعملاء أو بمنسق رعايتك إذا كانت لديك أي أسئلة. إذا كنت لا تعلم بالضبط قيمة المبلغ الذي دفعته، أو في حال حصولك على فاتورة وكنت لا تعلم ما يجب عليك فعله، فيمكننا 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، انظر الفصل 3، القسم 4، صفحة 41.

اطلب من مقدم الخدمات إرسال الفاتورة إلينا.

- 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 أنك 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.

- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد حول الصيدليات خارج الشبكة.

2. عندما يرسل مقدم الخدمات التابع للشبكة فاتورة لك

يجب على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة دائمًا إرسال الفاتورة إلينا. أظهر بطاقة هوية البرنامج 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 لخطتنا مقابل الخدمات. اتصل بالعناية بالعملاء إذا حصلت على أي فواتير. لا تدفع الفاتورة.

- بصفتك عضوًا بالخطة، فإنك لا تدفع المشاركة في السداد إلا عند حصولك على الخدمات التي نغطيها. لا نسمح لمقدمي الخدمات بحسابتك بقيمة أكثر من هذا المبلغ. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لمقدم الخدمات أقل من التكاليف التي يتقاضاها مقدم الخدمات مقابل خدمة ما. إذا قررنا عدم دفع بعض الرسوم، فلا يلزمك دفعها.



- عندما تحصل على فاتورة من مقدم خدمات تابع للشبكة تعتقد أنها أكثر مما يجب عليك دفعه، أرسل 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 خطتنا.
- 3. عند استخدام صيدلية من خارج الشبكة لصرف وصفة طبية**
- إذا استخدمت صيدلية خارج الشبكة، فسيُعين 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.
 - راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد حول الصيدليات خارج الشبكة.
- 4. عند قيامك بدفع تكلفة الوصفة الطبية بأكملها لأنك لا تحمل بطاقة هوية الخطة الخاصة بك**
- إذا لم يكن لديك بطاقة هوية، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيل البرنامج الخاص بك.
- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الطبية بأكملها بنفسك أو العودة إلى الصيدلية باستخدام بطاقة هوية الخطة.
 - أرسل إلينا نسخة من الإيصال الخاص بك عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة.
- 5. عند قيامك بدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة لأحد الأدوية غير المغطاة**
- يمكنك دفع تكلفة الوصفة الطبية بأكملها لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.
- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية) على موقعنا على الويب، 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.
 - إذا لم تدفع مقابل الدواء ولكنك تعتقد أنه يجب علينا تغطيته، فيمكنك طلب قرار تغطية (راجع من كتيب الأ
- الفصل 9 أعضاء الخاص بك).**
- إذا اعتقدت أنت وطبيبك أو واصل أدوية آخر أنك بحاجة إلى الدواء على الفور، فيمكنك طلب قرار تغطية سريع (راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء).
 - أرسل لنا نسخة من إيصالك عند مطالبتنا بالسداد لك. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو واصل آخر لرد حصتنا من تكلفة الدواء.
- عندما ترسل إلينا طلبًا بالسداد، فإننا نراجع ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. يسمى ذلك إصدار "قرار تغطية". إذا قررنا ضرورة تغطية الخدمة أو الدواء، فندفع مقابل حصتنا من تكلفة الدواء.
- في حال رفضنا طلبك بالسداد، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. للتعرف على كيفية تقديم التماس، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



B. إرسال طلب للدفع

أرسل إلينا فاتورتك ودليل أي سداد قمت به. دليل السداد قد يكون نسخة من شيك كتبت به أو إيصالاً من مقدم خدمات. **ننصحك أيضاً بالاحتفاظ بصورة من فاتورتك وإيصالك لتسجيل كل معاملتك.** يمكنك طلب المساعدة من منسق الرعاية الخاص بك.

للتأكد من تزويدنا بجميع المعلومات التي نحتاج إليها لاتخاذ قرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لطلب السداد.

- لست مطالباً باستخدام النموذج، ولكنه يساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك الحصول على النموذج على موقعنا على الويب (blueshieldca.com)، أو يمكنك الاتصال بالعناية بالمعلاء وطلب النموذج.

أرسل طلب السداد الخاص بك بالبريد مع أي فواتير أو إيصالات إلى هذا العنوان:

:Medical claims

Blue Shield TotalDual Plan

Medicare Customer Care

P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856

:Prescription drug claims

Blue Shield of California

P.O. Box 52066

Phoenix, AZ 85072-20

يتعين عليك تقديم طلبك إلينا في غضون عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة أو البند أو الدواء.

C. قرارات التغطية

عندما نحصل على طلبك بالسداد، فإننا نتخذ قرار التغطية. وهذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو البند أو الدواء الخاص بك. كما نقرر أيضاً مقدار المال، إن وجد، الذي يتعين عليك دفعه.

- سنعلمك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو البند أو الدواء وقد اتبعت جميع القواعد للحصول عليها، فإننا ندفع حصتنا من التكلفة مقابل ذلك. إذا قمت بالفعل بالدفع مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل لك شيكا عبر البريد بحصتنا من التكلفة. إذا لم تكن قد دفعت، فسنقدم الخدمات مباشرة.

الفصل 3 من كتيب الأعضاء قواعد الحصول على الخدمات المغطاة الخاصة بك. **الفصل 5** من كتيب الأعضاء قواعد الحصول على أدوية وصفات الجزء (د) من Medicare المغطاة.

- إذا قررنا عدم الدفع مقابل حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، فإننا نرسل إليك خطاباً بالأسباب. كما يوضح الخطاب أيضاً حقوقك في تقديم التماس.
- للتعرف على المزيد حول قرارات التغطية، راجع الفصل 9

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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 إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي ندفعه.

تتضمن عملية الالتماسات الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية مفصلة. للتعرف على المزيد حول الالتماسات، راجع **الفصل 9 من كتيب الأعضاء:**

- لتقديم التماس بشأن رد ما دفعته نظير خدمة رعاية صحية، راجع **القسم (و)**.
- لتقديم التماس بشأن رد ما دفعته مقابل دواء، راجع **القسم (ز)**.



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 الخاص بك.

جدول المحتويات

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك	147
B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة	147
C. مسؤوليتنا في حماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)	148
C1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية	149
C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية	150
D. مسؤوليتنا في تقديم المعلومات لك	150
E. عدم قدرة مقدمي الخدمات بالشبكة على محاسبتك مباشرة	151
F. حقك في مغادرة خطتنا	151
G. حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة بشأن رعايتك الصحية	152
G1. حقك في معرفة خيارات العلاج الخاصة بك واتخاذ القرارات	152
G2. حقك في قول ما تريد أن يحدث	152
G3. ما الذي يجب عليك القيام به في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك	153
H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في قرار اتنا	153
H1. ما الذي يجب القيام به بشأن المعاملة غير العادلة أو الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك	153
I. مسؤولياتك كعضو بالخطة	154



A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

يجب أن نتأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها. يجب علينا إخبارك أيضًا بمزايا خطتنا وبحقوق الخاصة بك بالطريقة التي تفهمها. ويجب أن نخبرك عن حقوقك سنويًا طالما أنك مسجل في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بالطريقة التي يمكنك فهمها، اتصل بالعناية بالعملاء. تحتوي خطتنا على خدمات ترجمة مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.

- يمكن لخطتنا أيضًا أن تمنحك المواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو تنسيقات صوتية أو بديلة مجانية إذا كنت بحاجة إليها. يتوفر كتيب الأعضاء والمواد المهمة الأخرى بلغات غير اللغة الإنجليزية. المواد ممكن أن تتوفر باللغات الأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهندية والهمونغ واليابانية والكورية واللاوسية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. للحصول على المواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى منسق الحقوق المدنية بولاية كاليفورنيا Blue Shield of California، P.O. Box 629007 أو El Dorado Hills أو CA 95762-9007 أو (844) 696-6070 (الهاتف النصي: 711) أو البريد الإلكتروني: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com.

- يمكنك تقديم طلب دائم للحصول على هذا المستند بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية أو بتنسيق بديل الآن وفي المستقبل. لتقديم طلب، يرجى الاتصال بالعناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan.

- ستحتفظ العناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan بتنسيقك ولغتك المفضلة في ملف الاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات في تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخطة Blue Shield TotalDual Plan.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشكلات لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، اتصل بـ:

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكنك الاتصال على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- دائرة الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.

B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة

لديك حقوق كعضو في خطتنا.

- 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 قد يعملون كمقدم رعاية أولية وكيفية اختيار مقدم رعاية أولية في الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- اتصل بالعناية بالعملاء أو انظر في دليل مقدمي الخدمات والصيديات 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 الخاص بك لاستخدام مزود ليس مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.
 - لديك الحق في الحصول على الخدمات المغطاة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة خلال فترة زمنية معقولة.
 - وهذا يشمل الحق في الحصول على الخدمة في الوقت المناسب من الأخصائيين.
 - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات في غضون فترة زمنية معقولة، فيجب أن ندفع مقابل الرعاية من خارج الشبكة.
 - 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 استخدام مقدم خدمات من خارج الشبكة. للتعرف على المزيد حول مقدمي الخدمات من خارج الشبكة، راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
 - 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، راجع **الفصل 1** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
 - لديك الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية الخاصة بك بمساعدة فريق رعايتك ومنسق الرعاية الخاص بك.
- راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء ما يمكنك القيام به إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويةك في غضون فترة زمنية معقولة. كما أنه يخبرك بما يمكنك القيام به في حال رفضنا تغطية خدماتك أو أدويةك وكنت لا توافق على قرارنا.

C. مسؤوليتنا في حماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)

- نحن نحمي معلوماتك الصحية المحمية (PHI) على النحو المطلوب بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.
- تشمل معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات التي تقدمها إلينا عندما يتم تسجيلك في خطتنا. وتشمل أيضًا سجلاتك الطبية والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.
- لديك حقوق في الحصول على معلوماتك 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".
- لا يطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على تصريح من أي عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبة بالخدمات الحساسة. ستوجه Blue Shield TotalDual Plan المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي المعين البديل للعضو أو عنوان البريد الإلكتروني أو رقم الهاتف أو، في حالة عدم وجود تسمية، باسم العضو على العنوان أو رقم الهاتف الموجود في الملف. لن تكشف Blue Shield TotalDual Plan عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر دون تصريح كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. ستستوعب Blue Shield TotalDual Plan طلبات الاتصال السري بالشكل

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



والتنسيق المطلوبين، إذا كان يمكن إنتاجها بسهولة بالشكل والتنسيق المطلوبين أو في مواقع بديلة. سيكون طلب العضو لمراسلات سرية متعلقة بالخدمات الحساسة ساري المفعول حتى يقوم العضو بإلغاء الطلب أو تقديم طلب جديد لمراسلات سرية.

1. انتقل إلى blueshieldca.com وانقر فوق رابط الخصوصية في الجزء السفلي من الصفحة الرئيسية وطباعة نسخة
2. اتصل برقم هاتف العناية بالعملاء على بطاقة هوية عضو Blue Shield لطلب نسخة.
3. اتصل على Blue Shield of California Privacy Office على الرقم المجاني 266-8080 (888)، من الساعة 8 صباحًا حتى 3 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711.
4. أرسل إلينا رسالة بريد إلكتروني إلى: privacy@blueshieldca.com.

C1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية

نتأكد من عدم قيام أي أشخاص غير مصرح لهم بالنظر في سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، لا نقدم معلوماتك الصحية الشخصية لأي شخص لا يقدم رعايتك أو يدفع مقابل رعايتك. إذا قمنا بذلك، فيجب أن نحصل على إذن كتابي منك أولاً. يمكنك أنت أو شخص مصرح له قانوناً باتخاذ القرارات نيابة عنك، تقديم إذن كتابي.

أحياناً لا نحتاج إلى الحصول على إذن كتابي منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يتعين علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (PHI) للوكالات الحكومية التي تحقق من جودة الرعاية الخاصة بخططنا.
- يتعين علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية بموجب أمر من المحكمة.
- يجب أن نقدم لـ Medicare معلوماتك الصحية الشخصية. في حال إصدار Medicare لمعلوماتك الصحية الشخصية لأغراض بحثية أو استخدامات أخرى، فإنها تقوم بذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية.
- يتعين علينا توفير معلوماتك الصحية الشخصية من Medi-Cal عندما نقوم بما يلي:
 - المساعدة في إدارة علاج الرعاية الصحية الذي تتلقاه
 - إدارة مؤسستنا
 - الدفع مقابل الحصول على خدماتك الصحية
 - إدارة خطتك الصحية
 - المساعدة في المشاكل المتعلقة بالصحة العامة والسلامة
 - إجراء الأبحاث
 - الامتثال للقانون
 - الرد على طلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة والعمل مع طبيب شرعي أو مدير جنازة
 - تلبية طلبات تعويضات العاملين وإنفاذ القانون والطلبات الحكومية الأخرى

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



○ الرد على الدعاوى القضائية والإجراءات القانونية

C2. حَقُّكَ فِي الاِطْلَاعِ عَلَى سَجَلَاتِكَ الطِّبِيَّةِ

- لديك الحق في النظر في السجلات الطبية والحصول على نسخة من سجلاتك.
 - لديك الحق في مطالبتنا بتحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طالبتنا بالقيام بذلك، فنعمل بالتعاون مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي القيام بهذه التغييرات أم لا.
 - لديك الحق في معرفة ما إذا كان قد شاركنا معلوماتك الصحية الشخصية مع الآخرين وكيفية مشاركتها.
- إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف تتعلق بخصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فاتصل بالعناية بالعملاء.

D. مسؤوليتنا في تقديم المعلومات لك

بصفقتك عضوًا في خطتنا، لديك الحق في الحصول على معلومات منا حول خطتنا ومقدمي الخدمات بالشبكة والخدمات المغطاة الخاصة بك.

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فلدينا خدمات الترجمة الفورية للإجابة على الأسئلة التي لديك حول خطتنا. للحصول على مترجم فوري، اتصل بنا على الرقم 452-4413 (800) (الهاتف النصي: 711). هذه الخدمة مجانية لك. يتوفر كتيب الأعضاء والمواد المهمة الأخرى بلغات غير اللغة الإنجليزية. المواد ممكن أن تتوفر باللغات الأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهندية والهمونغ واليابانية والكورية واللاوسية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل أو صوتيًا. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يمكن الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يرجى الاتصال بالعناية بالعملاء.

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

- كيفية اختيار أو تغيير الخطط
- تشمل خطتنا على:
 - المعلومات المالية
 - كيف قيمنا أعضاء الخطة
 - عدد الالتماسات المقدمة من الأعضاء
 - كيفية ترك خطتنا
- مقدمو الخدمات بشبكتنا وصيديليات الشبكة، بما في ذلك:
 - كيفية اختيار أو تغيير أطباء الرعاية الأولية
 - مؤهلات مقدمي الخدمات والصيديليات بالشبكة
 - كيف ندفع لمقدمي الخدمات في شبكتنا

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- الخدمات والأدوية المغطاة والمتعلقة بالقواعد التي يجب عليك اتباعها، بما في ذلك:
 - الخدمات (راجع الفصلين 3 و4 من كتيب الأعضاء الخاص بك) والأدوية (راجع الفصلين 5 و6 من كتيب الأعضاء الخاص بك) المغطاة من قبل خطتنا
 - قيود على تغطيتك وأدويتك
 - قواعد يتعين عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة
- سبب عدم تغطية شيء ما وما يمكنك القيام به حيال ذلك (راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء)، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
 - تقديم سبب كتابي لعدم تغطية خدمة ما
 - تغيير قرار اتخذناه
 - دفع فاتورة تلقيتها

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 أيضا موازنة الفاتورة أو محاسبتك إذا دفعنا أقل من المبلغ الذي يتقاضاه مقدم الخدمات. للتعرف على ما يجب القيام به في حال محاولة مقدم خدمات تابع للشبكة محاسبتك على خدمات مغطاة، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

F. حقك في مغادرة خطتنا

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

- لديك الحق في الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك من خلال Original Medicare أو خطة Medicare Advantage أخرى.
- يمكنك الحصول على مزايا أدوية الوصفات الطبية بالجزء (د) من Medicare من خطة أدوية الوصفات الطبية أو من خطة Medicare Advantage أخرى.
- الفصل 10 من كتيب الأعضاء:
 - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى خطة جديدة لميزة الأدوية الموصوفة أو لـ Medicare Advantage.
 - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على مزايا Medi-Cal الخاصة بك في حال مغادرة خطتنا.



G. حَقَّكَ فِي اتِّخَاذِ الْقَرَارَاتِ الْمَتَّعِلَّةَةِ بِشَأْنِ رِعَايَتِكَ الصَّحِيَّةِ

لديك الحق في الحصول على المعلومات الكاملة من أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية.

G1. حَقَّكَ فِي مَعْرِفَةِ خِيَارَاتِ الْعِلَاجِ الْخَاصَّةِ بِكَ وَاتِّخَاذِ الْقَرَارَاتِ

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 بخيارات العلاج المختلفة.
- **التعرف على المخاطر.** لديك الحق في أن يتم إخبارك بأي مخاطر محتملة. يجب أن نخبرك 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. 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 منا إذا رفض مقدم خدمات الرعاية التي تعتقد أنه يجب أن تحصل عليها.
- **مطالبتنا بتغطية خدمة أو دواء رفضناه أو لا نغطيه عادة.** يسمى ذلك قرار تغطية. راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك كيفية مطالبتنا بقرار تغطية.

G2. حَقَّكَ فِي قَوْلِ مَا تَرِيدُ أَنْ يَحْدُثَ

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 أطباءك تعليمات مكتوبة حول كيفية التعامل مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك، بما في ذلك الرعاية التي لا تريدها.
- 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.
- لست مطالباً بالحصول على توجيه مسبق، ولكن يمكنك ذلك. إليك ما يجب عليك فعله إذا كنت ترغب في استخدام توجيه مسبق:
- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على النموذج من طبيبك أو محاميك أو وكالة الخدمات القانونية أو الأخصائي الاجتماعي. غالباً ما يكون لدى الصيدليات ومكاتب مقدمي الخدمات النماذج. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. يمكنك أيضاً الاتصال بالعناية بالعملاء لطلب النموذج.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- **املا النموذج ووقع عليه.** يشكّل النموذج مستنداً قانونياً. يجب أن تفكر في وجود محام أو شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد الأسرة أو مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، لمساعدتك في إكماله.
- **اعط نسخاً للأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفة ذلك.** يجب أن تقدم نسخة من النموذج لطبيبك. يجب عليك أيضاً تقديم نسخة للشخص الذي تسميه لاتخاذ القرارات نيابة عنك. قد ترغب في تقديم نسخ للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا تم إدخالك إلى المستشفى وكان لديك توجيه مسبق موقع، **فخذ نسخة منه إلى المستشفى.**
 - ستسألك المستشفى عما إذا كان لديك نموذج توجيه مسبق موقع وما إذا كان معك.
 - إذا لم يكن لديك نموذج توجيه مسبق موقع، فإن المستشفى لديها نماذج وستسألك عما إذا كنت تريد التوقيع على نموذج.

يحق لك ما يلي:

- وضع التوجيه المسبق الخاص بك في سجلاتك الطبية.
- تغيير أو إلغاء التوجيه المسبق الخاص بك في أي وقت.
- التعرف على التغييرات في قوانين التوجيهات المسبقة. ستخبرك Blue Shield TotalDual Plan بالتغييرات التي ستدخل على قانون الولاية في موعد أقصاه 90 يوماً بعد التغيير.
- إن الحصول على توجيه مسبق هو خيارك. اتصل بالعبارة بالعلاء لمزيد من المعلومات.

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

إذا وقعت على توجيه مسبق واعتقدت أن الطبيب أو المستشفى لم تتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى لدى Livanta (مؤسسة تحسين الجودة بولاية كاليفورنيا) على الرقم 588-1123 (877) (الهاتف النصي: 887-6668 (855) أو أرسل خطاباً إلى: Annapolis Junction, MD 20701, 202. BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste

H. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بإعادة النظر في قراراتنا

الفصل 9 من كتيب الأعضاء ما يمكنك القيام به إذا كانت لديك أي مشاكل أو مخاوف تتعلق بخدماتك أو رعايتك المغطاة. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو تقديم التماس لتغيير قرار التغطية أو تقديم شكوى.

لديك الحق في الحصول على معلومات حول الالتماسات والشكاوى التي قدمها أعضاء الخطة الآخرون ضدنا. اتصل بالعبارة بالعلاء للحصول على هذه المعلومات.

