

دليل التغطية

المزايا والخدمات الصحية وتغطية الأدوية الموصوفة التي يقدمها لك برنامج
Medicare كعضو في
Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP)

مقاطعتا لوس أنجلوس وسان دييغو

1 يناير 2027 إلى 31 ديسمبر 2027

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (HMO D-SNP) كتيب أعضاء خطة Medi-Medi

H2819_26_142A_C_AR Approved 08272026

موافقة OMB رقم 0938-1444 (تنتهي في: 5/31/2029)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



1 يناير 2027 - 31 ديسمبر 2027

التغطية الصحية وتغطية الأدوية الخاصة بك بموجب خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal (HMO D-SNP)

مقدمة كتيب الأعضاء

يشرح "كتيب الأعضاء" هذا، والمعروف أيضًا باسم "الليل/التغطية"، ما تستمتع به من تغطية بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2027. وهو يوضح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية وعلاج تعاطي المخدرات)، وتغطية الأدوية، والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل 12 من كتيب الأعضاء هذا.

هذا مستند قانوني هام. احتفظ به في مكان آمن.

عندما يُذكر في كتيب الأعضاء ضمير المتكلمين "نحن" أو مشتقاته، أو كلمة "خطتنا" فإن ذلك يشير إلى Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية، والأرمينية، والكمبودية، والصينية التقليدية، والصينية المبسطة، والفارسية، والكورية، والروسية، والإسبانية، والتاغالوغية، والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل الصوتي عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

- يمكنك الآن ومستقبلًا التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. لتقديم طلب، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. سيتم الاحتفاظ باللغة والتنسيق المفضل لك في ملفاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إشعار بتوفر خدمات المساعدة اللغوية والوسائل والخدمات المساعدة.

ATTENTION: If you need help in your language, call 1-800-452-4413 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-800-452-4413 (TTY: 711). These services are free of charge.



الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-800-452-4413 (TTY:711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված Նյութեր: Չանգահարեք 1-800-452-4413 (TTY:711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-800-452-4413 (TTY:711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-800-452-4413 (TTY:711)。这些服务都是免费的。

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|



हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-800-452-4413 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-800-452-4413 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-800-452-4413 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-800-452-4413 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.



ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະ ການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711).

Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធុន សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-800-452-4413 (TTY:711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។



مطلب به زبان فارسی ((Persian (Farsi))

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید،
با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات
مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف
بزرگ، نیز موجود است. با (TTY: 711) 1-800-452-4413 تماس بگیرید.
این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем
родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413
(линия TTY: 711). Также предоставляются средства и
услуги для людей с ограниченными возможностями,
например документы крупным шрифтом или шрифтом
Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413
(линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются
бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al
1-800-452-4413 (TTY: 711). También ofrecemos
asistencia y servicios para personas con discapacidades,
como documentos en braille y con letras grandes. Llame
al 1-800-452-4413 (TTY: 711). Estos servicios son
gratuitos.

Tagalog Tagline (Tagalog)

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika,
tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711). Mayroon ding
mga tulong at serbisyo para sa mga taong may
kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at
malaking print. Tumawag sa 1-800-452-4413 (TTY: 711).
Libre ang mga serbisyong ito.



แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-452-4413 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Примітка українською (Ukrainian)

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-452-4413 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-452-4413 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.



اللغات الأخرى

يمكنك الحصول على كتيب الأعضاء هذا ومواد الخطة الأخرى بلغات أخرى مجانًا. توفر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ترجمات مكتوبة من مترجمين مؤهلين. اتصل على 1-800-452-4413 (TTY 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. اقرأ كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن خدمات المساعدة اللغوية في مجال الرعاية الصحية، مثل خدمات الترجمة التحريرية والفورية.

التنسيقات الأخرى

يمكنك الحصول على هذه المعلومات، في الوقت المناسب، بتنسيقات أخرى مثل طريقة برايل للمكفوفين، والطباعة بأحرف كبيرة بحجم 20 نقطة، والتسجيل الصوتي، والتنسيقات الإلكترونية التي يسهل الوصول إليها (أقراص البيانات المضغوطة) دون أي تكلفة عليك. اتصل على 1-800-452-4413 (TTY 711). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

خدمات المساعدة اللغوية

توفر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan خدمات الترجمة الفورية الشفهية، بالإضافة إلى لغة الإشارة، من مترجمين فوريين مؤهلين، على مدار 24 ساعة، دون أي تكلفة عليك. ليس عليك الاستعانة بأحد أفراد العائلة أو صديق كمترجم فوري. لا نشجع الاستعانة بالعائلة أو الأصدقاء، وخاصة القاصرين، كمترجمين فوريين ما لم تكن الحالة طارئة. تتوفر خدمات المساعدة اللغوية، بما في ذلك خدمات الترجمة الفورية، مجانًا. تتوفر خدمات الترجمة الفورية على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. للحصول على المساعدة بلغتك، أو للحصول على هذا الكتيب بلغة مختلفة، اتصل على رقم (TTY 711) 1-800-452-4413. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.