H1. ما الذي يجب القيام به بشأن المعاملة غير العادلة أو الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عالجانك بشكل غير عادل - وأنه ليس تمييزاً لأسباب مدرجة في **الفصل 11** من كتيب الأعضاء الخاص بك - أو كنت ترغب

- العناية بالعلاء على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 434-0222 (800) (الهاتف النصي: 711). لمزيد من التفاصيل حول HICAP، راجع الفصل 2، القسم (ه).
- برنامج Ombuds Program على 1-888-452-8609 لمزيد من التفاصيل حول هذا البرنامج، راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- برنامج Medicare 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. (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)

أ. مسؤولياتك كعضو بالخطئة

- كعضو بالخطئة، تقع على عاتقك مسؤولية القيام بالأشياء المدرجة أدناه. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بالخدمة بالعملاء.
- **اقرأ كتيب الأعضاء** للتعرف على ما تغطيه خطتنا والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة. للحصول على تفاصيل حول:
 - الخدمات المغطاة، راجع **الفصلين 3 و4** من كتيب الأعضاء الخاص بك. يوضح لك هذان الفصلان ما هو المشمول بالتغطية وما ليس مشمولاً وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها وما تدفعه.
 - الأدوية المغطاة، راجع **الفصلين 5 و6** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- أخبرنا بشأن أي تغطية صحية أو تغطية أدوية وصفات أخرى لديك. يتعين علينا التأكد من استخدامك لجميع خيارات التغطية عند حصولك على الرعاية الصحية. يرجى الاتصال بالخدمة بالعملاء إذا كنت تتمتع بتغطية أخرى.
- أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأنك عضو في خطتنا. أظهر بطاقة هوية البرنامج عند حصولك على الخدمات أو الأدوية.
- ساعد أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين في تقديم أفضل رعاية لك.
 - أعطهم المعلومات التي يحتاجون إليها عنك وعن صحتك. تعرف على أكبر قدر ممكن من مشكلاتك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي اتفقت عليها أنت ومقدمو الخدمات.
 - تأكد من معرفة أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين بجميع الأدوية التي تتناولها. وهذا يشمل الأدوية الموصوفة طبيباً والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية.
 - اطرح أي أسئلة لديك. يجب أن يوضح أطباؤك ومقدمو الخدمات الآخرين الأمور بطريقة يمكنك استيعابها. إذا طرحت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاطرحه مرة أخرى.
- العمل مع منسق الرعاية الخاص بك بما في ذلك إكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.
- كن متروياً. إننا نتوقع من جميع أعضاء الخطئة احترام حقوق الآخرين. نتوقع منك أيضاً التصرف باحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- أخبرنا عن أي خدمات تتلقاها خارج خطتنا.
- ادفع المبلغ الخاص بك. بصفتك عضوًا بالخطّة، تتحمل مسؤولية هذه المبالغ:
 - أقساط كل من الجزء (أ) من برنامج Medicare والجزء (ب) من برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء الخطّة، يدفع برنامج Medi-Cal مقابل القسط الخاص بالجزء (أ) والجزء (ب) الخاص بك.
 - بالنسبة لبعض الأدوية أو الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل التي تغطيها خطتنا، يتعين عليك دفع حصتك من التكلفة عند حصولك على الخدمة أو الدواء.
- أخبرنا في حالة انتقالك. إذا كنت تخطط للانتقال، فأخبرنا على الفور. اتصل بالعناية بالعملاء
 - في حال انتقالك خارج منطقة خدمتنا، لا يمكنك البقاء في خطتنا. لا يمكن أن يكون أعضاء هذه الخطّة سوى الأشخاص الذين يقطنون في منطقة خدمتنا. الفصل 1 من كتيب الأعضاء الخاص بك بمنطقة خدماتنا.
 - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستنتقل إلى خارج منطقة خدماتنا. يمكننا إخبارك إذا كان لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
 - أخبر Medicare وMedi-Cal عنوانك الجديد عند الانتقال. من كتيب الأعضاء لمعرفة أرقام الهواتف الخاصة بـ Medicare وMedi-Cal.
 - في حال انتقالك ويقالك في منطقة خدمتنا، ما زلنا بحاجة لمعرفة ذلك. إننا بحاجة للاحتفاظ بسجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد أو طريقة أفضل للاتصال بك.
- اتصل بالعناية بالعملاء للحصول على مساعدة، إذا كانت لديك أي تساؤلات أو مخاوف.



الفصل 9. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتماسات، والشكاوى)

مقدمة

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

- وجود مشكلة مع أو شكوى بشأن خطتك.
- تحتاج إلى خدمة أو بند أو دواء قالت خطتك إنها لن تدفع مقابله.
- 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 خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وخدمات مرافق التمريض (NF).

يوجد هذا الفصل في أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على ما تبحث عنه بسهولة. إذا كانت لديك مشكلة أو كانت لديك مخاوف، فافقراً الأجزاء من هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.

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 في رعايتك، فيمكنك الاتصال ببرنامج **Ombuds Program** على الرقم 1-888-452-8609 للمساعدة. يفسر هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لديك لمختلف المشكلات والشكاوى، ولكن يمكنك دائماً الاتصال ببرنامج **Ombuds Program** للمساعدة في إرشادك أثناء فترة المشكلة الخاصة بك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بها، راجع **الفصل 2** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

A. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف	158
A1. نبذة عن المصطلحات القانونية	158
B. أين تحصل على المساعدة	159
B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة	159
C. فهم شكوى وطعون Medicare وMedi-Cal في خطتنا	160
D. مشكلات بشأن مزاياك	161
E. قرارات والتماسات التغطية	161



E1. قرارات التغطية.....	161
E2. الالتزامات.....	162
E3. المساعدة في قرارات والتزامات التغطية.....	162
E4. القسم الذي يمكن أن يساعدك في هذا الفصل.....	163
F. الرعاية الطبية	163
F1. استخدام هذا القسم.....	164
F2. طلب إصدار قرار تغطية.....	164
F3. تقديم التماس من المستوى 1.....	166
F4. تقديم التماس من المستوى 2.....	169
F5. مشاكل الدفع.....	174
G. الأدوية الموصوفة للجزء (د) من برنامج Medicare.....	175
G1. التماسات وقرارات بشأن تغطية الجزء (د).....	175
G2. استثناءات الجزء (د).....	176
G3. أمور مهمة للتعرف عليها فيما يتعلق بطلب استثناء.....	178
G4. طلب إصدار قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء.....	178
G5. تقديم التماس من المستوى 1.....	180
G6. تقديم التماس من المستوى 2.....	182
H. مطالبتنا بتغطية فترة إقامة أطول بالمستشفى	184
H1. معرفة الحقوق المتعلقة ببرنامج Medicare.....	184
H2. تقديم التماس من المستوى 1.....	185
H3. تقديم التماس من المستوى 2.....	187
H4. تقديم التماس بديل من المستوى 1.....	188
H5. تقديم التماس بديل من المستوى 2.....	188
I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة	189



190.....	11. إخطار مسبق قبل انتهاء تغطيتك.
190.....	12. تقديم التماس من المستوى 1.....
191.....	13. تقديم التماس من المستوى 2.....
192.....	14. تقديم التماس بديل من المستوى 1.....
193.....	15. تقديم التماس بديل من المستوى 2.....
194.....	J. الانتقال بالالتماس المقدم منك إلى مستوى أعلى من المستوى الثاني
194.....	J1. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medicare.....
195.....	J2. الالتزامات الإضافية الخاصة ببرنامج Medi-Cal.....
195.....	J3. مستويات الالتماس 3 و 4 و 5 لطلبات أدوية الجزء (د).....
197.....	K. كيفية تقديم شكوى
197.....	K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكوى بشأنها.....
198.....	K2. الشكاوى الداخلية.....
200.....	K3. الشكاوى الخارجية.....

A. ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

يوضح هذا الفصل كيفية معالجة المشكلات والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدم عملية واحدة لقرارات والتماسات التغطية وعملية أخرى لتقديم شكوى؛ وتسمى أيضا التظلمات.

لضمان العدالة والسرعة، تتضمن كل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يتعين علينا نحن وأنت اتباعها.

A1. نبذة عن المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية في هذا الفصل لبعض القواعد والمواعيد النهائية. قد يكون من الصعب فهم العديد من هذه المصطلحات، لذلك نستخدم كلمات أبسط بدلا من مصطلحات قانونية معينة عندما يمكننا ذلك. كما نستخدم الاختصارات في أضيق الحدود.

على سبيل المثال، نقول:

- "تقديم شكوى" بدلا من "تقديم تظلم"



- "قرار التغطية" بدلاً من "حكم المؤسسة" أو "حكم المزاي" أو "حكم المعرضين للخطر" أو "حكم التغطية"
- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "حكم عاجل"
- "مؤسسة المراجعة المستقلة" بدلاً من "كيان المراجعة المستقل"

وقد تساعد معرفة المصطلحات القانونية الملزمة في وجود تواصل أكثر وضوحاً، لذلك وفرنا لكم هذه المصطلحات أيضاً.

B. أين تحصل على المساعدة

B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة

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

المساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن للاستشاريين التابعين لبرنامج HICAP الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله بشأن مشكلتك. 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 مجاناً. ورقم الهاتف الخاص ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) هو 1-800-434-0222.

المساعدة من تحالف المستهلكين الصحيين

يمكنك الاتصال بتحالف المستهلكين الصحي والتحدث مع أحد المدافعين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. حيث يوفران مساعدة قانونية مجانية. لا علاقة لتحالف المستهلكين الصحيين بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتفهم هو 1-888-804-3536 وموقعهم على الويب www.healthconsumer.org.

المساعدة والمعلومات من Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك الاتصال بـ Medicare. هنالك طريقتان للحصول على مساعدة من Medicare:

- الاتصال على رقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048
- تفضل بزيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov).

المساعدة والمعلومات من Medi-Cal



كاتب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى)

وكالات Medi-Cal (Medicaid) حسب مقاطعة (كاليفورنيا)		
مقاطعتك	اسم الوكالة	الاتصال
مقاطعة Los Angeles (لوس أنجلوس)	دائرة الخدمات العامة الاجتماعية	1-866-613-3777
مقاطعة San Diego (سان دييغو)	وكالة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية	1-866-262-9881
موقع الويب:	https://www.dhcs.ca.gov/services/medi-cal/Pages/CountyOffices.aspx	

المساعدة من California Department of Health Care Services (دائرة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا)

يمكن أن يساعدك مكتب Medi-Cal Managed Care Ombudsman التابع لـ California Department of Health Care Services (دائرة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا، DHCS). ويمكنهم تقديم المساعدة إذا كانت لديك مشكلات في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو تركها. يمكنهم أيضاً المساعدة في حال انتقالك وكنت تواجه مشكلة في نقل Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال على أمين المظالم من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً على رقم 1-888-452-8609.

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

اتصل بـ California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا) للحصول على مساعدة مجانية. وتتحمل دائرة DMHC مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. تساعد دائرة DMHC الأشخاص في تقديم الالتماسات المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الكلام استخدام رقم جهاز الاتصال عن بُعد المجاني، 1-877-688-9891.

دائرة كاليفورنيا للرعاية الصحية المُدارة هي المسؤولة عن تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كانت لديك شكوى ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم 1-800-452-4413 واستخدام عملية التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالقسم. لا يحظر استخدام إجراء التظلم هذا أي حقوق قانونية أو تعويضات محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في شكوى تتعلق بحالة طوارئ، أو شكوى لم يتم حلها بشكل مرض من خلال خطتك الصحية، أو شكوى ظلت دون حل لأكثر من 30 يوماً، يمكنك الاتصال بالقسم للحصول على المساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة محايدة للقرارات الطبية التي تتخذها خطة صحية تتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الاستقصائية بطبيعتها، ونزاعات الدفع الخاصة بالخدمات الطبية الطارئة أو العاجلة. لدى القسم أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD (1-877-688-9891) لضعاف السمع والكلام. يحتوي موقع الويب الخاص بالدائرة www.dmhc.ca.gov على نماذج للشكاوى ونماذج طلب IMR وتعليمات عبر الإنترنت.

C. فهم شكاوى وطعون Medicare وMedi-Cal في خطتنا

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل



لديك برنامجي Medicare وMedi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا Medicare وMedi-Cal الخاصة بك. يطلق على ذلك أحياناً "عملية متكاملة" لأنها تجمع أو تدمج عمليات Medicare وMedi-Cal.

في بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليات Medicare وMedi-Cal. في هذه الحالات، تستخدم عملية واحدة لميزة Medicare وعملية أخرى لميزة Medi-Cal. يوضح القسم (و4) هذه المواقف.

D. مشكلات بشأن مزاياك

إذا كانت لديك مشكلة أو كانت لديك مخاوف، فاقراً الأجزاء من هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. يساعدك المخطط أدناه في العثور على القسم الصحيح من هذا الفصل للمشكلات أو الشكاوى.

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟	
يشمل هذا المشكلات بخصوص ما إذا كانت خدمات رعاية طبية محددة أو وصفات طبية مشمولة بالتغطية أم لا وطريقة تضمينها والمشكلات المتصلة بالمدفوعات مقابل الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة.	
لا. لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو الغطاء التأميني. راجع القسم (ك) "كيفية تقديم شكوى".	نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أو الغطاء التأميني. راجع القسم (هـ) "قرارات والتماسات التغطية".

E. قرارات والتماسات التغطية

عملية طلب قرارات التغطية وتقديم التماسات تتصل بالمشكلات ذات الصلة بمزاياك وتغطيتك. ويشمل أيضاً مشكلات تتصل بالدفع.

E1. قرارات التغطية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل الأدوية أو الخدمات الطبية التي نوفرها لك. ونحن نصدر قرار التغطية عندما نقرر ما المزايا المغطاة بالنسبة لك والمبلغ الذي سندفعه. على سبيل المثال، يتخذ طبيب الشبكة قرار تغطية مؤثباتاً لك عندما تحصل على رعاية طبية منه أو إذا أحالك إلى أخصائي طبي.



يمكنك أنت أو طبيبك أيضًا الاتصال بنا وطلب قرار التغطية. قد تكون أنت أو طبيبك غير متأكدين مما إذا كنا نغطي خدمة طبية محددة أو إذا كنا قد رفضنا تقديم رعاية طبية تعتقد أنك بحاجة إليها. إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنقوم بتغطية خدمة طبية قبل حصولك عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار تغطية لك. في بعض الحالات، قد نقرر أن الخدمة أو الدواء غير مغطى أو لم يعد مغطى لك من قبل Medicare أو Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم التماس.

E2. الالتماسات

إذا اتخذنا قرارًا خاصًا بالتغطية ولم تكن راضيًا عنه، فيمكنك "التماس" هذا القرار. الالتماس هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة وتغيير قرار تغطية أصدرناه.

عندما نقدم التماسًا في أمر ما للمرة الأولى، يسمى هذا بالتماس من المستوى 1. في هذا الالتماس، نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير المؤاتي يتعاملون مع التماسك.

في أغلب الحالات، عليك أن تبدأ التماسك من المستوى 1. 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.dmhc.ca.gov. راجع صفحة 185 لمزيد من المعلومات.

عند الانتهاء من المراجعة، سنخبرك بقرارنا. في ظروف معينة، موضح لاحقًا في هذا الفصل القسم (و2)، يمكنك طلب إصدار "قرار تغطية سريع" أو عاجل أو التماس سريع لقرار التغطية.

إذا كان قرارنا بالرفض لكل أو جزء من الالتماس من المستوى 1، فيمكنك الانتقال إلى الالتماس من المستوى 2. تقوم مؤسسة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا بإجراء الالتماس من المستوى 2.

- في بعض الحالات، يتم إرسال حالتك تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لتقديم التماس من المستوى 2. وإذا حدث ذلك، فسنخبرك بذلك.

- في حالات أخرى، تحتاج إلى طلب التماس من المستوى 2.

- راجع القسم (و4) لمزيد من المعلومات حول الالتماسات من المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الالتماس من المستوى 2، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية للالتماس.

E3. المساعدة في قرارات والتماسات التغطية

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- العناية بالمعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 1-888-434-0222.



- **مركز المساعدة في دائرة الرعاية الصحية المدارة (DMHC)** للحصول على مساعدة مجانية. وتتحمل دائرة DMHC مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. تساعد دائرة DMHC الأشخاص في تقديم الالتزامات المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشكلات الفوترة. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأشخاص الصم أو ضعاف السمع أو الكلام استخدام رقم جهاز الاتصال عن بُعد المجاني، 1-877-688-9891.
- **طبيبك أو مقدم خدمات آخر.** يمكن لطبيبك أو مقدم الخدمات الآخر طلب قرار التغطية أو تقديم التماس نيابة عنك.
- **صديق أو فرد بالعائلة.** يمكنك تحديد شخص آخر للتصرف نيابة عنك "كممثل" لك وطلب قرار تغطية أو تقديم التماس.
- **محام.** لديك الحق في الاستعانة بمحام، ولكنك **غير مطالب بتوكيل محام** لطلب قرار تغطية أو تقديم التماس.
 - 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.
 - يمكنك طلب تعيين محام في إطار المساعدة القانونية من Health Consumer Alliance على الرقم 1-888-804-3536.

املاً نموذج تعيين ممثل إذا كنت ترغب في أن يتصرف محام أو شخص آخر كممثل لك. وسوف يعطي هذا النموذج شخص تصريحاً بالتصرف نيابة عنك.

اتصل بالعناية بالمعلاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضاً الحصول على النموذج من خلال زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. يجب أن تقدم إلينا نسخة موقعة من النموذج.

E4. القسم الذي يمكن أن يساعدك في هذا الفصل

هناك أربع حالات تتضمن قرارات التغطية والالتزامات. ولكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. نقدم تفاصيل كل واحد في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم المنطبق:

- **القسم (و)، "الرعاية الطبية"**
- **القسم (ز)، "أدوية وصفات الجزء (د) من Medicare"**
- **القسم (ح)، "مطالبتنا بتغطية إقامة أطول بالمستشفى"**
- **القسم (ط)، "مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة (ينطبق هذا القسم فقط على هذه الخدمات: الرعاية الصحية المنزلية، ورعاية منشأة التمريض المتخصصة، وخدمات منشأة التأهيل المتكاملة للمرضى الخارجيين (CORF))."**

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب عليك استخدامه، فاتصل بالعناية بالمعلاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الحصول على المساعدة أو المعلومات من المؤسسات الحكومية مثل برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية.

F. الرعاية الطبية



يخبرك هذا القسم بما عليك فعله في حالة وجود مشاكل تخص الحصول على تغطية لأي رعاية طبية أو إذا كنت ترغب منا تعويضك عن حصتنا من تكلفة رعايتك

يتناول هذا القسم مزايا الرعاية والخدمات الطبية الموضحة في الفصل 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك. نشير عمومًا إلى "تغطية الرعاية الطبية" أو "الرعاية الطبية" في بقية هذا القسم. يشمل مصطلح "الرعاية الطبية" الخدمات والبنود الطبية بالإضافة إلى الأدوية الموصوفة للجزء (ب) من Medicare والتي عادة ما تكون أدوية يدارها طبيبك أو أخصائي الرعاية الصحية. قد يتم تطبيق قواعد مختلفة على دواء موصوف تابع للجزء (ب). وعندما يتم ذلك، فإننا نوضح لك كيف تختلف قواعد الأدوية الموصوفة طبيًا في الجزء (ب) من قواعد الخدمات والبنود الطبية.

F1. استخدام هذا القسم

يوضح هذا القسم ما يمكنك القيام به في أي من الحالات التالية:

1. نعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاج إليها ولكنك لا تحصل عليها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية. راجع القسم 2.

2. لم نعتد الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر تقديمها لك، وأنت نعتقد أننا يجب أن نعتد بها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. راجع القسم (3).

3. تلقيت رعاية طبية نعتقد أننا نغطيها لكننا لن ندفع مقابلها.

ما يمكنك القيام به: يمكنك الالتماس بخصوص قرارنا بعدم الدفع. راجع القسم (5).

4. حصلت على الرعاية الطبية التي اعتقدت أننا نغطيها ودفعت مقابلها وتريد منا رد المبلغ لك.

ما يمكنك القيام به: يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. راجع القسم (5).

5. قمنا بتخفيض أو إيقاف تغطيتك فيما يتعلق برعاية طبية معينة، وكنت نعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.

6. تعاني من تأخيرات في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.

ما يمكنك القيام به: يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا بتقليل أو إيقاف الرعاية الطبية. راجع القسم (4).

- إذا كانت التغطية خاصة بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية منشأة ترميز مخصصة أو خدمات منشأة تأهيل متكاملة للمرضى الخارجيين (CORF)، تنطبق قواعد خاصة. راجع القسم (ج) أو القسم (ط) لمعرفة المزيد.

- بالنسبة لجميع الحالات الأخرى التي تنطوي على تقليل أو إيقاف تغطيتك فيما يتعلق برعاية طبية معينة، استخدم هذا القسم (و) كدليل لك.

F2. طلب إصدار قرار تغطية

عندما يشتمل قرار التغطية على رعايتك الطبية، فإنه يطلق عليه "حكم المؤسسة المتكامل".



يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك مطالبتنا بقرار تغطية من خلال:

- الاتصال: 452-4413 (800) الهاتف النصي: 711.
- الفاكس: 251-6671 (877).
- مراسلة: BlueShield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.

قرار التغطية القياسي

ستحدد Blue Shield TotalDual Plan التصريحات الروتينية المسبقة في غضون 5 أيام عمل من حصول خطة Blue Shield TotalDual Plan على المعلومات اللازمة لاتخاذ قرار، وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا بعد تلقي خطة Blue Shield TotalDual Plan للطلب. عندما نقدم لك قرارنا، فإننا نستخدم المواعيد النهائية "القياسية" ما لم نوافق على استخدام المواعيد النهائية "السريعة". قرار التغطية القياسي يعني أنك تحصل على إجابة بشأن:

- خدمة أو عنصر طبي في غضون 5 أيام عمل من بعد استلامنا لطلبك.
 - وصفة دواء طبية من Medicare الجزء (ب) في غضون 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك.
- بالنسبة لعنصر طبي أو خدمة، يمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا طلبت مزيدًا من الوقت أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك (مثل السجلات الطبية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة). إذا أخذنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار، فسنخبرك كتابيًا. لا يمكننا أن نأخذ أيامًا إضافية إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicare الجزء (ب).
- إذا كنت تعتقد أنه يجب ألا نأخذ أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا باتخاذ أيام إضافية. عندما تقدم شكوى سريعة، فإننا نقدم لك الرد على شكواك في غضون 24 ساعة. عملية تقديم شكوى تختلف عن عملية قرارات التغطية والالتزامات. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، ارجع إلى القسم (ك).

قرار التغطية السريع

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

- عندما تطلب منا اتخاذ قرار تغطية بشأن رعايتك الطبية وتطلب صحتك استجابة سريعة، فاطلب منا اتخاذ "قرار تغطية سريع". قرار التغطية السريع يعني أنك سوف تحصل على إجابة بشأن:
- الخدمة الطبية أو البند في غضون 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك.
 - وصفة دواء طبية من Medicare الجزء (ب) في غضون 24 ساعة بعد استلامنا لطلبك.

بالنسبة لعنصر طبي أو خدمة، يمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا وجدنا معلومات قد تفيدك مفقودة (مثل السجلات الطبية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة) أو إذا كنت بحاجة إلى وقت للحصول على معلومات لنا للمراجعة. إذا أخذنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار، فسنخبرك كتابيًا. لا يمكننا أن نأخذ وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicare الجزء (ب).



إذا كنت تعتقد أنه يجب ألا نأخذ أيامًا إضافية لإصدار قرار التغطية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا باتخاذ أيام إضافية. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، ارجع إلى القسم (ك). سنتصل بك بمجرد اتخاذ القرار.

للحصول على قرار التغطية السريع، يتعين عليك تلبية اثنين من المتطلبات:

- أنت تطلب تغطية للرعاية الطبية التي لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب إصدار قرار تغطية سريع بشأن السداد مقابل الرعاية الطبية التي تلقيتها بالفعل.
 - قد يتسبب استخدام المواعيد النهائية القياسية في حدوث ضرر حقيقي على صحتك أو أذى في قدرتك على العمل.
- سنمنحك تلقائيًا قرار التغطية السريع إذا أخبرنا طبيبك بأن صحتك تتطلب ذلك. إذا طلبت الحصول على دعم من طبيبك، فإننا نقرر ما إذا كنت تحصل على قرار تغطية سريع.
- إذا قررنا أن صحتك لا تلي متطلبات إصدار قرار التغطية السريع، فإننا نرسل إليك خطابًا يوضح ذلك ونستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلًا من ذلك. يخبرك الخطاب:
- سنمنحك تلقائيًا قرار التغطية السريع إذا طلبه طبيبك.
 - كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك قرار التغطية القياسي بدلًا من قرار التغطية السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك شكوى سريعة، ارجع إلى القسم (ك).
- في حال كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، نرسل إليك خطابًا نشرح فيه الأسباب.
- إذا كان قرارنا بالرفض، فلديك الحق في تقديم التماس. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم التماس هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
 - إذا قررت تقديم التماس، فستنتقل إلى المستوى 1 من تدابير الالتزامات (راجع القسم (3)).
- في ظروف محدودة، قد نرفض طلبك بقرار التغطية، مما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن أمثلة الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب ما يلي:
- إذا كان الطلب غير مكتمل،
 - إذا قدم شخص ما الطلب نيابة عنك ولكنه غير مصرح له قانونًا بالقيام بذلك، أو
 - إذا طلبت سحب طلبك.
- إذا رفضنا طلبًا بقرار التغطية، فسوف نرسل إليك إخطارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الفصل. يطلق على هذه المراجعة اسم التماس. تتم مناقشة الالتزامات في القسم التالي.

F3. تقديم التماس من المستوى 1

لبدء تقديم التماس، يجب عليك أنك أو طبيبك أو الممثل الخاص بك الاتصال بنا. اتصل بنا على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711).

اطلب التماسًا قياسيًا أو التماسًا سريعًا كتابيًا عن طريق الاتصال بنا على 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711).



- إذا طلب طبيبك أو واصل أدوية آخر مواصلة خدمة أو بند تتلقاه بالفعل خلال التماسك، فقد تحتاج إلى تسميته كممثل لك للتصرف نيابة عنك.
 - إذا قدم شخص آخر غير طبيبك الالتماس نيابة عنك، فيلزم أن يتضمن التماسك نموذج تعيين ممثل يتيح لهذا الشخص تمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
 - يمكننا قبول طلب الالتماس بدون النموذج، ولكن لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليه. إذا لم نحصل على النموذج في غضون 44 يومًا تقويميًا من بعد تلقي طلب الالتماس الخاص بك:
 - نرفض طلبك، و
 - نرسل لك إخطارًا كتابيًا يوضح حقك في طلب مراجعة مؤسسة المراجعة المستقلة لقرارنا بتجاهل التماسك.
- يجب أن تقدم طلب الالتماس في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الخطاب المرسل إليك بشأن قرارنا.
- إذا فاتك هذا الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لفواته، فقد نعطيك المزيد من الوقت لتقديم الالتماس. هناك أمثلة لأسباب وجيهة وهي مثل أنك تعاني من مرض خطير أو قدمنا لك معلومات خاطئة حول الموعد النهائي. توضيح سبب تأخر التماسك عندما تقدم الالتماس.
- لديك الحق في مطالبتنا بنسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بالتماسك. يمكنك أنت وطبيبك أيضًا تقديم مزيد من المعلومات لنا لدعم الالتماس المقدم منك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا "التماسًا سريعًا"

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

- إذا كنت تلتزم في قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية التي لم تحصل عليها، فستقرر أنت و/أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى التماس سريع.
 - عملية الالتماس السريع مماثلة لقرار التغطية السريع. لطلب التماس سريع، اتبع التعليمات لطلب قرار تغطية سريع في القسم (2).
 - إذا أخبرنا طبيبك أن صحتك تتطلب ذلك، فسنقدم لك التماسًا سريعًا.
- إذا أخبرناك أننا نقوم بإيقاف أو تقليل الخدمات أو البنود التي حصلت عليها بالفعل، فقد تتمكن من مواصلة هذه الخدمات أو البنود خلال التماسك.
- إذا قررنا تغيير أو إيقاف تغطية خدمة أو بند تحصل عليه، فسوف نرسل إليك إخطارًا قبل اتخاذ الإجراء اللازم.
 - إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم التماس من المستوى 1.
 - نواصل تغطية الخدمة أو البند إذا طلبت التماسًا من المستوى 1 في غضون 10 أيام تقويمية من تاريخ خطابنا أو من خلال تاريخ السريان المحدد للإجراء، أيهما أبعد.



- إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو البند دون إجراء أي تغييرات أثناء انتظار الالتماس من المستوى 1.
- ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو البنود الأخرى (التي ليست موضوع الالتماس الخاص بك) دون إجراء أي تغييرات.
- إذا لم تقدم التماسًا قبل هذه التواريخ، فلن تتم متابعة خدمتك أو أدويةك أثناء انتظار قرار الالتماس الخاص بك.

إننا ننظر في الالتماس المقدم منك ونقدم لك قرارنا.

- عند مراجعة التماسك، نلقي نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك لتغطية الرعاية الطبية.
- إننا نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد **عندما رفضنا طلبك**.
- نقوم بجمع مزيد من المعلومات إذا كنا بحاجة إليها. قد نتصل بك أو بطبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.

هناك مواعيد نهائية لتقديم التماس سريع.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون **72 ساعة بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك**. وسوف نوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك ذلك.

إذا لم نرسل ردًا في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الالتماسات. ثم تستعرضها مؤسسة مراجعة مستقلة. في وقت لاحق من هذا الفصل، نطلعك على هذه المؤسسة ونوضح لك تدابير الالتماس من المستوى 2.

- إذا كان قرارنا بالموافقة على جزء أو كل طلبك، فيجب أن نسمح أو نقدم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد استلامنا التماسك.
- إذا كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، فإننا نرسل التماسك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لتقديم التماس من المستوى 2.

هناك مواعيد نهائية لتقديم التماس قياسي.

- عند استخدامنا للمواعيد النهائية القياسية، يجب أن نقدم لك قرارنا في غضون **30 يومًا تقويميًا** من بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك لتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.

- إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicare الجزء (ب) لم تحصل عليها، فإننا نقدم لك قرارنا في غضون **7 أيام تقويمية** من بعد استلامنا لطلب الالتماس المقدم منك أو أسرع إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

إذا لم نرد عليك بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من تدابير الالتماسات. ثم تستعرضها مؤسسة مراجعة مستقلة. في وقت لاحق من هذا الفصل، نطلعك على هذه المؤسسة ونوضح لك تدابير الالتماس من المستوى 2.

إذا كان قرارنا بالموافقة على جزء أو كل طلبك، فيجب أن نسمح أو نقدم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 30 يومًا تقويميًا، أو في غضون **7 أيام تقويمية** إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicare الجزء (ب)، بعد استلامنا التماسك.



إذا كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، فلديك حقوق التماس إضافية:

في حال كان قرارنا بالرفض لجزء أو كل ما طلبته، نرسل إليك خطابًا.

- إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare، فإن الخطاب يخبرك أننا أرسلنا حالتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لإجراء التماس من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medi-Cal، فإن الخطاب يخبرك بكيفية تقديم التماس من المستوى 2 بنفسك.

F4. تقديم التماس من المستوى 2

في حال كان قرارنا بالرفض لجزء من الالتماس من المستوى 1 أو كله، نرسل إليك خطابًا. يخبرك هذا الخطاب إذا كان برنامج Medicare أو Medi-Cal أو البرنامجين يغطيان عادة الخدمة أو البند.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند تغطيه Medicare عادة، فإننا نرسل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من الالتماس بمجرد اكتمال المستوى 1 من الالتماس.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند يغطيه Medi-Cal عادة، فيمكنك تقديم التماس من المستوى 2 بنفسك. يوضح لك الخطاب كيفية القيام بذلك. وندرج أيضًا مزيدًا من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل، ولا نقوم تلقائيًا بتقديم التماس من المستوى 2 لك فيما يتعلق بخدمات أو بنود Medi-Cal.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند قد يغطيه كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal، فستتلقى تلقائيًا التماسًا من المستوى 2 لدى مؤسسة المراجعة المستقلة. يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع عادلة مع الولاية.
- إذا كنت مؤهلًا لاستمرار المزايا عند تقديم الالتماس من المستوى 1، فقد تستمر مزاياك المتعلقة بالخدمة أو البند أو الدواء الخاضع للالتماس أيضًا خلال المستوى 2. راجع القسم (و3) للحصول على معلومات بشأن استمرار مزاياك خلال الالتماسات من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك بشأن خدمة تتم تغطيتها عادة من قبل Medicare فقط، فإن مزاياك بالنسبة لهذه الخدمة لا تستمر خلال عملية الالتماس من المستوى 2 لدى مؤسسة المراجعة المستقلة.
- إذا كانت مشكلتك بشأن خدمة تغطيها عادة Medi-Cal فقط، فستستمر مزاياك بالنسبة لهذه الخدمة إذا قدمت التماسًا من المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية من تلقي خطاب القرار الخاص بنا.

عندما تكون مشكلتك بشأن خدمة أو بند يغطيه Medicare عادة

ترجع مؤسسة المراجعة المستقلة التماسك. إنها مؤسسة مستقلة تم توظيفها من قبل Medicare.

الاسم الرسمي لـ "مؤسسة المراجعة المستقلة" هو "كيان المراجعة المستقل"، الذي يطلق عليه أحيانًا "IRE".



- لا علاقة لهذه المؤسسة بنا وهي ليست وكالة حكومية. وقد اختارت Medicare الشركة لتكون مؤسسة المراجعة المستقلة، وتشرف Medicare على عملها.
 - نرسل معلومات حول الالتماس الخاص بك ("ملف الحالة") إلى هذه المؤسسة. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.
 - لديك الحق في منح "مؤسسة المراجعة المستقلة" معلومات أخرى لدعم الالتماس الخاص بك.
 - ينظر المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة بعناية في جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.
- إذا كان لديك التماس سريع من المستوى 1، فلديك أيضًا التماس سريع من المستوى 2.**
- إذا قدمت التماسًا سريعًا إلينا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على التماس سريع من المستوى 2. يجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة المستقلة إجابة على الالتماس من المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تلقي التماسك.
- إذا كان لديك التماس قياسي من المستوى 1، فلديك أيضًا التماس قياسي من المستوى 2.**
- إذا كان لديك التماس قياسي لنا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على التماس قياسي من المستوى 2.
 - إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة، فيجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة المستقلة إجابة على الالتماس من المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقي التماسك.
 - إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية تابعة للجزء (ب) من Medicare، فيجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة المستقلة إجابة على الالتماس من المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية من تلقي التماسك.
- تقدم لك مؤسسة المراجعة المستقلة ردها كتابيًا وتوضح الأسباب.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على جزء أو كل الطلب المتعلق ببند أو خدمة طبية، فيجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
 - التصريح بتغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو
 - تقديم الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا من بعد حصولنا على قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات القياسية أو
 - تقديم الخدمة في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات العاجلة.
 - إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على جزء أو كل طلب الحصول على دواء موصوف تابع للجزء (ب) من Medicare، فيجب أن نسمح أو نقدم الدواء الموصوف للجزء (ب) من Medicare محل النزاع:
 - في غضون 72 ساعة بعد استلامنا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات القياسية أو
 - في غضون 24 ساعة من تاريخ تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات العاجلة.
 - إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالرفض لجزء من التماسك أو كله، فهذا يعني أنهم يتفقون على عدم موافقتنا على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. وهذا يطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض التماسك".



إذا كانت حالتك تقي بالمتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد الانتقال بالتماسك إلى المستوى التالي.

وهناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الالتزامات بعد المستوى 2، يبلغ مجموعها خمسة مستويات.

في حال رفض الالتزام من المستوى 2 واستيفائك لمتطلبات استمرار عملية الالتزامات، يتعين عليك تحديد ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم التماس ثالث. التفاصيل الخاصة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الالتزام من المستوى 2.

يبت قاضي القانون الإداري أو عضو محكم في الالتزام من المستوى 3. راجع القسم (ي) لمزيد من المعلومات حول الالتزامات من المستوى 3 و 4 و 5.

عندما تكون مشكلتك بشأن خدمة أو بند يغطيه Medi-Cal عادة

هناك طريقتان لتقديم التماس من المستوى 2 فيما يتعلق بخدمات 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، سترجع DMHC قرارنا وتصدر الحكم. تتوفر المراجعة الطبية المستقلة لأي من خدمات أو بنود Medi-Cal المغطاة ذات الطبيعة الطبية. تعد المراجعة الطبية المستقلة مراجعة لحالتك من قبل أطباء ليسوا تابعين لخطتنا أو لدائرة DMHC. إذا خرجت المراجعة الطبية المستقلة بقرار لصالحك، فيجب علينا تقديم الخدمة أو العلاج 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 1 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 الالتزام إلينا قبل أن تتقدم للمستوى 2 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. راجع صفحة 216 للحصول على معلومات حول تدابير الالتزام من المستوى 1 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 بالتماسك. 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:

- املاً نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكاوى المتوفر على:
www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx
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 تقويمياً. يجب عليك تلقي قرار المراجعة الطبية المستقلة (IMR) خلال 45 يومًا تقويمياً من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مستحقًا لمراجعة طبية مستقلة، فإن DMHC سترجع حالتك وترسل خطابًا في غضون يومين تقويمياً 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 تستخدم 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 شكواك خلال 30 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكوتك 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 لبدء أو خدمة لن تقوم باعتمادها أو لن نستمر في الدفع مقابل بند أو خدمة لديك بالفعل وكان ردنا بالرفض للتماسك 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 الالتماس من المستوى الثاني" 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 دائرة الخدمات الاجتماعية لولاية 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 916-651-5210 أو 916-651-2789.

2. يمكنك الاتصال بـ California Department of Social Services (دائرة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا) على الرقم 1-800-952-5253. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت طلب جلسة استماع بالولاية عبر الهاتف، فينبغي إدراك أن خطوط الهاتف مشغولة للغاية.



يقدم لك مكتب جلسة الاستماع العادلة قرارهم كتابيًا وشرح الأسباب.

- إذا كان مكتب جلسة الاستماع العادلة يرد بالإيجاب على جزء أو كل الطلب المتعلق ببند أو خدمة طبية، فيجب أن نسمح أو نقدم الخدمة أو البند في غضون 72 ساعة بعد استلام قرارهم.
 - إذا رد مكتب جلسة الاستماع العادلة بالرفض على جزء أو كل التماسك، فهذا يعني أنهم يتفقون على عدم موافقتنا على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. وهذا يطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض التماسك".
- إذا كان قرار مؤسسة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسة الاستماع العادلة بالرفض لكل أو جزء من طلبك، فلديك حقوق التماس إضافية.
- إذا توجه التماسك من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة، فيمكنك الالتماس مرة أخرى فقط إذا كانت القيمة الدلالية للخدمة أو البند الذي تريده يفي بالحد الأدنى من المقدار المحدد. يبت قاضي القانون الإداري أو عضو محكم في الالتماس من المستوى 3. يوضح الخطاب الذي حصلت عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة حقوق الالتماس الإضافية الخاصة بك.
- يوضح الخطاب الذي حصلت عليه من مكتب جلسة الاستماع العادلة خيار الالتماس التالي.
- راجع القسم (ي) لمزيد من المعلومات حول حقوق الالتماس الخاصة بك بعد المستوى 2.

F5. مشاكل الدفع

لا نسمح لمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا بمحاسبتك على الخدمات والبنود المغطاة. وينطبق ذلك حتى في حال كنا ندفع لمقدم الخدمات أقل من تكاليف مقدم الخدمات مقابل خدمة أو بند مغطى. لن يطلب منك مطلقاً دفع رصيد أي فاتورة. والمبلغ الوحيد الذي ينبغي أن يطلب منك دفعه هو المشاركة في السداد نظير الأدوية الموصوفة الجنيصة والتي تحمل علامة تجارية.

في حال حصولك على فاتورة تزيد عن مدفوعاتك المشتركة للخدمات والبنود المغطاة، أرسل الفاتورة إلينا. يحظر عليك دفع الفاتورة بنفسك. سنقوم بالاتصال بمقدم الخدمات مباشرة وبالاهتمام بالمشكلة. إذا قمت بدفع الفاتورة، فيمكنك استرداد الأموال إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو البند.

لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 7 من كُتِيب /الأعضاء الخاص بك. فهو يصف المواقف التي قد تحتاج فيها لمطالبتنا بسداد المبلغ الخاص بك أو دفع فاتورة تلقيتها من مقدم خدمات. كما أنه يوضح كيفية إرسال الأوراق التي تطالبنا بالسداد.

إذا طلبت رد المبلغ لك، فأنت تطلب قرار تغطية. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو البند الذي دفعت مقابلته خاضعاً للتغطية وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد لاستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو البند التي دفعت مقابلته 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 الخدمات مباشرة. عند إرسال المبلغ، فإن هذا يعني الموافقة على طلبك بقرار التغطية.



- إذا كانت الخدمة أو البند غير مشمول بالتغطية أو لم تتبع جميع القواعد، فسوف نرسل إليك خطابًا يخبرك بأننا لن ندفع مقابل الخدمة أو البند ونوضح لك السبب.
- إذا لم توافق على قرارنا بعدم الدفع، **فيمكنك تقديم التماس**. اتبع تدابير الالتزامات الموضحة في **القسم (و3)**. عند اتباعك لهذه التعليمات، يرجى ملاحظة ما يلي:
- إذا قمت بتقديم التماس لنا لرد المبلغ لك، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 30 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا التماسك.
- إذا طلبت منا رد مقابل الرعاية الطبية التي تلقيتها ودفعت مقابلها بنفسك، فلا يمكنك طلب التماس سريع.
- في حال كانت إجابتنا على الالتزامات المقدم منك **بالرفض** وكانت **Medicare** تغطي عادة الخدمة أو البند، فسوف نرسل حالتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة. سوف نرسل إليك خطابًا 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 الالتزامات المقدم منك **بالإيجاب** في أي مرحلة من تدابير الالتزامات بعد المستوى 2، فيتعين علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا تقويميًا.
- إذا ردت مؤسسة المراجعة المستقلة **برفض** التماسك، فهذا يعني أنهم يتفقون على عدم موافقتنا على طلبك. وهذا يطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض التماسك". سنتلقى خطابًا يوضح حقوق الالتزامات الإضافية الخاصة بك. راجع **القسم (ي)** لمزيد من المعلومات حول المستويات الإضافية للالتماس.
- في حال كانت إجابتنا على الالتزامات المقدم منك **بالرفض** وكانت **Medi-Cal** عادة ما تغطي الخدمة أو البند، فيمكنك تقديم التماس من المستوى 2 بنفسك. لا نقوم تلقائيًا بتقديم التماس من المستوى 2 لك. راجع **القسم (و4)** لمزيد من المعلومات.

G. الأدوية الموصوفة للجزء (د) من برنامج Medicare

تشمل مزاياك كعضو في خطتنا تغطية الكثير من الأدوية الموصوفة طبيًا. معظم هذه الأدوية هي أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare. هناك بعض الأدوية التي لا يغطيها الجزء (د) من Medicare والتي قد يغطيها Medi-Cal. **ينطبق هذا القسم فقط على الالتزامات المتعلقة بأدوية الجزء (د)**. سنقول "دواء" في بقية هذا القسم بدلًا من قول "دواء الجزء (د)" في كل مرة.

لكي تتم التغطية، يجب استخدام الدواء لمقتضى مقبول طبيًا. وهذا يعني أن الدواء معتمد من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعوم من مراجع طبية معينة. **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول المؤشرات المقبولة طبيًا.

G1. التماسات وقرارات بشأن تغطية الجزء (د)

فيما يلي أمثلة لقرارات بشأن التغطية التي تطالبنا باتخاذها حول أدوية الجزء "د":

- أنت تطلب منا إجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:
 - تغطية الأدوية المغطاة في الجزء (د) غير المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو



كاتب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى)

○ ضع جانبًا قيدًا على تغطيتنا لأحد الأدوية (مثل القيود على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)

- أنت تسألنا عما إذا كان الدواء خاضعًا للتغطية (مثل عندما يكون الدواء مدرجًا في قائمة أدوية خطتنا ولكن يجب أن نوافق عليه لك قبل تغطيته)

ملاحظة: إذا أخبرتك الصيدلية أنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية كما هو مكتوب، فإن الصيدلية تقدم لك إخطارًا كتابيًا يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار التغطية.

يطلق على قرار التغطية المبدئي بشأن أدوية الجزء (د) "حكم التغطية".

- أنت تطالبنا بالدفع مقابل دواء قمت بشرائه بالفعل. هذا الأمر معني بطلب قرار الغطاء التأميني الخاص بالدفع. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية التأمينية الذي اتخذناه، يمكنك الطعن على القرار. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية طلب استئناف. استخدم المخطط أدناه لمساعدتك.

أي من الحالات التالية تنطبق عليك؟

تحتاج إلى دواء ليس مدرجًا في قائمة الأدوية أو تطلب منا وضع قاعدة أو قيد على دواء نغطيه.	تريد منا تغطية دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا، واعتقدت أنك تلبي قواعد أو قيود الخطة (مثل الحصول على الموافقة مقدما) للدواء الذي تحتاج إليه.	هل تطلب منا رد مقابل دواء تلقيته بالفعل ودفعت مقابله.	أخبرناك بأننا لن نغطي أو ندفع مقابل الدواء بالطريقة التي تريدها.
يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء. (إنه نوع من أنواع قرارات التغطية التأمينية).	يمكنك مطالبتنا بقرار التغطية.	يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. (إنه نوع من أنواع قرارات التغطية التأمينية).	يمكنك تقديم التماس. (وهذا يعني أنك تطلب منا إعادة النظر).
ابدأ بالقسم G2، ثم ارجع إلى القسمين G3 و G4.	ارجع إلى القسم (G4).	ارجع إلى القسم (G4).	راجع القسم G5.

G2. استثناءات الجزء (د)

إذا لم نغطي دواء بالطريقة التي تريدها، فيمكنك أن تطلب منا إجراء "استثناء". في حال رفضنا طلبك بالحصول على استثناء، يمكنك تقديم التماس بقرارنا.

عندما تطلب استثناء، يحتاج طبيبك أو واصل الدواء الآخر إلى شرح الأسباب الطبية للحاجة إلى الاستثناء.

يطلق أحيانًا على طلب تغطية دواء ليس في قائمة الأدوية أو إزالة قيد على دواء طلب "استثناء كتيب الوصفات الطبية".

فيما يلي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو طبيبك أو واصل أدوية آخر تقديمها:

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



1. تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا

- إذا وافقنا على إجراء استثناء وتغطية دواء ليس مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فإنك تدفع مبلغ المشاركة في السداد المنطبق على الأدوية في المستوى 4: الأدوية غير المفضلة.
- لا يمكنك الحصول على استثناء من مبلغ المشاركة في السداد المطلوب للدواء.

2. إزالة قيد يتعلق بتغطيتنا من أجل الدواء الخاضع للتغطية.

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على أدوية معينة في قائمة الأدوية الخاصة بنا (راجع الفصل 5 من كُتِيب الأعضاء لمزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية لبعض الأدوية ما يلي:
 - المطالبة باستخدام إصدار جنيس من دواء بدلاً من دواء ذي اسم تجاري.
 - الحصول على موافقتنا مقدماً 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 المرحي".
 - حدود الكمية. وبالنسبة لبعض الأدوية، هناك قيود على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
 - إذا وافقنا على استثناء لك ونضع قيداً جانبياً، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ المشاركة في السداد الذي تطلبه بسداده.

3. تغيير تغطية الدواء إلى مستوى أقل من تقاسم التكلفة. كل دواء في قائمة الأدوية لدينا مدرج في واحد من المستويات الخمسة. بشكل عام، كلما قل عدد شريحة تقاسم التكلفة، قل مبلغ المشاركة في السداد المطلوب.

يطلق أحياناً على طلب دفع سعر أقل لدواء غير مفضل مغطى طلب "استثناء متدرج".

- غالباً ما تشتمل قائمة الأدوية لدينا على أكثر من دواء لعلاج حالة معينة. يطلق على هذه الأدوية مصطلح الأدوية "البديلة".
- إذا كان أحد الأدوية البديلة لحالتك الطبية في مستوى تقاسم تكلفة أقل من الدواء الذي تتناوله، فيمكنك مطالبتنا بتغطيته بمبلغ تقاسم التكلفة للدواء البديل. من شأن ذلك أن يخفض مبلغ المشاركة في السداد الخاص بك مقابل الدواء.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله هو منتج بيولوجي، فيمكنك مطالبتنا بتغطيته بمبلغ تقاسم التكلفة لأدنى مستوى لبدائل المنتجات البيولوجية لحالتك.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله هو دواء يحمل اسماً تجارياً، فيمكنك مطالبتنا بتغطيته بمبلغ تقاسم التكلفة لأدنى مستوى للبدائل ذات الأسماء التجارية لحالتك.



إذا كان الدواء الذي تتناوله هو دواء جنيس، فيمكنك مطالبتنا بتغطيته بمبلغ تقاسم التكلفة لأدنى مستوى للبدائل الجنيسة أو ذات العلامة التجارية لحالتك.

- لا يمكنك مطالبتنا بتغيير مستوى تقاسم التكلفة لأي دواء في المستوى 5: أدوية المستوى التخصصي.
- إذا اعتمدنا طلب استثناء المستويات الخاص بك وكان هناك أكثر من مستوى مشاركة أقل للتكلفة مع أدوية بديلة لا يمكنك تناولها، فعادة ما تدفع أقل مبلغ.

G3. أمور مهمة للتعرف عليها فيما يتعلق بطلب استثناء

يجب أن يخبرنا طبيبك أو واصل الدواء الآخر بالأسباب الطبية

يتعين أن يقدم لنا طبيبك أو واصل الدواء الآخر بياناً يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء. لاتخاذ قرار بصورة أسرع، أدرج هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو واصل أدوية آخر عند طلبك الاستثناء.

غالبًا ما تشتمل قائمة الأدوية لدينا على أكثر من دواء لعلاج حالة معينة. يطلق على هذه الأدوية مصطلح الأدوية "البديلة". إذا كان أحد الأدوية البديلة بنفس كفاءة الدواء الذي تطلبه ولن يسبب لك مزيداً من التأثيرات الجانبية أو مشكلات صحية أخرى، فإننا لا نوافق على طلب الاستثناء الخاص بك. إذا طلبت منا استثناء في المستويات، فإننا لا نوافق بشكل عام على طلب الاستثناء الخاص بك ما لم تكن جميع الأدوية البديلة في مستوى (مستويات) تقاسم التكلفة الأقل مناسبة لك أو من المحتمل أن تتسبب في رد فعل سلبي أو ضرر آخر.

يمكن أن نرد بالقبول أو الرفض لطلبك

- 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 كان قرارنا برفض طلب الاستثناء الخاص بك، فيمكنك تقديم التماس. راجع القسم (5) للحصول على معلومات بشأن تقديم التماس إذا كان قرارنا بالرفض.

يوضح لك القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء.

G4. طلب إصدار قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء

- اطلب نوع قرار التغطية الذي تريده من خلال الاتصال على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711)، كتابة أو إرسال إلينا عبر الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو واصل الدواء الآخر) القيام بذلك. قم بتضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات المتعلقة بالمطالبة.
- يمكن لطبيبك (أو واصل الدواء الآخر) أو شخص آخر ينوب عنك أن يطلب قرار التغطية. كما يمكنك توكيل محام للتصرف نيابة عنك.
- راجع القسم (3) لمعرفة كيفية تحديد شخص ما كممثل لك.
- لا تحتاج إلى إعطاء تصريح كتابي لطبيبك أو واصل أدوية آخر لطلب قرار تغطية نيابة عنك.
- إذا كنت تريد مطالبتنا برد مقابل دواء لك، فراجع الفصل 7 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.
- إذا طلبت استثناء، فامنحنا "بياناً داعماً". يشتمل البيان الداعم على الأسباب الطبية لطبيبك أو واصل الدواء الآخر لطلب الاستثناء.



- يمكن لطبيبك أو واصل الدواء الآخر إرسال البيان الداعم إلينا عبر الفاكس أو البريد. يمكنهم أيضًا إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان عبر الفاكس أو البريد.

إذا تطلبت صحتك ذلك، فاطلب منا "قرار تغطية سريع".

نستخدم "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نوافق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- **قرار التغطية القياسي** يعني أنك تحصل على القرار في غضون 72 ساعة بعد استلامنا بيان طبيبك.
- **قرار التغطية السريع** يعني أنك تحصل على القرار في غضون 24 ساعة بعد استلامنا بيان طبيبك.

يُطلق على "قرار سريع بشأن التغطية" "حكم التغطية العاجل".

يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع في الحالات التالية:

- إنه لدواء لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع إذا كنت تطلب منا رد مقابل دواء قد اشتريته بالفعل.
 - ستتضرر صحتك أو قدرتك على العمل بشكل خطير إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية.
 - إذا أخبرنا طبيبك أو واصل الدواء الآخر بأن حالتك الصحية تتطلب قرارًا سريعًا بشأن التغطية، فإننا نوافق ونمنحها لك. نرسل إليك خطابًا يخبرك بذلك.
 - إذا طلبت إصدار قرار تغطية سريع بدون دعم من طبيبك أو واصل أدوية أخرى، فإننا نقرر ما إذا كنت تحصل على قرار تغطية سريع.
 - إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تلبي متطلبات إصدار قرار التغطية السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلًا من ذلك.
- نرسل إليك خطابًا يخبرك بذلك. كما يوضح لك الخطاب كيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا.
- يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على رد في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات، تقديم شكوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، يرجى الرجوع إلى القسم (ك).

المواعيد النهائية لقرار التغطية السريع

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 24 ساعة بعد استلامنا طلبك. إذا طلبت استثناء، فسنقدم لك قرارنا في غضون 24 ساعة بعد استلامنا البيان الداعم من طبيبك. وسنوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسوف نرسل طلبك إلى المستوى 2 من تدابير الالتزامات لمراجعته من قبل مؤسسة المراجعة المستقلة. راجع القسم G6 لمزيد من المعلومات حول الالتزامات من المستوى 2.
- إذا كان قرارنا بالموافقة على جزء أو كل طلبك، فإننا نقدم لك التغطية في غضون 24 ساعة بعد استلامنا لطلبك أو البيان الداعم من طبيبك.



- **في حال كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، نرسل إليك خطابًا بالأسباب.** ويخبرك الخطاب أيضًا كيف يمكنك تقديم التماس.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي فيما يتعلق بدواء لم تحصل عليه

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلبك. إذا طلبت استثناء، فسنقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد استلامنا البيان الداعم من طبيبك. وسنوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسوف نرسل طلبك إلى المستوى 2 من تدابير الالتزامات لمراجعتها من قبل مؤسسة المراجعة المستقلة.
- إذا كان قرارنا **بالموافقة** على جزء أو كل طلبك، فإننا نقدم لك التغطية في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلبك أو البيان الداعم من طبيبك للحصول على استثناء.
- **في حال كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، نرسل إليك خطابًا بالأسباب.** كما يوضح لك الخطاب كيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية لقرار التغطية القياسي فيما يتعلق بدواء قد 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 إلى المستوى 2 من تدابير الالتزامات لمراجعتها من قبل مؤسسة المراجعة المستقلة.
- إذا كان قرارنا **بالموافقة** على جزء أو كل طلبك، فسنرد لك المبلغ في غضون 14 يومًا تقويميًا.
- **في حال كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، نرسل إليك خطابًا بالأسباب.** كما يوضح لك الخطاب كيفية تقديم التماس.

G5. تقديم التماس من المستوى 1

يطلق على الالتزام المقدم لخطتنا بشأن قرار تغطية أدوية الجزء (د) "إعادة الحكم" من قبل الخطة.

- **ابدأ في الالتزام القياسي أو السريع** من خلال الاتصال برقم 452-4413 (800) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً أو الكتابة أو إرسال الفاكس إلينا. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو واصل الدواء الآخر) القيام بذلك. قم بتضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات المتعلقة بمطالبتك.
- يجب أن تقدم طلب الالتزام **في غضون 60 يومًا تقويميًا** من تاريخ الخطاب المرسل إليك بشأن قرارنا.
- إذا فاتك هذا الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لفواته، فقد نعطيك المزيد من الوقت لتقديم الالتزام. هناك أمثلة لأسباب وجيهة وهي مثل أنك تعاني من مرض خطير أو قدمنا لك معلومات خاطئة حول الموعد النهائي. توضيح: سبب تأخر التماسك عندما تقدم الالتزام.



- لديك الحق في مطالبتنا بنسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بالتماسك. يمكنك أنت وطبيبك أيضا تقديم مزيد من المعلومات لنا لدعم الالتماس المقدم منك.

إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منا "التماسًا سريعًا"

كما يطلق على الالتماس السريع "إعادة الحكم العاجل".

- إذا كنت تلتزم في قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه، فإنك تقرر أنت وطبيبك أو واصف أدوية آخر ما إذا كنت بحاجة إلى التماس سريع.
- متطلبات الالتماس السريع مماثلة لمتطلبات قرار التغطية السريع. راجع القسم (4) لمزيد من المعلومات.
- إننا ننظر في الالتماس المقدم منك ونقدم لك قرارنا.
- نراجع التماسك ونلقي نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك.
- إننا نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا القواعد عندما رفضنا طلبك.
- يمكن أن نتصل بك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية الآخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للالتماس السريع من المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك.
- وسنوافيك برد أسرع إذا تطلبت صحتك ذلك.

إذا لم نرسل ردًا في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الالتماسات. ثم تستعرضها مؤسسة المراجعة المستقلة. راجع القسم 6 للحصول على معلومات حول مؤسسة المراجعة وعملية الالتماس من المستوى 2.

- إذا كان قرارنا بالموافقة على جزء أو كل طلبك، فيجب أن نقدم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد استلامنا التماسك.
- إذا كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، فإننا نرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية لتقديم التماس قياسي من المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية، فيجب أن نقدم لك قرارنا في غضون 7 أيام تقويمية بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك بخصوص دواء لم تحصل عليه.
- سنوافيك بقرارنا أسرع إذا لم تحصل على الدواء وكانت حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا كنت تعتقد أن صحتك تتطلب ذلك، فاطلب التماسًا سريعًا.



إذا لم تصدر قراراً في غضون 7 أيام تقويمية، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من تدابير الالتزامات. ثم تستعرضها مؤسسة المراجعة المستقلة. راجع القسم 6 للحصول على معلومات حول مؤسسة المراجعة وعملية الالتزام من المستوى 2.

إذا كان قرارنا بالموافقة على جزء أو كل طلبك:

- يتعين علينا توفير التغطية التي وافقنا على تقديمها بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية ولكن في موعد أقصاه 7 أيام تقويمية بعد استلامنا الالتزام الخاص بك.

- يتعين علينا إرسال المبلغ إليك مقابل دواء اشتريته في غضون 30 يوماً تقويمياً من بعد استلامنا طلب الالتزام الخاص بك.

إذا كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله:

- نرسل إليك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم التماس.
- يجب أن نقدم لك قرارنا بشأن رد مقابل دواء اشتريته في غضون 14 يوماً تقويمياً من بعد استلامنا طلب الالتزام الخاص بك.

إذا لم تصدر قراراً في غضون 14 يوماً تقويمياً، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من تدابير الالتزامات. ثم تستعرضها مؤسسة المراجعة المستقلة. راجع القسم 6 للحصول على معلومات حول مؤسسة المراجعة وعملية الالتزام من المستوى 2.

- إذا كان قرارنا بالموافقة على جزء أو كل طلبك، فيجب أن ندفع لك في غضون 30 يوماً تقويمياً من بعد استلامنا لطلبك.
- إذا كان قرارنا بالرفض لجزء من طلبك أو كله، فإننا نرسل إليك خطاباً يوضح الأسباب ويخبرك بكيفية تقديم التماس.

G6. تقديم التماس من المستوى 2

إذا كان قرارنا برفض الالتزام من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم التماس آخر. إذا قررت تقديم التماس آخر، فيمكنك استخدام تدابير الالتزام من المستوى 2. تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة قرارنا عندما رفضنا التماسك الأول. تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان يجب علينا تغيير قرارنا.

الاسم الرسمي لـ "مؤسسة المراجعة المستقلة" هو "كيان المراجعة المستقل"، الذي يطلق عليه أحياناً "IRE".

لتقديم التماس من المستوى 2، يتعين عليك (أو الممثل الخاص بك، أو طبيبك أو واصل أدوية آخر) التواصل مع مؤسسة المراجعة المستقلة كتابةً وطلب مراجعة حالتك.

- إذا كان قرارنا برفض الالتزام من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن تعليمات حول كيفية تقديم التماس من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة. وتخبرك التعليمات بمن يمكنه تقديم الالتزام من المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يتعين عليك اتباعها، وكيفية الوصول إلى المؤسسة.
- عند تقديم الالتزام إلى مؤسسة المراجعة المستقلة، سنقوم بإرسال المعلومات اللازمة عن المؤسسة التي قدمت لها الالتزام. ويطلق على هذه المعلومات "ملف الحالة". لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.



- لديك الحق في منح "مؤسسة المراجعة المستقلة" معلومات أخرى لدعم الالتماس الخاص بك.

تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة الالتماس من المستوى 2 بالجزء (د) وتقدم لك القرار كتابيًا. راجع القسم (و4) لمزيد من المعلومات حول مؤسسة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية للالتماس السريع من المستوى 2

إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب من "مؤسسة المراجعة المستقلة" تقديم التماس سريع.

- إذا وافقوا على الالتماس السريع، فيجب أن يقدموا لك القرار في غضون 72 ساعة بعد تلقي طلب الالتماس الخاص بك.
- إذا وافقوا على جزء أو كل طلبك، فيجب أن نقدم تغطية الأدوية المعتمدة في غضون 24 ساعة بعد الحصول على قرار مؤسسة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية للالتماس القياسي من المستوى 2

إذا كان لديك التماس قياسي من المستوى 2، فيتعين على مؤسسة المراجعة المستقلة أن تقدم لك القرار:

- في غضون 7 أيام تقويمية من بعد حصولهم على الالتماس الخاص بك بخصوص دواء لم تحصل عليه.
- في غضون 14 يومًا تقويميًا من بعد حصولك على الالتماس الخاص بك لسداد مقابل دواء اشتريته.

إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على جزء من طلبك أو كله:

- يتعين علينا تقديم تغطية الأدوية المعتمدة في غضون 72 ساعة بعد استلامنا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة.
- يجب علينا أن نرد لك مقابل دواء اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميا من بعد استلامنا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة.

إذا ردت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض التماسك، فهذا يعني اتفاقها مع قرارنا بعدم اعتماد طلبك. وهذا يطلق عليه "تأييد القرار" أو "رفض التماسك".

إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض الالتماس من المستوى 2، فلديك الحق في تقديم التماس من المستوى 3 إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الأدوية التي تطلبها تفي بالحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الأدوية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم التماس آخر. في هذه الحالة، يكون قرار الالتماس من المستوى 2 نهائيًا. ترسل لك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا يخبرك بالحد الأدنى من القيمة بالدولار اللازم للاستمرار في الالتماس من المستوى 3.

إذا كانت القيمة الدلالية لطلبك تفي بالمتطلب، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدما في التماسك.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الالتماسات بعد المستوى 2.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض الالتماس من المستوى 2 وكنت تلبي مطلب استمرار عملية الالتماسات، فإنك:

○ تحديد ما إذا كنت ترغب في تقديم التماس من المستوى 3.



- ارجع إلى الخطاب الذي أرسلته مؤسسة المراجعة المستقلة لك بعد الالتزام من المستوى 2 للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم التماس من المستوى 3.
- يتولى قاضي القانون الإداري أو عضو محكم معالجة الالتزامات من المستوى 3. راجع القسم (ي) للحصول على معلومات حول الالتزامات من المستوى 3 و 4 و 5.

H. مطالبتنا بتغطية فترة إقامة أطول بالمستشفى

عند إدخالك إلى مستشفى، يكون لديك الحق في الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها والتي تعد ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. لمزيد من المعلومات حول تغطية المستشفى بخططنا، راجع الفصل 4 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

خلال إقامتك التي تتم تغطيتها بالمستشفى، يتعاون معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. كما أنهم يساعدونك 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 تمت مطالبتك بمغادرة المستشفى قريباً أو كنت قلقاً بشأن رعايتك بعد مغادرتك للمستشفى، فيمكنك طلب إقامة أطول بالمستشفى. يوضح لك هذا القسم كيفية الطلب.

H1. معرفة الحقوق المتعلقة ببرنامج Medicare

في غضون يومين من إدخالك إلى المستشفى، سيقدم لك شخص في المستشفى، مثل ممرضة أو عامل حالة، إخطاراً كتابياً يسمى "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك". جميع عملاء Medicare تصلهم صورة من هذا الإخطار عند دخولهم المستشفى.

إذا لم تحصل على الإخطار، فاطلبه من أي موظف بالمستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بالعناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. ويمكنك أيضاً الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

- اقرأ الإخطار بعناية واطرح الأسئلة إذا كنت لا تستوعب. يخبرك الإخطار بحقوقك كمريض بالمستشفى، بما في ذلك حقوقك في:

- الحصول على الخدمات التي تشملها تغطية Medicare خلال وبعد الإقامة بالمستشفى. لديك الحق في معرفة طبيعة هذه الخدمات ومن سيدفع مقابلها وأين يمكنك الحصول عليها.
- أن تكون جزءاً من أي قرارات بشأن طول الإقامة بالمستشفى.
- معرفة المكان الذي تبلغه بمخاوفك بشأن جودة الرعاية بالمستشفى.
- الالتزام في حال اعتقادك بأنه قد تم إخراجك من المستشفى في وقت مبكر جداً.



- **قم بالتوقيع على الإخطار لإظهار أنك حصلت عليه وفهمت حقوقك.**
 - يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإخطار.
 - لا يظهر توقيع الإخطار إلا أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك. لا يعني التوقيع موافقتك على تاريخ الخروج من المستشفى الذي ربما أخبرك به طبيبك أو طاقم المستشفى.
- **احتفظ بنسخة الإخطار الموقع لديك بحيث تكون لديك المعلومات إذا كنت بحاجة إليه.**
 - إذا وقعت على الإخطار قبل أكثر من يومين من اليوم الذي تغادر فيه المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى. يمكنك الاطلاع على نسخة من الإخطار مقدمًا إذا كنت:
- اتصل بالعيادة بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصل ب Medicare 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.
- **تفضل بزيارة www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**

H2. تقديم التماس من المستوى 1

- إذا أردت منا تغطية خدمات المستشفى للمرضى الداخليين الخاصة بك لفترة أطول، فقدم التماسا. تراجع مؤسسة تحسين الجودة الالتماس من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المحدد مناسباً لك من الناحية الطبية.
- مؤسسة تحسين الجودة عبارة عن مجموعة من الأطباء وغير ذلك من متخصصي الرعاية الصحية الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية. يقوم هؤلاء الخبراء بفحص الجودة والمساعدة في تحسينها للأشخاص المشتركين في Medicare. فهي ليست جزءاً من خطتنا.
- في كاليفورنيا، مؤسسة تحسين الجودة هي Livanta. اتصل بهم على الرقم (877) 588-1123 (الهاتف النصي: 887-6668 (855)). تتوفر معلومات الاتصال أيضاً في الإخطار المعنون "رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك"، وفي الفصل 2.

اتصل بمؤسسة تحسين الجودة قبل موعد مغادرتك للمستشفى وليس بعد تاريخ الخروج المحدد.

- إذا اتصلت قبل مغادرتك، فيمكنك البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك دون الدفع مقابل ذلك بينما تنتظر قرار مؤسسة تحسين الجودة بشأن التماسك.
- إذا لم تتصل لتقديم التماس وقررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد لك، فيمكنك دفع جميع التكاليف مقابل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة بشأن الالتماس الخاص بك، فقم بالالتماس إلى خطتنا مباشرة بدلاً من ذلك. راجع القسم (4) للحصول على معلومات بشأن تقديم التماس إلينا.



- نظرًا 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 تنطوي 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 الرجوع إلى القسم (و4) في صفحة 169 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.

اطلب المساعدة إذا احتجت إليها. إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في أي وقت:

- اتصل بالعناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
 - اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على 1-800-434-0222.
- طلب إجراء "مراجعة سريعة"** التصرف بسرعة والاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لطلب مراجعة سريعة للخروج من المستشفى.

المصطلح القانوني لـ "المراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية" أو "المراجعة العاجلة".

ما الذي يحدث خلال المراجعة السريعة

- يسألك المراجعون بمؤسسة تحسين الجودة أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية بعد تاريخ الخروج المحدد. لست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- ينظر المراجعون إلى معلوماتك الطبية ويتحدثون مع طبيبك ويراجعون المعلومات التي قدمتها لهم المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم بعد أن يخبر المراجعون خطتنا بشأن الالتماس المقدم منك، ستحصل على إخطار آخر يوضح سبب قيام طبيبك والمستشفى ونرى أن هذا هو التاريخ المناسب للخروج من المستشفى المناسب لك من الناحية الطبية.

المصطلح القانوني لهذا التوضيح الكتابي هو "التوضيح التفصيلي للخروج من المستشفى". يمكنك الحصول على نموذج من خلال الاتصال بالعناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048). يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج من الإخطار عبر الإنترنت على

www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices

في غضون يوم واحد كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي تحتاج إليها، تقدم لك مؤسسة تحسين الجودة ردها على الالتماس المقدم منك.

إذا ردت مؤسسات تحسين الجودة بالإيجاب على الالتماس المقدم منك:

- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المشمولة في التغطية طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.



إذا فصلت مؤسسة تحسين الجودة برفض الالتزامات المقدم منك:

- وهم يعتقدون أن تاريخ الخروج المحدد مناسب من الناحية الطبية.
- سنتتني تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين الخاصة بك ظهر اليوم الذي يلي رد مؤسسة تحسين الجودة على التماسك.
- قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تحصل عليها بعد ظهر اليوم الذي يلي رد مؤسسة تحسين الجودة على التماسك.
- يمكنك تقديم التماس من المستوى 2 في حال رفض مؤسسة تحسين الجودة للالتزامات من المستوى 1 وبقائك في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد.

H3. تقديم التماس من المستوى 2

- بالنسبة للالتزامات من المستوى 2، تطلب من مؤسسة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الالتزامات من المستوى 1. اتصل بهم على الرقم 588-1123 (877) (الهاتف النصي: 887-6668 (855)).
- يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد يوم قرار مؤسسة تحسين الجودة بالرفض للالتزامات من المستوى 1. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال بقاءك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية.
- سيقوم مراجعو مؤسسة تحسين الجودة:

- تلقي نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.
- يخبرك قرارهم بشأن الالتزامات من المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

إذا فصلت مؤسسة مراجعة الجودة بالإيجاب على التماسك:

- يجب علينا أن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم الذي يلي تاريخ رفض مؤسسة تحسين الجودة للالتزامات من المستوى 1.
- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المشمولة في التغطية طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.

إذا فصلت مؤسسة مراجعة الجودة برفض التماسك:

- فهم يتفقون مع قرارهم بشأن الالتزامات من المستوى 1 ولن يغيره.
 - حيث يقدم لك خطابًا يخبرك بما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتزامات وتقديم التماس من المستوى 3.
 - يمكنك أيضًا تقديم شكوى أو طلب المراجعة الطبية المستقلة من DMHC لاستمرار بقاءك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم (4) في صفحة 163 للتعرف على كيفية طلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.
- يتولى قاضي القانون الإداري أو عضو محكم معالجة الالتزامات من المستوى 3. راجع القسم (ي) للحصول على معلومات حول الالتزامات من المستوى 3 و 4 و 5.



H4. تقديم التماس بديل من المستوى 1

الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة للالتماس من المستوى 1 هو في غضون 60 يوماً أو في موعد لا يتجاوز تاريخ خروجك المقرر من المستشفى. في حال فاتك الموعد النهائي للالتماس من المستوى 1، يمكنك استخدام عملية "الالتماس البديل".

اتصل بالعيادة بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب منا إجراء "مراجعة سريعة" لتاريخ خروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني لـ "المراجعة السريعة" أو "الالتماس السريع" هو "الالتماس العاجل".

- إننا نطلع على جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك بالمستشفى.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً وقد اتبع القواعد.
- نستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية ونمنحك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلب المراجعة السريعة.
- إذا كان قرارنا بالموافقة على التماسك السريع:
- نوافق على ضرورة وجودك في المستشفى بعد تاريخ الخروج.
- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المشمولة في التغطية طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي قلنا فيه بانتهاء تغطيتك.
- إذا كان قرارنا برفض التماسك السريع:
- نوافق على أن تاريخ الخروج المحدد كان مناسباً طبيًا.
- تنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين الخاصة بك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- لن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تلقيتها بعد تاريخ الخروج المحدد في حال استمرار بقائك في المستشفى.
- نرسل التماسك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد. عندما نقوم بذلك، فإن حالتك تنتقل تلقائياً إلى تدابير الالتماس من المستوى 2.

H5. تقديم التماس بديل من المستوى 2

نرسل المعلومات الخاصة بالالتماس من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من تقديم الرفض للالتماس من المستوى 1. نقوم بذلك تلقائياً. لست بحاجة لفعل أي شيء.



إذا كنت تعتقد أننا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي أو أي موعد نهائي آخر، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم (ك) للحصول على معلومات بشأن تقديم شكوى.

تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بإجراء مراجعة سريعة للالتزامات المقدم منك. ويلقيان نظرة ثنائية على جميع المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى وعادة ما يقدمان لك القرار في غضون 72 ساعة.

إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على التماسك:

- نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي قلنا فيه بانتهاء تغطيتك.
- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المشمولة في التغطية طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض التماسك:
- ويوافقون على أن تاريخ خروجك المقرر مناسب من الناحية الطبية.
- حيث يقدم لك خطاباً يخبرك بما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتزامات وتقديم التماس من المستوى 3.

يتولى قاضي القانون الإداري أو عضو محكم معالجة الالتزامات من المستوى 3. راجع القسم (ي) للحصول على معلومات حول الالتزامات من المستوى 3 و 4 و 5.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من DMHC لاستمرار بقائك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم (و) 4 في صفحة 169 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو بدلاً من الالتزام من المستوى 3.

أ. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة

هذا القسم عبارة عن ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية التمريضية الحادة في مرفق الرعاية التمريض الحادة.
- رعاية التأهيل التي تحصل عليها كمريض خارجي في مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) معتمدة من Medicare. وهذا يعني عادة أنك تحصل على علاج لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.

مع أي من هذه الأنواع الثلاثة من الخدمات، لديك الحق في الحصول على الخدمات المغطاة طالما يقول الطبيب أنك بحاجة إليها.

عندما نقرر إيقاف تغطية أي من هذه الخدمات، فيجب أن نخبرك قبل انتهاء الخدمات الخاصة بك. عند انتهاء تغطيتك لهذه الخدمة، نتوقف عن الدفع مقابلها.

في حال اعتقدت أننا سنوقف تغطية رعايتك قريباً، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية المطالبة بإجراء التماس.



11. إخطار مسبق قبل انتهاء تغطيتك

نرسل إليك إخطارًا كتابيًا بأنك ستحصل عليه قبل يومين على الأقل من إيقاف الدفع مقابل رعايتك. يطلق على ذلك اسم "إخطار عدم التغطية من Medicare". يطلعك الإخطار بالتاريخ الذي تتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية تقديم التماس بهذا القرار.

يجب عليك أنت أو ممثلك توقيع الإخطار لإظهار أنك حصلت عليه. توقيع الإخطار **يوضح فقط** أنك حصلت على المعلومات. لا يعني التوقيع موافقتك على قرارنا.

12. تقديم التماس من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سنوقف تغطية رعايتك قريبًا، فيمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. يطلعك هذا القسم على تدابير الالتماس من المستوى 1 وما يجب عليك القيام به.

- **الترم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. فهم المواعيد النهائية التي تنطبق على الأشياء التي يجب عليك القيام بها واتباعها. يجب أن تتبع خطتنا المواعيد النهائية أيضًا. إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم (ك) لمزيد من المعلومات حول الشكاوى.

- **اطلب المساعدة إذا احتجت إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في أي وقت:

○ اتصل بالعناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

○ اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على 1-800-434-0222.

- **اتصل بمؤسسة تحسين الجودة.**

○ راجع القسم (ح2) أو ارجع إلى الفصل 2 من كُتِيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول تحسين الجودة وكيفية الاتصال بهم.

○ اطلب منهم مراجعة التماسك وتحديد ما إذا كان يجب تغيير قرار خطتنا.

- **التصرف بسرعة وطلب "التماس سريع."** اسأل مؤسسة تحسين الجودة عما إذا كان ذلك مناسبًا طبيًا لنا لإنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي للاتصال بهذه المؤسسة

- يتعين عليك الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لبدء الالتماس الخاص بك بحلول ظهر اليوم الذي يسبق تاريخ السريان في إخطار عدم التغطية من Medicare الذي أرسلناه إليك.

- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمؤسسة تحسين الجودة، فيمكنك تقديم الالتماس مباشرة إلينا بدلا من ذلك. للحصول على تفاصيل حول كيفية القيام بذلك، ارجع إلى القسم (14).

- 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 الرجوع إلى القسم (و4) في صفحة 169 للتعرف على كيفية تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.



المصطلح القانوني لهذا الإخطار الكتابي هو "إخطار عدم تغطية Medicare". للحصول على نموذج مماثل، اتصل بالخدمة بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل ب 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. أو الحصول على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.

ما الذي يحدث خلال الالتزام السريع

- يسألك المراجعون بمؤسسة تحسين الجودة عنك أو من ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية. لست مطالبًا بكتابة بيان، ولكن يمكنك ذلك.
- ينظر المراجعون إلى معلوماتك الطبية ويتحدثون مع طبيبك ويراجعون المعلومات التي قدمها برنامجنا لهم.
- ترسل لك خطتنا أيضًا إخطارًا كتابيًا يوضح أسباب إنهاء تغطية خدماتك. يمكنك الحصول على الإخطار بنهاية اليوم الذي يبلغنا فيه المراجعون بالتماسك.

المصطلح القانوني لشرح الإخطار هو "التوضيح التفصيلي لعدم التغطية".

- يخبرك المراجعون بقرارهم في غضون يوم واحد كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على التماسك:
- سنقدم لك الخدمات المغطاة طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض التماسك:
- تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإخطار.
- تدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت الاستمرار في الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية منشأة تريض متخصصة أو خدمات منشأة تأهيل متكاملة للمرضى الخارجيين (CORF) الخاصة بك بعد تاريخ انتهاء تغطيتك
- تقرر ما إذا كنت تريد مواصلة هذه الخدمات وتقديم التماس من المستوى 2.

13. تقديم التماس من المستوى 2

بالنسبة للالتماس من المستوى 2، تطلب من مؤسسة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن الالتزام من المستوى 1. اتصل بهم على الرقم 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 887-6668-855).

يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد يوم قرار مؤسسة تحسين الجودة بالرفض للالتماس من المستوى 1. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال استمرارك في الحصول على رعاية بعد تاريخ انتهاء تغطية رعايتك.



سيقوم مراجعو مؤسسة تحسين الجودة:

- نلقي نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.
- يخبرك قرارهم بشأن الالتزام من المستوى 2 في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على التماسك:
- نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي قلنا فيه بانتهاء تغطيتك.
- سنقدم تغطية للرعاية طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض التماسك:
- وهم يتفقون مع قرارنا بإنهاء رعايتك ولن يغيروها.
- حيث يقدم لك خطابًا يخبرك بما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتزامات وتقديم التماس من المستوى 3.
- يمكنك تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC لاستمرار تغطية خدمات الرعاية الصحية لك.
- يرجى الرجوع إلى القسم (و4) بالصفحة 169 للتعرف على كيفية طلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC.
- يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من DMHC بالإضافة إلى أو بدلاً من الالتزام من المستوى 3.
- يتولى قاضي القانون الإداري أو عضو محكم معالجة الالتزامات من المستوى 3. راجع القسم (ي) للحصول على معلومات حول الالتزامات من المستوى 3 و 4 و 5.

14. تقديم التماس بديل من المستوى 1

كما هو موضح في القسم (ط2) ، يتعين عليك التصرف بسرعة والاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لبدء الالتزام من المستوى 1. إذا فاتك الموعد النهائي، فيمكنك استخدام عملية "الالتماس البديل". اتصل بالعناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب منا إجراء "مراجعة سريعة".

المصطلح القانوني لـ "المراجعة السريعة" أو "الالتماس السريع" هو "الالتماس العاجل".

- إننا ننظر في جميع المعلومات المتعلقة بحالتك.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً وقد اتبع القواعد عندما حددنا تاريخ إنهاء تغطية خدماتك.
- نستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية القياسية ونمنحك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلب المراجعة السريعة.
- إذا كان قرارنا بالموافقة على التماسك السريع:
- نوافق على حاجتك للخدمات لفترة أطول.
- سنقدم لك الخدمات المغطاة طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.



كاتب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى)

- 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 برفض التماسك السريع:
- تنتهي تغطيتنا لهذه الخدمات في التاريخ الذي أخبرناك به.
- لن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- تدفع التكلفة الكاملة لهذه الخدمات في حال استمرار حصولك عليها بعد التاريخ الذي أخبرناك فيه بانتهاء تغطيتنا.
- نرسل التماسك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة للتأكد من اتباعنا لجميع القواعد. عندما نقوم بذلك، فإن حالتك تنتقل تلقائيًا إلى تدابير الالتماس من المستوى 2.

15. تقديم التماس بديل من المستوى 2

خلال الالتماس من المستوى 2،

نرسل المعلومات الخاصة بالالتماس من المستوى 2 إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من رفض الالتماس من المستوى 1. نقوم بذلك تلقائيًا. لست بحاجة لفعل أي شيء.

إذا كنت تعتقد أننا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي أو أي موعد نهائي آخر، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم (ك) للحصول على معلومات بشأن تقديم شكوى.

تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بإجراء مراجعة سريعة للالتماس المقدم منك. ويلقيان نظرة متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى وعادة ما يقدمان لك القرار في غضون 72 ساعة.

إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة بالإيجاب على التماسك:

- نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي قلنا فيه بانتهاء تغطيتك.
- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المشمولة في التغطية طالما كانت الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- إذا فصلت مؤسسة المراجعة المستقلة برفض التماسك:
- وهم يتفقون مع قرارنا بإنهاء رعايتك ولن يغيروها.
- حيث يقدم لك خطابًا يخبرك بما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتماسات وتقديم التماس من المستوى 3.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى وطلب المراجعة الطبية المستقلة من دائرة DMHC لاستمرار تغطية خدمات الرعاية الصحية لك. يرجى الرجوع إلى القسم (و) 4) بالصفحة 169 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 3.

يتولى قاضي القانون الإداري أو عضو محكم معالجة الالتماسات من المستوى 3. راجع القسم (ي) للحصول على معلومات حول الالتماسات من المستوى 3 و 4 و 5.



ج. الانتقال بالالتماس المقدم منك إلى مستوى أعلى من المستوى الثاني

ج1. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medicare

في حال قدمت التماسًا من المستوى 1 والتماسًا من المستوى 2 فيما يتعلق ببنود أو خدمات Medicare وتم رفض كلا الالتماسين، قد يحق لك التقديم على مستويات إضافية للالتماس.

إذا كانت القيمة الدولارية لخدمات أو بنود Medicare التي قمت بالالتماس بشأنها لا تستوفي الحد الأدنى من المبلغ بالدولار، فلا يمكنك الالتماس أكثر من ذلك. إذا كانت قيمة الدولار عالية بما يكفي، فيمكنك مواصلة عملية الالتماسات. يوضح الخطاب الذي حصلت عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة للالتماس من المستوى 2 من جهة، من تتصل به وما الذي يجب عليك فعله لطلب الالتماس من المستوى 3.

الالتماس من المستوى 3

المستوى 3 من الالتماسات عبارة عن جلسة استماع لقاضي المحكمة الإدارية (ALJ). الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم يعمل في الحكومة الفيدرالية.

إذا كان قرار قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم بالإيجاب على التماسك، فلدينا الحق في الطعن على قرار من المستوى 3 لصالحك.

- إذا قررنا تقديم التماس على القرار، فسوف نرسل إليك نسخة من طلب الالتماس من المستوى 4 مع أي وثائق مرفقة. سننتظر حتى صدور قرار التماس المستوى الرابع قبل السماح أو توفير الخدمات التي يدور الخلاف بشأنها.
- إذا قررنا عدم تقديم التماس على القرار، فيجب أن نسمح بتقديم الخدمة أو تقديمها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد تلقي قرار قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم.
- إذا قرر قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم رفض التماسك، فقد لا تنتهي عملية الالتماسات.
- إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي رفض التماسك، فيمكنك مواصلة المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما يجب عليك فعله بالنسبة للالتماس من المستوى 4.

الالتماس من المستوى 4

يراجع مجلس التماسات Medicare التماسك ويمنحك الرد. ويعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

إذا رد المجلس بالإيجاب على الالتماس من المستوى 4 أو رفض طلبك بمراجعة قرار الالتماس من المستوى 3 لصالحك، فلدينا الحق في الالتماس من المستوى 5.

- إذا قررنا تقديم التماس على القرار، فسنخبرك كتابيًا.
- إذا قررنا عدم تقديم التماس على القرار، فيجب أن نسمح بتقديم الخدمة لك أو تقديمها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد استلام قرار المجلس.
- إذا رد المجلس بالرفض أو رفض طلب المراجعة الخاص بنا، فقد لا تنتهي عملية الالتماسات.



- إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي رفض التماسك، فقد تتمكن من الاستمرار في المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الالتماس من المستوى 5 وما يجب عليك فعله.

الالتماس من المستوى 5

سيقوم قاض في محكمة المقاطعة الفيدرالية بمراجعة التماسك وجميع المعلومات ويقرر نعم أو لا. هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات التماس أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.

J2. الالتامسات الإضافية الخاصة ببرنامج Medi-Cal

لديك أيضا حقوق التماس أخرى إذا كان التماسك بشأن بنود أو خدمات يغطيها Medi-Cal عادة. سيخبرك الخطاب الذي تحصل عليه من مكتب جلسة الاستماع العادلة بما يجب عليك فعله إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتامسات. إن لم توافق على قرار جلسة الاستماع بالولاية وأردت أن يقوم قاض 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.

إذا تم الاستماع إلى إعادة النظر وعدم موافقتك على قرار إعادة النظر، فيمكنك طلب مراجعة قضائية ولكن لا يمكنك طلب عقد مراجعة أخرى.

J3. مستويات الالتماس 3 و4 و5 لطلبات أدوية الجزء (د)

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدمت التماسًا من المستوى 1 والالتماس من المستوى 2 وتم رفض كلا الالتماسين.

إذا كانت قيمة الدواء الذي طعنت فيه تقي بمبلغ دولاري معين، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية للالتماس. يوضح الرد الكتابي الذي حصلت عليه على الالتماس من المستوى 2 من جهة، من تتصل به وما الذي يجب عليك فعله لطلب الالتماس من المستوى 3.



الالتماس من المستوى 3

المستوى 3 من الالتماسات عبارة عن جلسة استماع لقاضي المحكمة الإدارية (ALJ). الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم يعمل في الحكومة الفيدرالية.

إذا قرر قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم **الموافقة** على التماسك:

- انتهت عملية الالتماسات.
- يتعين علينا التصريح أو تقديم تغطية الأدوية المعتمدة في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للالتماس العاجل) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميا من بعد استلام القرار.
- إذا قرر قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم **رفض** التماسك، فقد لا تنتهي عملية الالتماسات.
- إذا قررت **قبول** قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي رفض التماسك، فيمكنك مواصلة المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما يجب عليك فعله بالنسبة للالتماس من المستوى 4.

الالتماس من المستوى 4

يراجع مجلس التماسات Medicare التماسك ويمنحك الرد. ويعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

إذا كان قرار المجلس **بالموافقة** على الالتماس المقدم منك:

- انتهت عملية الالتماسات.
- يتعين علينا التصريح أو تقديم تغطية الأدوية المعتمدة في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للالتماس العاجل) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميا من بعد استلام القرار.
- إذا رد المجلس **برفض** الالتماس المقدم منك، فقد لا تنتهي عملية الالتماسات.
- إذا قررت **قبول** قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
- إذا قررت **عدم قبول** هذا القرار الذي رفض التماسك، فقد تتمكن من الاستمرار في المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الالتماس من المستوى 5 وما يجب عليك فعله.

الالتماس من المستوى 5

سيقوم قاض في محكمة المقاطعة الفيدرالية بمراجعة التماسك وجميع المعلومات ويقرر **نعم** أو **لا**. هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات التماس أخرى خارج محكمة المقاطعة الفيدرالية.



K. كيفية تقديم شكوى

K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكوى بشأنها

تستخدم عملية تقديم الشكوى لأنواع معينة من المشكلات فقط، مثل المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة من أنواع المشكلات التي تم تناولها من خلال عملية الشكوى.

الشكوى	مثال
جودة رعايتك الطبية	إذا كنت غير راضٍ فيما يتعلق بجودة الرعاية مثل الرعاية التي حصلت عليها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	تعتقد أن هناك شخصًا لم يحترم حقك في الخصوصية أو قام بمشاركة معلومات سرية عنك.
عدم الاحترام أو خدمة العملاء السيئة أو السلوكيات السلبية الأخرى	- كان الموظفون أو مقدم الرعاية الصحية وقحًا أو غير مهذب خلال التعامل معك. - تعامل طاقم العمل لدينا معك بشكل سيء. - تعتقد بأنه قد تم إخراجك من خطتنا.
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	- لا يمكنك الحصول بشكل فعلي على تسهيلات وخدمات الرعاية الصحية في مكتب الطبيب أو مقدم الخدمات. - لا يوفر طبيبك أو مقدم الخدمات مترجمًا للغة غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). - لا يوفر لك مقدم الخدمات التسهيلات المعقولة الأخرى التي تحتاجها وتطالب بها.
أوقات الانتظار	- تواجه مشكلة في الحصول على موعد أو الانتظار لفترة طويلة للحصول عليه. - يبيئك الأطباء أو الصيادلة أو غير ذلك من أخصائيي الصحة أو العناية بالعملاء أو موظفي الخطّة الآخرين ينتظرونك لفترة طويلة.
النظافة	تعتقد بأن العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب غير نظيف.
المعلومات التي تحصل عليها منا	- تعتقد أننا أخفنا في تقديم إخطار أو خطاب لك كان من المفترض أن تحصل عليه. - تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها لك يصعب فهمها للغاية.



الشكوى	مثال
حسن التوقيت فيما يتعلق بقرارات أو التماسات التغطية	• تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لإصدار قرار التغطية أو الرد على الالتزام الخاص بك. • تعتقد أنه بعد الحصول على قرار الالتزام أو التغطية لصالحك، فإننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية للموافقة على الخدمة أو تقديمها لك أو رد مقابل خدمات طبية معينة. • لا تعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في الوقت المحدد.

هناك أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. تُقدم الشكاوى الداخلية أمام خطتنا لتراجعها. تقدم الشكاوى الخارجية إلى مؤسسة غير تابعة لخطتنا وتراجعها. إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال بالعناية بالملاء على الرقم 452-4113 (800).

المصطلح القانوني "الشكوى" هو "التظلم".

المصطلح القانوني "تقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".

K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بالعناية بالملاء على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي: 711). يمكنك تقديم الشكاوى في أي وقت ما لم تكن خاصة بأدوية الجزء (د). إذا كانت الشكاوى بخصوص دواء بالجزء (د)، فيتعين عليك تقديم الشكاوى في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد مواجهتك للمشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان هناك أي شيء يلزمك إجراؤه، فسوف تبلغك العناية بالملاء.
- يمكنك أيضًا كتابة شكاوك وإرسالها إلينا. في حال إرسال شكاوك إلينا مكتوبة، فسندرد عليها كتابة.
- إليك كيفية العمل:
- الخطوة 1: تقديم تظلم

لبدء العملية، اتصل بممثل العناية بالملاء في غضون 60 يومًا تقويميًا من الحدث واطلب تقديم تظلم. يمكنك أيضًا تقديم تظلم كتابي خلال 60 يومًا تقويميًا من الحدث من خلال إرساله إلى:

Blue Shield TotalDual Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927, Woodland Hills CA 91365-9856
رقم الفاكس: (916) 350-6510



إذا تواصل معنا عبر الفاكس أو عبر البريد، فيرجى الاتصال بنا لطلب نموذج الالتزامات والتظلمات بخطة Blue Shield TotalDual.

سوف نرسل إليك خطابًا نخطر فيه بأننا تلقينا إخطارًا بشأن مخاوفك في غضون 5 أيام تقويمية ونعطيك اسم الشخص الذي يعمل على ذلك. وسنحلها عادة في غضون 30 يومًا تقويميًا.

إذا طلبت "تظلمًا مستعجلًا" لأننا قررنا عدم إعطائك "قرار سريع" أو "التماس سريع"، فسنعوم بإحالة طلبك إلى مدير طبي لم يكن مشاركًا في قرارنا الأصلي. قد نتساءل عما إذا كانت لديك معلومات إضافية لم تكن متوفرة في الوقت الذي طلبت فيه "قرارًا مبدئيًا سريعًا" أو "التماسًا سريعًا".

سيراجع المدير الطبي طلبك ويقرر ما إذا كان قرارنا الأصلي مناسبًا. سوف نرسل إليك خطابًا بقرارنا في غضون 24 ساعة من طلبك "للتظلم العاجل".

يتعين علينا معالجة تظلمك بالسرعة التي تناسب حالتك، وذلك بناءً على حالتك الصحية، بما لا يتجاوز 30 يومًا من بعد تلقي الشكوى.

• الخطوة 2: جلسة الاستماع بالولاية

إذا لم تكن راضيًا عن قرار التظلم الخاص بك فيما يتعلق بجودة الرعاية، فيمكنك تقديم طلب كتابي إلى قسم التظلمات والتظلمات بخطة Blue Shield Medicare لجلسة الاستماع للتظلم. في غضون 31 يومًا تقويميًا من طلبك الكتابي، سنقوم بجمع لجنة للاستماع إلى حالتك. ستتم دعوتك لحضور جلسة الاستماع التي تشمل طبيبًا غير عضو وممثل عن قسم الالتزامات وحل التظلمات. يمكنك الحضور شخصيًا أو عن طريق حضور المؤتمر عن بعد. بعد جلسة الاستماع، سوف نرسل إليك خطاب قرار نهائي.

• إذا لم تكن راضيًا عن حل تظلمك الذي لا يتضمن جودة الرعاية، مثل أوقات الانتظار أو عدم الاحترام أو خدمة العملاء أو النظافة، فيمكنك الاتصال بقسم العناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan لطلب مراجعة/إضافة.

المصطلح القانوني "للشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".

وإذا أمكن، فإننا نرد عليك على الفور. في حال الاتصال بنا بشأن شكوى ما، قد نرد عليك في نفس المكالمة الهاتفية. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد سريعًا، فسنعوم بذلك.

• 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 نخطر كتابيًا. كما نقدم تحديث حالة ووقت مقدر لك للحصول على الإجابة.

• إذا كنت تقوم بتقديم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "قرار التغطية السريع" أو "التماس السريع"، فنقوم 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 أو معالجة التماس، فسنعوم تلقائيًا بإتاحة "تقديم شكوى سريعة" لك والرد على شكواك في غضون 24 ساعة.



كاتب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتزامات، والشكاوى)

إن لم نوافق على بعض أو جميع الشكاوى الخاصة بك، سنخبرك ونعلمك بالأسباب التي لدينا. سنقوم بالرد سواء وافقنا على الشكاوى أم لا.

K3. الشكاوى الخارجية

Medicare

يمكنك إبلاغ Medicare بشأن شكواك أو إرسالها إلى Medicare. يتوفر نموذج شكوى Medicare على: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx

لست بحاجة لتقديم شكوى إلى Blue Shield TotalDual Plan قبل تقديم شكوى إلى Medicare.

تأخذ Medicare الشكاوى الخاصة بك على محمل الجد ونستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أي ملاحظات أو مخاوف أخرى، أو إذا شعرت بعدم معالجة الخطأ الصحية لمشكلتك، فيمكنك أيضًا الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. وتكون المكالمات مجانية.

Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى دائرة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS) أمين مظالم الرعاية المدارة من Medi-Cal من خلال الاتصال على الرقم 1-888-452-8609. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711. اتصل من الاثنين إلى الجمعة، بين الساعة 8:00 صباحًا وإلى 5:00 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى California Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا) (DMHC). وتتحمل دائرة DMHC مسؤولية 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.

هناك طريقتان للحصول على مساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل على 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. وتكون المكالمات مجانية.
- تفضل بزيارة موقع Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المدارة) الإلكتروني (www.dmhc.ca.gov).

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



كُتِيب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتماسات، والشكاوى)

على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr لمزيد 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 4-1007
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 Medi-Cal Ombuds Program للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-888-452-8609.

مؤسسة تحسين الجودة

عندما تكون شكواك بشأن جودة الرعاية، فلديك خياران:

- يمكنك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية مباشرة إلى مؤسسة تحسين الجودة.
- يمكنك تقديم شكوى إلى مؤسسة تحسين الجودة وإلى خطتنا. إذا قدمت شكوى إلى مؤسسة تحسين الجودة، فإننا نعمل معها لحل شكواك.

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 حول مؤسسة تحسين الجودة، ارجع إلى القسم (ح2) أو راجع الفصل 2 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

في كاليفورنيا، يطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta. ورقم هاتفهم هو 877-588-1123 (الهاتف النصي: 887-6668 (855).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



الفصل 10: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يوضح هذا الفصل كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية الخاصة بك بعد مغادرتك خطتنا. حتى أنك إذا تركت خطتنا، فسوف تستمر عضويتك في برامج Medicare و Medi-Cal طالما أنك مستحق. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

203	A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا
204	B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا
204	C. كيفية الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal
204	C1. خدمات Medicare الخاصة بك
207	C2. خدمات Medi-Cal الخاصة بك
207	D. كيفية الحصول على الأدوية والخدمات الطبية الخاصة بك حتى تنتهي عضويتك في خطتنا
208	E. حالات أخرى عند إنهاء عضويتك في خطتنا
209	F. قواعد ضد مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة
209	G. حقك في تقديم شكوى في حال قيامنا بإنهاء عضويتك في خطتنا



A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص لدى خطة Medicare إنهاء عضويتهم في أوقات معينة من العام. لأن لديك Medi-Cal، قد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة التالية:

- من يناير إلى مارس
- أبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث هذه، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- فترة التسجيل السنوية، التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وتبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك حالات أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال:

- لقد انتقلت خارج منطقة خدمتنا،
- تم تغيير أهليتك للحصول على المساعدة الإضافية أو Medi-Cal، أو
- إذا انتقلت مؤخراً إلى، أو كنت تحصل حالياً على رعاية، أو انتقلت للتو من دار ترميز أو مستشفى رعاية طويلة الأجل.

ينتهي عضويتك في آخر يوم من الشهر الذي نحصل فيه على طلبك بتغيير خطتك. على سبيل المثال، في حال تلقينا طلبك في 18 يناير، تنتهي تغطيتك بخطتنا في 31 يناير. تبدأ تغطيتك الجديدة في أول يوم من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).

إذا تركت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات Medicare في الجدول في **القسم ج 1.**
- خدمات Medi-Cal في **القسم ج 2.**

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن طريقة إنهاء عضويتك من خلال الاتصال بما يلي:

- العناية بالعملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج Medicare 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.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP)، على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



- 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.
- مكتب مظالم الرعاية المدارة لدى Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً أو عبر البريد الإلكتروني MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج لإدارة الأدوية، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول برامج إدارة الأدوية.

B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

لديك الخيارات التالية إذا كنت ترغب في مغادرة خطتنا:

- اتصل بـ 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 الاتصال على 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضًا التسجيل في خطة أدوية أو خطة صحية أخرى من Medicare. يمكن العثور على مزيد من المعلومات بشأن الحصول على خدمات Medicare عند مغادرة خطتنا في المخطط الوارد في صفحة 205.
- 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.
- يشتمل القسم (ج) أدناه على الخطوات التي يمكنك اتخاذها للتسجيل في خطة مختلفة، والتي ستنتهي أيضًا عضويتك في خطتنا.

C. كيفية الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal

لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal إذا اخترت ترك خطتنا.

C1. خدمات Medicare الخاصة بك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare المدرجة أدناه. وباختيار أحد هذه الخيارات الثلاثة، فإنك تنهي تلقائيًا عضويتك في خطتنا.



إليك ما يمكنك القيام به: اتصل ب Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. لاستفسارات PACE، اتصل على 1-855-921-PACE (7223). إذا احتجت إلى المساعدة أو مزيد من المعلومات: • 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، يرجى زيارة ./www.aging.ca.gov/HICAP أو التسجيل في خطة Medicare جديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.	1. يمكنك التغيير إلى ما يلي: خطة صحية أخرى من Medicare بما في ذلك خطة تجمع بين تغطية Medicare و Medi-Cal الخاصة بك.
--	---



2. يمكنك التغيير إلى ما يلي:

برنامج **Original Medicare** مع خطة أدوية
موصوفة منفصلة من **Medicare**

إليك ما يمكنك القيام به:

اتصل ب Medicare 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.

إذا احتجت إلى المساعدة أو مزيد من المعلومات:

- 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، يرجى زيارة
[./www.aging.ca.gov/HICAP](http://www.aging.ca.gov/HICAP)

أو

التسجيل في خطة أدوية وصفات طبية جديدة من
Medicare.

سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ في
تغطية Original Medicare الخاصة بك.

لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.



إليك ما يمكنك القيام به: اتصل ب Medicare 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. إذا احتجت إلى المساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم بولاية كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aginq.ca.gov/HICAP/ سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من خطتنا عندما تبدأ في تغطية Original Medicare الخاصة بك. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.	3. يمكنك التغيير إلى ما يلي: Original Medicare بدون برنامج أدوية وصفات طبية من Medicare منفصل 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 برنامج Medicare بأنك لا تريد الاشتراك. 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 صباحاً حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aginq.ca.gov/HICAP/
---	---

C2. خدمات Medi-Cal الخاصة بك

لأسئلة حول كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal الخاصة بك بعد مغادرة خطتنا، اتصل بمسؤول خيارات الرعاية
الصحية على 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من 8:00 صباحاً حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف
النصي الاتصال على 1-800-430-7077. يمكنك طرح سؤال حول مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى
Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية Medi-Cal.

D. كيفية الحصول على الأدوية والخدمات الطبية الخاصة بك حتى تنتهي عضويتك في خطتنا

إذا تركت خطتنا، فقد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل إنهاء عضويتك وبدء تغطية Medicare وMedi-Cal الجديدة
الخاصة بك. خلال هذا الوقت، تستمر في الحصول على الأدوية الموصوفة طبياً والرعاية الصحية من خلال خطتنا حتى تبدأ
خطتك الجديدة.

- استخدم صيدليات الشبكة بما في ذلك صيدلية خدمة طلب عبر البريد لدينا لصرف وصفاتك الطبية.
- في حال دخولك إلى المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في Blue Shield TotalDual Plan، ستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى يتم إخراجك من المستشفى.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي
711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل
بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.

E. حالات أخرى عند إنهاء عضويتك في خطتنا

فيما يلي الحالات التي يتعين علينا فيها إنهاء عضويتك في خطتنا:

- في حال وجود انتهاك في تغطية الجزأين (أ) و(ب) من برنامج Medicare.
 - إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal (Medicaid). خطتنا مخصصة فقط للأشخاص المؤهلين لبرنامجي Medicare و Medi-Cal (Medicaid).
 - يجب أن يكون المستفيدون من Medicare المسجلين في خطة Blue Shield TotalDual مؤهلين للجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare و Medi-Cal (Medicaid). إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal (Medicaid)، فسنعلمك بخسارة حالة Medi-Cal (Medicaid) وسنواصل تغطية مزايا Medicare الخاصة بك حتى تتمكن من إعادة التأهل لبرنامج Medi-Cal (Medicaid) في غضون 6 أشهر التالية بعد إخطارك بخسارة حالة الاحتياجات الخاصة.
 - نمدد الفرصة للانتقال إلى أحد خططنا غير HMO D-SNP. يتم تقديم خطة D-SNP غير HMO للمستفيدين المستحقين لكل من الجزء (أ) و Medicare الجزء (ب) من برنامج Medicare، ولكنهم لا يتمتعون بمزايا Medi-Cal (Medicaid). يسمح برنامج Medicare بفترة التسجيل الخاصة (SEP) للمستفيدين من Medicare الذين لم يعودوا مؤهلين لبرنامج Medi-Cal (Medicaid).
 - إذا لم تكن مؤهلاً مجدداً لبرنامج Medi-Cal (Medicaid) أو قبلت الفرصة للانتقال إلى خطة غير تابعة لـ HMO D-SNP في غضون ستة (6) أشهر من إخطارك بفقدان حالة الاحتياجات الخاصة، فسيتم إلغاء تسجيلك قسراً من Blue Shield TotalDual Plan.
 - في حال مغادرتك خارج منطقة خدماتنا.
 - في حال ابتعادك عن منطقة خدمتنا لمدة تزيد على ستة أشهر. في حال انتقالك أو ذهابك لرحلة طويلة، عليك الاتصال بالعناية بالعملاء 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 بالأدوية الموصوفة طبيًا.
 - 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.
- 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 التعريف الخاصة بك للحصول على الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب.)

F. قواعد ضد مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة

لا يمكننا مطالبتك بالانسحاب من خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك مغادرة خطتنا لسبب صحي، فاتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار الساعة، وطوال أيام الأسبوع.

G. حقك في تقديم شكوى في حال قيامنا بإنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا، فيجب أن نخبرك بالأسباب بشكل مكتوب لإنهاء عضويتك. يتعين علينا أيضًا توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا الرجوع إلى من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول كيفية تقديم شكوى.



الفصل 11: الإخطارات القانونية

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على الإخطارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. وتظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

211	A. الإخطار الخاص بالقوانين
211	B. إخطار بشأن عدم التمييز
212	C. إخطار بشأن Medicare كمسدد ثانٍ و Medi-Cal كمسدد يتم اللجوء إليه في النهاية
212	D. إدارة دليل التغطية
212	E. تعاون الأعضاء
213	F. التعيين
213	G. مسؤولية صاحب العمل
213	H. مسؤولية الوكالات الحكومية
213	I. دائرة شؤون قدامى المحاربين بالولايات المتحدة
213	J. تعويضات العامل أو مزايا مسؤولية صاحب العمل
213	K. الاسترداد من التسديد الإضافي
213	L. عندما يتسبب طرف ثالث في إصاباتك
214	M. إخطار بشأن مشاركة تبادل المعلومات الصحية
215	N. الإبلاغ عن الاحتيال والإهدار وإساءة المعاملة



A. الإخطار الخاص بالقوانين

تتطبق العديد من القوانين على كتيب الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى في حال عدم تضمين هذه القوانين أو شرحها في كتيب الأعضاء. القوانين الرئيسية التي تنطبق هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة ببرامج Medicare و Medi-Cal. إن قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية الأخرى مطبقة هنا أيضاً.

B. إخطار بشأن عدم التمييز

يتعين على كل شركة أو وكالة تعمل مع Medicare و Medi-Cal الالتزام بالقوانين التي تحميك من التمييز أو المعاملة غير العادلة. لا نقوم بالتمييز أو معاملتك بشكل مختلف بسبب عمرك أو تجربة مطابقتك أو لونك أو انتمائك العرقي أو إثباتات 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 أو ميولك الجنسي. بالإضافة إلى ذلك، لا نمارس التمييز بشكل غير قانوني أو نستبعد الأشخاص أو نعاملهم بشكل مختلف بسبب السلالة أو هوية المجموعة العرقية أو هوية النوع الاجتماعي أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

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.
- اتصل على Department of Health Care Services, Office for Civil Rights (دائرة خدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية) على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- أرسل بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov
- ملء نموذج شكوى أو إرسال خطاب إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413
تتوفر نماذج الشكوى على:

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

إذا كنت تعتقد أنه قد تم التمييز ضدك وتريد تقديم تظلم ضد التمييز، فاتصل بالعناية بالعملاء. إذا أردت الحصول على مزيد من المعلومات، أو إذا كانت لديك مخاوف تتعلق بالتمييز أو المعاملة غير العادلة، فيرجى الاتصال على مكتب الحقوق المدنية الخاص بدائرة الخدمات الصحية والإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (الهاتف النصي 1-800-537-7697) أو المكتب المحلي للحقوق المدنية. يمكنك أيضاً مراجعة المعلومات الواردة من مكتب الحقوق المدنية التابع لدائرة الصحة والخدمات الإنسانية في <https://www.hhs.gov/ocr/index>.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



إذا كان تظلمك بشأن التمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Department of Health Care Services, Office of Civil Rights (دائرة خدمات الرعاية الصحية، مكتب الحقوق المدنية) عبر الهاتف أو خطياً أو إلكترونياً:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم 916-440-7370. إذا كنت غير قادر على التحدث أو سماع صوت جيد، فيرجى الاتصال برقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- خطياً: ملء نموذج شكوى أو إرسال خطاب إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

- إلكترونياً: أرسل بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.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 ثان وMedi-Cal كمسدد يتم اللجوء إليه في النهاية

في بعض الأحيان يتعين على شخص آخر الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، إذا كنت في حادث سيارة أو إذا كنت مصاباً في العمل، فيتعين على التأمين أو تعويضات العاملين الدفع أولاً.

لدينا الحق والمسؤولية في جمع خدمات Medicare المغطاة التي لم يكن Medicare المسدد الأول لها.

نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة بالمسؤولية القانونية لجزء ثالث من خدمات الرعاية الصحية للأعضاء. نتخذ جميع الإجراءات المناسبة لضمان أن Medi-Cal هو المسدد الذي يتم اللجوء إليه في النهاية.

D. إدارة دليل التغطية

قد نعتمد سياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة لتعزيز الإدارة النظامية والفعالة لدليل التغطية هذا.

E. تعاون الأعضاء

يتعين عليك إكمال أي طلبات ونماذج وكشوفات وإفصاحات وتصاريح ونماذج الحق وأي مستندات أخرى نطلبها في سياق العمل العادي أو كما هو محدد في دليل التغطية هذا.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحاً حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



F. التعيين

لا يجوز لك تعيين دليل التغطية هذا أو أي من الحقوق أو المصالح أو المطالبات بالمال المستحق أو المزايا أو الالتزامات الواردة هنا دون موافقتنا الكتابية المسبقة.

G. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة لأية خدمات يطلب القانون من صاحب العمل تقديمها، لن ندفع لصاحب العمل، وعندما نغطي أي من هذه الخدمات قد نسترد قيمة الخدمات من صاحب العمل.

H. مسؤولية الوكالات الحكومية

بالنسبة لأي خدمات يشترط القانون تقديمها فقط من قبل أو تلقيها من وكالة حكومية فقط، لن ندفع للوكالة الحكومية، وعندما نغطي أي من هذه الخدمات قد نسترد قيمة الخدمات من الوكالة الحكومية.

I. دائرة شؤون قدامى المحاربين بالولايات المتحدة

لأي خدمات للظروف التي يتطلب القانون من دائرة شؤون قدامى المحاربين توفيرها، لن ندفع لقسم شؤون قدامى المحاربين، وعندما نغطي أي من هذه الخدمات قد نسترد قيمة الخدمات من دائرة شؤون المحاربين القدامى.

J. تعويضات العامل أو مزايا مسؤولية صاحب العمل

قد تكون مؤهلاً للحصول على مدفوعات أو مزايا أخرى بموجب قانون تعويضات العمال أو مسؤولية صاحب العمل. سنقدم أدوية الجزء (د) المغطاة حتى إذا كان من غير الواضح ما إذا كان يحق لك الحصول على مزايا، ولكن قد نسترد قيمة أي خدمات مغطاة من المصادر التالية:

1. من أي مصدر يقدم المزايا أو من الذي تستحق المزايا.
2. منك، إلى الحد الذي يتم فيه تقديم ميزة أو دفعها أو كان من المطلوب توفيرها أو دفعها إذا كنت قد سعت بجد لإثبات حقوقك في المزايا بموجب أي تعويض للعمال أو قانون مسؤولية صاحب العمل.

K. الاسترداد من التسديد الإضافي

قد نسترد أي مدفوعات زائدة ندفعها مقابل الخدمات المقدمة من أي شخص يتلقى مثل هذه المبالغ الزائدة أو من أي شخص أو مؤسسة ملزمة بسداد مقابل الخدمات.

L. عندما يتسبب طرف ثالث في إصاباتك

إذا كنت مصاباً أو أصبحت مريضاً بسبب فعل أو إغفال شخص آخر ("طرف ثالث")، فإن Blue Shield، فيما يتعلق بالخدمات المطلوبة نتيجة لهذه الإصابة، تقدم مزايا الخطة ولديك الحق العادل في الرد أو التعويض أو أي تعويض متاح



لاسترداد المبالغ التي دفعتها Blue Shield مقابل الخدمات المقدمة إليك من أي استرداد (معرف أدناه) تم الحصول عليه من قبلك أو نيابة عنك، من أو نيابة عن الطرف الثالث المسؤول عن الإصابة أو المرض أو من تغطية سائق سيارة غير مؤمن عليه/مؤمن عليه بالكامل.

هذا الحق في الرد أو التعويض أو أي علاج متاح ضد أي تعافي تتلقاه نتيجة للإصابة أو المرض، بما في ذلك أي مبلغ يتم منحه أو تلقيه عن طريق حكم المحكمة أو قرار التحكيم أو التسوية أو أي ترتيب آخر، من أي جهة خارجية أو جهة تأمين خارجية أو من تغطية سائق سيارة غير مؤمن عليه أو لا يوجد لديه تأمين، فيما يتعلق بالمرض أو الإصابة ("التعافي")، بغض النظر عما إذا كنت قد "تم إرضائك بالكامل" من خلال الاسترداد. الحق في الاسترداد أو السداد أو أي تعويض متاح آخر يتعلق بذلك الجزء من إجمالي الاسترداد المستحق للمزايا المدفوعة فيما يتعلق بهذه الإصابة أو المرض، محسوبًا وفقًا للمادة 3040 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا.

أنت مطالب بـ:

1. إبلاغ Blue Shield كتابيًا بأي دعوى قانونية أو مطالبة فعلية أو محتملة تتوقع رفعها أو رفعتها ضد الطرف الثالث نتيجة للأفعال أو الإغفالات المزعومة التي تسببت في الإصابة أو المرض، في موعد لا يتجاوز 30 يومًا بعد تقديم أو تقديم مطالبة أو إجراء قانوني ضد الطرف الثالث؛ و
 2. الموافقة على التعاون الكامل وتنفيذ أي نماذج أو وثائق ضرورية لإنفاذ هذا الحق في الرد أو التعويض أو سبل الانتصاف الأخرى المتاحة؛ و
 3. الموافقة كتابة على تعويض Blue Shield عن المزايا التي يدفعها Blue Shield من أي استرداد عند الحصول على الاسترداد من أو نيابة عن الطرف الثالث أو شركة التأمين التابعة لطرف ثالث، أو من تغطية سائقي السيارات غير المؤمن عليهم أو الذين يعانون من نقص التأمين؛ و
 4. توفير امتياز يتم حسابه وفقًا للقسم 3040 من قانون كاليفورنيا المدني. يجوز تقديم الامتيازات إلى الطرف الثالث أو وكيل الطرف الثالث أو محاميه أو المحكمة، ما لم يكن ذلك محظورًا بموجب القانون؛ و
 5. الرد بشكل دوري على طلبات المعلومات المتعلقة بالمطالبة ضد الطرف الثالث، وإخطار Blue Shield كتابيًا في غضون عشرة (10) أيام بعد الحصول على أي استرداد.
- فشلك في الامتثال لفقرات من 1. إلى 5. بأي شكل من الأشكال هو بمثابة إعفاء أو إخلاء أو تخلي عن حقوق Blue Shield.

M. إخطار بشأن مشاركة تبادل المعلومات الصحية

تشارك Blue Shield في بيان تبادل المعلومات الصحية ("HIE") من **Manifest MedEx** الذي يجعل المعلومات الصحية لأعضائها متاحة عبر **Manifest MedEx** للوصول إليها من قبل مقدمي الرعاية الصحية المصرح لهم. **Manifest MedEx** هو مؤسسة مستقلة غير ربحية تحتفظ بقاعدة بيانات على مستوى الولاية لسجلات المرضى الإلكترونية التي تتضمن المعلومات الصحية التي يساهم بها الأطباء ومرافق الرعاية الصحية وخطط خدمات الرعاية الصحية وشركات التأمين الصحي. يمكن لمقدمي الرعاية الصحية المصرح لهم (بما في ذلك الأطباء والمرضى والمستشفيات) الوصول بأمان إلى المعلومات الصحية لمرضاهم من خلال بيان **MedEx HIE** لدعم تقديم رعاية آمنة وعالية الجودة.

إذا كنت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



يحترم برنامج Manifest MedEx حق الأعضاء في الخصوصية ويتبع قوانين الخصوصية الفيدرالية وقوانين الولاية السارية. يستخدم برنامج Manifest MedEx أنظمة الأمان المتقدمة وتقنيات تشفير البيانات الحديثة لحماية خصوصية الأعضاء وأمن معلوماتهم الشخصية.

لكل عضو من أعضاء Blue Shield الحق في توجيه Manifest MedEx بعدم مشاركة معلوماته الصحية مع مقدمي الرعاية الصحية. على الرغم من أن إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx قد يحد من قدرة مقدم الرعاية الصحية الخاص بك على الوصول بسرعة إلى معلومات الرعاية الصحية المهمة الخاصة بك، إلا أن تغطية مزايا التأمين الصحي أو الخطة الصحية للعضو لن تتأثر بانتخابات لاختيار إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx. لن يرفض أي طبيب أو مستشفى مشارك في Manifest MedEx تقديم الرعاية الطبية لمرضى يختار عدم المشاركة في بيان MedEx HIE.

يجب على الأعضاء الذين لا يرغبون في عرض معلومات الرعاية الصحية الخاصة بهم في بيان MedEx تعبئة النموذج عبر الإنترنت على <https://www.manifestmedex.org/opt-out> أو الاتصال بـ Manifest MedEx على الرقم 714-510-888، من الساعة 7 صباحًا حتى 7 مساءً، بتوقيت المحيط الهادي، من الاثنين إلى الجمعة. الهاتف النصي 711 لمن يعانون من ضعف السمع.

N. الإبلاغ عن الاحتيال والإهدار وإساءة المعاملة

ما المقصود بالاحتيال والإهدار وإساءة المعاملة (FWA)؟

- الاحتيال هو تشويه متعمد قد يؤدي إلى تكاليف غير مصرح بها لبرنامج رعاية صحية.
- الهدر هو الاستخدام غير المناسب لأموال أو موارد الرعاية الصحية دون الحاجة المبررة للقيام بذلك.
- إساءة المعاملة هي ممارسة لا تتفق مع الممارسات الطبية أو التجارية السليمة التي قد تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى تكاليف غير ضرورية لبرنامج الرعاية الصحية.

عليك حماية نفسك ومزاياك

- لا تشارك أبدًا أرقام الضمان الاجتماعي أو Medicare أو خطتك الصحية أو المعلومات المصرفية مع شخص لا تعرفه.
- لا توافق على أي فحوصات مخبرية بدون أمر من طبيبك.
- من غير القانوني قبول أي شيء له قيمة مقابل الخدمات الطبية.

كن مدركًا بالاحتيال في الاختبار الجيني

يقترح المحتالون من المسجلين غير المضمنين في المعارض الصحية المحلية ومرافق الإسكان العليا والمراكز المجتمعية ووكالات الصحة المنزلية وغيرها من المواقع الجديرة بالثقة لإجراء عملية احتيال في الاختبار الجيني. وهم يعدون زورًا بأن Medicare ستدفع مقابل الاختبار، وتحتاج ببساطة إلى إعطاء مساحة من خدك و هويتك ومعلومات Medicare من أجل الحصول على نتائج الاختبار الخاصة بك. للأسف، الآن هؤلاء المحتالون لديهم خطتك الصحية أو رقم Medicare، ويمكنهم إرسال فاتورة إلى Medicare بألاف من الدولارات لإجراء الاختبارات أو حتى الخدمات التي لا تتلقاها أبدًا. ولديهم أيضًا معلوماتك الوراثية الشخصية. للإبلاغ عن عمليات الاحتيال والإهدار وإساءة المعاملة المشتبه بها، يرجى الاتصال بما يلي:

- الخط الساخن الخاص بالاحتيال من Blue Shield of California في Medicare: 331-4894 (855) (الهاتف النصي: 711) أو عبر البريد الإلكتروني: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-877-486-2048).

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



الفصل 12: تعريفات المصطلحات المهمة

مقدمة

يشتمل هذا الفصل على مصطلحات رئيسية مستخدمة في كُتِيب الأعضاء الخاص بك 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 بالعناية بالعملاء.



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.

مركز جراحي متنقل: مرفق يوفر الجراحة للمرضى الخارجيين الذين لا يحتاجون إلى رعاية مستشفى والذين لا يتوقع احتياجهم لرعاية أكثر من 24 ساعة.

الالتماس: طريقة لك لتحدي الإجراء الذي اتخذناه إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار التغطية من خلال تقديم التماس. الفصل 9 من كتيب الأعضاء الالتماسات، بما في ذلك كيفية تقديم التماس.

الصحة السلوكية: يستخدم مصطلح "شامل" للإشارة إلى الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد.

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.

منسق الرعاية: الشخص الرئيسي الذي يعمل معك ومع الخطة الصحية ومع مقدمي الرعاية للتأكد من أنك تحصل على الرعاية المطلوبة.

خطة الرعاية: اطلع على "خطة الرعاية المخصصة".

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.

فريق الرعاية: اطلع على "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

مرحلة التغطية في حالات الكوارث: مرحلة في مزايا أدوية الجزء (د) حيث تدفع خطتنا بها جميع تكاليف أدويةك حتى نهاية العام. أنت تبدأ هذه المرحلة عندما تصل إلى حد \$7,400 لأدوية وصفتك الطبية.

مراكز خدمات Medicare و(CMS) Medicaid: الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare. الفصل 2 من كتيب الأعضاء كيفية الاتصال ب CMS.

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.

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



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".

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 والعلاج التنفسي والعلاج المهني وعلاج النطق وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

المشاركة في السداد: هو مبلغ محدد تدفعه باعتباره حصتك من التكلفة في كل مرة تحصل فيها على خدمات أو أدوية وصفة طبية محددة. على سبيل المثال، يمكنك دفع \$2 أو \$5 مقابل دواء وصفة طبية.

تقاسم التكلفة: مبالغ يتعين عليك سدادها عند حصولك على خدمات أو أدوية وصفات طبية محددة. يشمل تقاسم التكلفة مبالغ المشاركة في السداد.

مستوى تقاسم التكلفة: مجموعة من الأدوية لها نفس قيمة المشاركة في السداد. كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة (يعرف أيضا باسم قائمة الأدوية) مدرج في واحد من مستويات تقاسم التكلفة الخمسة. بشكل عام، كلما زاد مستوى تقاسم التكلفة، زاد تكلفتك مقابل الدواء.

قرار التغطية: قرار بشأن المزايا التي نغطيها. يشمل ذلك القرارات المتعلقة بالأدوية والخدمات المغطاة أو المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية. الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك كيفية مطالبتنا بقرار تغطية.

الأدوية المغطاة: المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع أدوية الوصفات الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية المغطاة من خلال خطتنا.

الخدمات المغطاة: المصطلح العام الذي نستخدمه لنقصد به كل من الرعاية الصحية والخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية الموصوفة طبياً والمتاحة بدون وصفة طبية والمعدات والخدمات الأخرى التي تشملها تغطية خطتنا.

تدريب الكفاءة الثقافية: تدريب يوفر تعليمات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية لدينا تساعد في فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بصورة أفضل لمواءمة الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

العناية بالعملاء: قسم بخطتنا مسؤول عن الإجابة على تساؤلاتك حول عضويتك ومزاياك والتظلمات والالتماسات. انظر الفصل 2 للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بالعناية بالعملاء.

سعر تقاسم التكلفة اليومي: سعر يمكن تطبيقه عندما يصف طبيبك إمدادا أقل من شهر كامل لأدوية معينة لك وأنت مطالب بسداد مبلغ المشاركة في السداد. سعر تقاسم التكلفة اليومي هو مقدار المشاركة في السداد مقسوماً 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 \$1.35. وهذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أقل من \$0.05 في اليوم. إذا كنت تتلقى إمدادًا لمدة 7 أيام من الدواء، فإن مبلغك سيكون أقل من \$0.05 لكل يوم مضرورًا في 7 أيام، ليبلغ الإجمالي \$0.35.

Department of Health Care Services (دائرة خدمات الرعاية الصحية، DHCS): دائرة في ولاية كاليفورنيا تدير برنامج (Medi-Cal (Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal).

Department of Managed Health Care (دائرة الرعاية الصحية المُدارة، DMHC): دائرة في ولاية كاليفورنيا مسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في تقديم الالتماسات والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. تجري DMHC أيضًا المراجعات الطبية المستقلة (IMR).

إلغاء التسجيل: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء التسجيل طوعيًا (تبعًا لخيارك الشخصي) أو غير طوعي (ليس خيارك الشخصي).

مستويات الأدوية: مجموعات من الأدوية موجودة في قائمة الأدوية لدينا. الأدوية الجنيصة أو ذات الاسم التجاري أو المتاحة بدون وصفة طبية هي أمثلة لمستويات الأدوية. كل دواء في قائمة الأدوية لدينا مدرج في واحد من المستويات الخمسة.

خطة احتياجات خاصة ذات أهلية مزدوجة (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين للحصول على كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal. خطتنا هي D-SNP.

المعدات الطبية المتينة (DME): بعض العناصر التي يطلبها طبيبك لتستخدمها في المنزل. 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 بطريق الوريد (IV) والأجهزة المساعدة على الكلام وجهاز الأكسجين والمستلزمات والردادات والمشايات.

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 جسدية أو إعاقة خطيرة لها. قد تكون الأعراض الطبية إصابة خطيرة أو ألمًا حادًا.

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.

الاستثناء: تصريح بالحصول على التغطية لأحد الأدوية التي لا تتم تغطيتها عادة أو استخدام الدواء بدون قواعد وقيود محددة.



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

الدواء الجنييس: دواء موصوف طبيًا معتمد من الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من دواء ذي اسم تجاري. يحتوي الدواء الجنييس على نفس مكونات إصدارات الأدوية ذات الاسم التجاري. ويكون في العادة أرخص منه وله نفس فعالية الدواء ذي الاسم التجاري.

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.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يوفر معلومات واستشارات مجانية وهادفة بشأن Medicare. الفصل 2 من كتيب الأعضاء كيفية الاتصال ببرنامج HICAP.

الخطة الصحية: مؤسسة مكونة من أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي خدمات طويلة الأجل ومقدمي خدمات آخرين. بها أيضًا منسقي الرعاية الذين يساعدونك في إدارة كل موفري الخدمات والخدمات الخاصة بك. ويعمل كل منهم معًا لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

تقييم المخاطر الصحية: مراجعة لسجلك الطبي وحالتك الحالية. يستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

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.

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 رعاية لشخص ما تلبي احتياجاته البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- نحن مطالبون بإعطائك قائمة بمقدمي خدمات المحتضرين في منطقتك الجغرافية.



عملية إصدار فواتير غير مناسبة/غير صحيحة: حالة يقوم فيها مقدم خدمات (مثل طبيب أو مستشفى) بمحاسبته بأكثر من قيمة تقاسم التكاليف لنا مقابل الخدمات. اتصل بالعناية بالعملاء إذا حصلت على أي فواتير لا يمكنك فهمها. بصفتك عضوًا بالخطوة، فإنك لا تدفع إلا المبالغ تقاسم تكاليف للخطوة عند حصولك على الخدمات التي نغطيها. لا نسمح لمقدمي الخدمات بمحاسبته بقيمة أكثر من هذا المبلغ.

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.

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.

مرحلة التغطية المبدئية: إنها المرحلة قبل أن يصل إجمالي نفقات أدوية الجزء (د) \$4,660. 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 للعلاج. خلال هذه المرحلة، يقوم البرنامج بسداد جزء من التكاليف الخاصة بأدويةك، وأنت تقوم بسداد حصتك.

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.

فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): يمكن لفريق رعاية أن يشمل أطباء 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.

قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية): قائمة أدوية الوصفة الطبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية المغطاة ضمن خطتنا. نختار الأدوية المدرجة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتخبرك قائمة الأدوية بما إذا كان هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويةك. يطلق على قائمة الأدوية أحيانًا "كتيب الوصفات".

الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل (LTSS): تساعد الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل في تحسين حالة طبية طويلة الأجل. تساعدك معظم تلك الخدمات في البقاء في المنزل حتى لا تضطر إلى الذهاب إلى دار تريض أو مستشفى. وتتألف الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل من برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)، ومرافق التمريض (NF).

إعانة الدخل المنخفض (LIS): انتقل إلى "المساعدة الإضافية".

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



برنامج خدمة البريد: قد توفر بعض الخطط برنامج خدمة بريدية الذي يتيح لك الحصول على إمداد يصل إلى 3 أشهر من الأدوية الموصوفة المغطاة المرسله مباشرة إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة ومريحة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.

Medi-Cal: هو اسم برنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. تدير الولاية برنامج Medi-Cal، كما تسدد مستحقاته 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 (Medi-Cal (Medicaid من ولاية لأخرى، ولكن معظم تكاليف الرعاية الصحية مغطاة في حالة أنك تحقق شروط Medicare وMedi-Cal (Medicaid).
- راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بـ Medi-Cal.

خطط Medi-Cal: خطط تغطي مزايا Medi-Cal فقط، مثل الخدمات ووسائل الدعم طويلة الأجل والمعدات الطبية ووسائل النقل. تعد مزايا Medicare مزايا منفصلة.

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.

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 (اطلع على "الخطة الصحية").

Medicare Advantage: برنامج Medicare، يعرف أيضًا باسم "Medicare Part C" أو "MA"، الذي يعرض خطط MA من خلال الشركات الخاصة. يدفع Medicare لهذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

الخدمات التي تشملها تغطية Medicare: الخدمات تشملها تغطية الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. جميع الخطط الصحية من Medicare، بما في ذلك الخطة الخاصة بنا، يتعين أن تشمل جميع الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare.

المسجل في Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل لتغطية Medicare وMedi-Cal. ويسمى أيضًا المسجل في برنامجي Medicare-Medicaid "الفرد ذو الأهلية المزدوجة".



الجزء (أ) من Medicare: هو برنامج Medicare الذي يغطي معظم رعاية المستشفى الضرورية طبياً ومرفق التمريض المتخصص والصحة المنزلية ورعاية المرضى المحتضرين.

الجزء (ب) من Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وزيارات الأطباء) والمستلزمات (مثل الكراسي المتحركة والمشايط) الضرورية طبياً لعلاج مرض أو حالة. كما يغطي الجزء (ب) من برنامج Medicare الكثير من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

الجزء (ج) من Medicare: يسمح برنامج Medicare، المعروف أيضاً باسم "Medicare Advantage" أو "MA" لشركات التأمين الصحي الخاصة توفير مزايا Medicare من خلال خطة Medicare Advantage Plan.

الجزء (د) من Medicare: برنامج مزايا أدوية الوصفات من Medicare. نطلق على هذا البرنامج "الجزء د" اختصاراً. يغطي الجزء (د) أدوية وصفات المرضى الخارجيين واللقاحات وبعض المستلزمات غير المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من Medicare أو Medi-Cal. تتضمن خطتنا الجزء (د) من Medicare.

أدوية الجزء (د) من Medicare: الأدوية المغطاة بموجب الجزء (د) من برنامج Medicare. استثنى مجلس النواب على وجه الخصوص فئات أدوية معينة من التغطية بموجب الجزء (د). قد يغطي Medi-Cal بعض هذه الأدوية.

إدارة العلاج الدوائي: مجموعة متميزة من الخدمات أو مجموعة الخدمات المقدمة من قبل مقدمي الرعاية الصحية، بما في ذلك الصيدالة، لضمان أفضل النتائج العلاجية للمرضى. الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات.

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.

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.

صيدلية تابعة للشبكة: صيدلية (متجر أدوية) وافقت على صرف أدوية لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها "صيدليات تابعة للشبكة" لأنها وافقت على التعاون مع خطتنا. في أغلب الحالات، نقوم بتغطية وصفاتك الطبية فقط عند صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا.

مقدم الخدمات تابعين للشبكة: "مقدم الخدمات" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للأطباء والممرضات والأشخاص الآخرين الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. ويشمل المصطلح أيضاً 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.



- نسميهم "مقدمو خدمات تابعين للشبكة" عندما يوافقون على التعاون مع خطتنا الصحية، ويقبلون بالسداد، ولا يتقاضون من الأعضاء مبلغًا إضافيًا.
- أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك استخدام مقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الخدمات المغطاة. يطلق أيضًا على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة "مقدمو خدمات الخطة".
- **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.
- **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 في الفصولين 2 و 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- **قرار المؤسسة:** تتخذ خطتنا قرار مؤسسة عندما نتخذ نحن أو أحد مقدمي الخدمات التابعين لنا قرارًا بشأن ما إذا تمت تغطية الخدمات أو المقدار الذي تدفعه مقابل الخدمات المغطاة. يطلق على قرارات المؤسسة "قرارات التغطية". الفصل 9 من كتيب الأعضاء قرارات التغطية.
- **Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو fee-for-service Medicare):** توفر الحكومة Original Medicare. بموجب Original Medicare، تتم تغطية الخدمات عن طريق دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين المحددة من جانب مجلس النواب.
- يمكنك استخدام أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. يتضمن Original Medicare جزأين: الجزء (أ) (تأمين المستشفى) والجزء (ب) (التأمين الطبي).
- يتوفر Original Medicare في أي مكان بالولايات المتحدة.
- إن لم ترغب في البقاء في خطتنا، يمكنك اختيار Original Medicare.
- **صيدلية من خارج الشبكة:** الصيدلية التي لم توافق على التعاون مع خطتنا لتنسيق أو تقديم أدوية مغطاة لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي حصلت عليها من صيدليات خارج الشبكة ما لم تنطبق حالات معينة.
- **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. الفصل 3 من كتيب الأعضاء مرافق ومقدمي الخدمات خارج نطاق الشبكة.
- **التكاليف النثرية:** مطلب تقاسم التكلفة للأعضاء المزمين بالدفع مقابل جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها يطلق عليه أيضًا مطلب تكلفة "المصاريف النثرية". اطلع على تعريف "تقاسم التكلفة" أعلاه.



أدوية متاحة بدون وصفة طبية (OTC): الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية هي أدوية أو دواء يمكن للشخص شراؤه بدون وصفة من أخصائي رعاية صحية.

الجزء (أ): اطلع على "الجزء (أ) من Medicare".

الجزء (ب): اطلع على "الجزء (ب) من Medicare".

الجزء (ج): اطلع على "الجزء (ج) من Medicare".

الجزء (د): اطلع على "الجزء (د) من Medicare".

أدوية الجزء (د): اطلع على "أدوية الجزء (د) من Medicare".

المعلومات الصحية الشخصية (تُعرف أيضًا باسم المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل الاسم والعنوان ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الأطباء والتاريخ الطبي. راجع إخطار ممارسات الخصوصية لخطّة لمزيد من المعلومات حول كيفية حماية لحقوقك واستخدامها وإفصاحها عن معلوماتك الصحية الشخصية وكذلك حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية الشخصية.

طبيب الرعاية الأولية (PCP): الطبيب أو مقدم الخدمات الآخر الذي تستخدمه أولاً لمعظم المشكلات الصحية. إنهم يتأكدون من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للبقاء في حالة صحية جيدة.

- يمكنهم أيضا التحدث مع الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين حول رعايتك وحياتك إليهم.
- في العديد من الخطط الصحية لـ Medicare، يتعين عليك استخدام مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل استخدام إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.
- الفصل 3 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية.



التصريح المسبق: موافقة يتعين عليك الحصول عليها منا قبل أن تتمكن من الحصول على دواء أو خدمة معينة أو استخدام مقدم خدمات من خارج الشبكة. قد لا تغطي خططنا الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة أولاً.

تغطي خططنا بعض الخدمات الطبية التابعة للشبكة فقط في حالة حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على تصريح مسبق منا.

- الخدمات المغطاة التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خططنا محددة في راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

تغطي خططنا بعض الأدوية فقط في حال حصولك على تصريح مسبق منا.

- الأدوية المغطاة التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خططنا محددة في قائمة الأدوية المغطاة.

برنامج الرعاية الشاملة لخطط كبار السن (PACE): برنامج يغطي مزايا Medicare و Medi-Cal معًا بالنسبة للأشخاص الذين يبلغون من العمر 55 عامًا وأكبر والذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش بالمنزل.

الأجهزة التعويضية وأجهزة التقويم: الأجهزة الطبية التي أمر بها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر والتي تشتمل على سبيل المثال لا الحصر على دعائم الذراع والظهر والعنق؛ الأطراف الاصطناعية؛ العينين الاصطناعيتين؛ والأجهزة اللازمة لتحل محل وظيفة أو جزء داخلي من الجسم، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والعلاج بالتغذية النخامية.

مؤسسة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وغير ذلك من متخصصي الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص الخاضعين لـ Medicare. تدفع الحكومة الفيدرالية لمؤسسة تحسين الجودة للتحقق من الرعاية المقدمة للمرضى وتحسينها. راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات حول مؤسسة تحسين الجودة.

حدود الكمية: قيد على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. قد تقيد كمية الدواء التي نغطيها وفقًا للوصفة الطبية.

الإحالة: الإحالة هي موافقة مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك على استخدام مقدم خدمات غير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. في حالة عدم حصولك على الموافقة أولاً، قد لا تغطي الخدمات. لا تحتاج إلى إحالة للاستعانة بأخصائيين معينين مثل أخصائيي أمراض النساء. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الإحالات في الفصلين 3 و 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك في التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. الفصل 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة المزيد حول خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية والصحة الجنسية والإنجابية وتنظيم الأسرة والأمراض المنقولة جنسيًا وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والاعتداء الجنسي والإجهاض واضطراب تعاطي المواد والرعاية التي تؤكد النوع الاجتماعي وعنف الشريك الحميم.



منطقة الخدمات: منطقة جغرافية تقبل فيها الخطة الصحية الأعضاء في حال تقييدها للعضوية بناءً على المكان الذي يعيش فيه الأشخاص. بالنسبة للخطة المحدودة للأطباء والمستشفيات التي قد تستخدمها، كما أنها عمومًا منطقة يمكنك الحصول فيها على الخدمات الدورية (غير الطارئة). لا يمكن أن يحصل على خطتنا إلا الأشخاص الذين يقطنون في منطقة خدمتنا.

تقاسم التكلفة: جزء تكاليف الرعاية الصحية الذي قد يتعين عليك دفعه كل شهر قبل أن تصبح مزاياك سارية. يختلف مقدار حصتك من التكلفة حسب دخلك والموارد الخاصة بك.

مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF): مرفق تريض يضم موظفين ومعدات لتقديم رعاية تريض حاذقة وفي معظم الحالات خدمات إعادة تأهيل متخصصة وخدمات صحية أخرى ذات صلة.

رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF): خدمات إعادة التأهيل والرعاية التمريضية الحاذقة المقدمة على أساس مستمر ويومي في مرفق تريض متخصص. تتضمن أمثلة رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة العلاج الطبيعي أو الحقن داخل الوريد (IV) التي تعطيها الممرضة المسجلة أو الطبيب.

الأخصائي: طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم.

صيدلية متخصصة: الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد حول الصيدليات المتخصصة.

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.

العلاج المرحلي: قاعدة تغطية تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل أن نقوم بتغطية الدواء الذي تطلبه.

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 وأكبر. مزايا دخل الضمان التكميلي ليست مثل مزايا الضمان الاجتماعي. توفر SSI تغطية Medi-Cal تلقائيًا.

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..



العناية بالعملاء بخطة Blue Shield TotalDual Plan

اتصل على الرقم (800) 452-4413 المكالمات على هذا الرقم مجانية. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع، أيام الأسبوع. 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. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع.	
الفاكس (877) 251-6671	
المراسلة Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856	
موقع الويب www.blueshieldca.com/medicare	

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى التواصل مع Blue Shield TotalDual Plan على الرقم 1-800-452-4413 (الهاتف النصي 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، على مدار أيام الأسبوع. وتكون المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، تفضل

بزيارة www.blueshieldca.com/medicare.



Multi-Language Insert Multi-Language Interpreter Services

English We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-452-4413. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-452-4413. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-452-4413。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-452-4413。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-452-4413. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-452-4413. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-452-4413 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-452-4413. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-452-4413 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-452-4413. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-800-452-4413. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية على مترجم فوري،

Hindi हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-452-4413 पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian E disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-452-4413. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-452-4413. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-452-4413. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-452-4413. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-452-4413 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Hmong Peb muaj cov kev pab cuam txhais lus pab dawb los teb tej lus nug uas koj muaj hais txog ntawm pab li kev noj qab haus huv los sis lub phiax xwm tshuaj kho mob. Kom tau txais tus kws pab cuam txhais lus, tsuas yog hu rau pab ntawm 1-800-452-4413. Muaj cov paub lus Hmoob tuaj yeem pab tau koj. Qhov no yog pab dawb.

Ukrainian Ми надаємо безкоштовні послуги перекладача, щоб відповісти на будь-які запитання щодо нашого плану лікування чи надання лікарських засобів. Щоб скористатися послугами перекладача, просто зателефонуйте нам за номером 1-800-452-4413. Вам може допомогти хтось, хто розмовляє Українською. Це безкоштовна послуга.

Navajo D77 ats'77s baa 1hly3 47 doodago azee' bee aa 1hly3 b7na'7d7[kidgo 47 n1 ata' hodoonih77 h0l=. Ata' halne'4 biniy4go, koj8' 1-800-452-4413 b44sh bee hod77lnih. Diné k'ehj7 y1[ti'i n7k1 adoolwo]. D77 t'1l j77k'eh bee an1'1wo.

Punjabi ਪੰਜਾਬੀ ਸਾਡੀ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਡਰੱਗ ਪਲਾਨ ਬਾਰੇ ਤੁਹਾਡੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਸਵਾਲ ਦਾ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਮੁਫਤ ਦੁਆਰਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਇੱਕ ਦੁਆਰਾ ਲੈਣ ਲਈ, ਸਾਨੂੰ 1-800-452-4413 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਣ ਵਾਲਾ ਕੋਈ ਵੀ ਵਿਅਕਤੀ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇੱਕ ਮੁਫਤ ਸੇਵਾ ਹੈ।

Khmer យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរនានាដែលអ្នកអាចមានអំពីសុខភាព ឬគម្រោងឱសថរបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ម្នាក់សូមទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមលេខ 1-800-452-4413។ អ្នកណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។ សេវានេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

Mien Yie mbuo mbenc duqv maaih tengx wang-henh nzie faan waac mienh liouh dau waac bun muangx dongh nzunc baav meih maaih waac naaic taux yie mbuo gorngv taux yie nyei heng-wangc jauv-louc a'fai ndie-daan. Liouh lorx zipv longc faan waac nor, douc waac lorx taux yie mbuo yiem njiec naaiv 1-800-452-4413. Maaih mienh gorngv benx Mienh waac haih tengx nzie duqv meih. Naaiv se benx wang-henh nzie weih jauv-louc oc.

Lao ພວກເຮົາມີນາຍພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບຄໍາຖາມຕ່າງໆທີ່ທ່ານອາດຈະມີກ່ຽວກັບສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນການຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອໃຫ້ໄດ້ຮັບນາຍພາສາ, ພຽງແຕ່ໂທຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-800-452-4413. ມີຜູ້ຮູ້ພາສາລາວສາມາດຊ່ວຍທ່ານ. ນີ້ແມ່ນບໍລິການໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າ.

Armenian Մենք մոտ հասանելի են անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ մեր անդամապատկան կապ հետևելի և անվճար զեք ցանկացած հարցի և պատասխանելու համար: Թարգմանիչ և անվճար անվճար թարգմանչական ծառայություններ 1-800-452-4413 հեռախոսահամարով: Ձեզ կօգնի հարցերն իմացող թարգմանիչը: Ծառայությունն անվճար է:

Farsi ما خدمات مترجم شفاهی رایگان ارائه می‌دهیم تا به هر گونه سوالی که در مورد طرح سلامت یا داروی ما دارید پاسخ دهیم. برای داشتن مترجم شفاهی، کافیست با ما به شماره 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کسی که فارسی صحبت می‌کند می‌تواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Thai ภาษาไทย เรามีบริการล่ามฟรีเพื่อตอบคำถามของคุณเกี่ยวกับสุขภาพหรือแผนด้านยาของคุณ หากต้องการบริการล่าม โปรดโทรหาเราที่ 1-800-452-4413 มีคนที่สามารถพูดภาษาไทยได้เพื่อช่วยเหลือคุณ บริการนี้เป็นบริการฟรี