إخلاء المسؤولية

- ❖ قد تتغير المزايا و/أو حصص المشاركة في الدفع في 1 يناير 2028.
- ❖ تعد مزايا الطعام والمنتجات الغذائية المذكورة هي ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. تعتمد الأهلية على استيفاء تعريف "المشارك المصاب بمرض مزمن". تشمل الحالات المزمنة المؤهلة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: اضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وقصور القلب المزمن؛ ومرض السكري؛ وزيادة الوزن، والبدانة، ومتلازمة التمثيل الغذائي؛ واضطرابات الرئة المزمنة. يرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بالخطة للحصول على قائمة كاملة بالحالات المزمنة المؤهلة ومتطلبات الأهلية.
- ❖ قد تتغير الأدوية الخاضعة للتغطية و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة موفري الرعاية في أي وقت. ستستلم إشعارًا بشأن أي تغييرات قد تؤثر عليك قبل 30 يومًا على الأقل.
- ❖ تقع على عاتق خطتنا مسؤولية تنسيق مزايا Medi-Cal (Medicaid) لك.
- ❖ خطة Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.
- ❖ التغطية تحت مظلة Blue Shield Medicare + Medi-Cal تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وبها يتم الوفاء بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون الرعاية الصحية الأمريكي "أوباما كير" (Affordable Care Act, ACA). تفضل زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) الإلكتروني على <http://www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families> للحصول على مزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية.
- ❖ تُعد Amazon Pharmacy شركة مستقلة عن Blue Shield of California ومتعاقدة مع Blue Shield لتوفير التوصيل المنزلي للأدوية المقررة بوصفة طبية لأعضاء Blue Shield.



الفصل 1: البدء بصفتك عضوًا

مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات حول Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات برنامج Medicare الخاصة بك وتنسق جميع خدمات برنامج Medicare وخدمات برنامج Medi-Cal وعضويتك فيها. ويوضح لك أيضًا ما يمكن توقعه وما هي المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. مرحبًا بك في خطتنا.....	12
B. معلومات حول برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal.....	12
B1. برنامج Medicare.....	12
B2. برنامج Medi-Cal.....	12
C. مميزات خطتنا.....	13
D. منطقة الخدمة في خطتنا.....	13
E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة.....	14
F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد الخطط الصحية لأول مرة.....	14
G. فريق رعايتك وخطة الرعاية.....	15
G1. فريق الرعاية.....	15
G2. خطة الرعاية.....	16
H. ملخص التكاليف المهمة.....	16
H1. مبلغ الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare.....	16
I. كُتِيب الأعضاء هذا:.....	16
J. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قبلنا.....	17
J1. بطاقة مُعرّف عضويتك.....	17
J2. دليل موفري الرعاية والصيديات.....	18

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية 19
- J4. شرح الاستحقاقات 19
- K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا 20
- K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (personal health information, PHI) 20



A. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تشمل خطتنا الأطباء، والمستشفيات، والصيادلة، وموفري رعاية الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل، وموفري رعاية الصحة السلوكية، وموفري رعاية آخرين. كما أن لدينا منسقي رعاية وفرق رعاية لمساعدتك في تنظيم موفري رعايتك وخدماتك. وجميعهم يعملون معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

B. معلومات حول برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal

B1. برنامج Medicare

يُعد Medicare برنامجًا للتأمين الصحي الفيدرالي من أجل:

- الأشخاص الذين بلغوا من العمر 65 عامًا أو أكثر،
- وبعض الأشخاص أقل من عمر 65 عامًا ويعانون من بعض الإعاقات، و
- الأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي).

B2. برنامج Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid الخاص بولاية كاليفورنيا. وتتولى الولاية إدارة برنامج Medi-Cal، ويتم دفع التكاليف المرتبطة به بواسطة حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد برنامج Medi-Cal الأشخاص محدودي الدخل والموارد في دفع تكاليف الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (Long-Term Services and Supports, LTSS) والتكاليف الطبية. ويغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية:

- ما يعتبر دخلاً وموارد،
- ومن المؤهل،
- والخدمات الخاضعة للتغطية، و
- تكلفة الخدمات.

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

تم اعتماد خطتنا من جانب برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا. يمكنك الحصول على خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- أننا اخترنا تقديم الخطة، و
 - أن برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا يسمحان لنا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- حتى لو توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، فلن تتأثر أهليتك للحصول على خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.



C. مميزات خطتنا

ستحصل الآن على جميع خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal الخاضعة للتغطية من خطتنا، بما في ذلك الأدوية. ولن تدفع أي مبلغ إضافي للالتحاق بهذه الخطة الصحية.

سنساعد في توفير مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal الخاصة بك على نحو أفضل معًا من أجلك. تشمل بعض المزايا ما يلي:

- يمكنك التعاون معنا لتلبية معظم احتياجات رعايتك الصحية.
- سيكون لديك فريق رعاية تساعد أنت في تشكيكه. فريق رعايتك قد يتضمنك أنت، أو مقدم رعايتك، أو أطباء، أو ممرضات، أو استشاريين، أو أخصائيي رعاية صحية آخرين.
- سيكون لديك حق الوصول إلى منسق الرعاية. وهو الشخص الذي يعمل معك، ومع خطتنا، ومع فريق رعايتك للمساعدة في عمل خطة رعاية.
- ستتمكن من إعطاء توجيهاتك بشأن الرعاية المقدمة لك بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- سوف يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية الخاص بك معك للخروج بخطة رعاية مصممة خصيصًا لتلبية احتياجاتك الصحية. وسوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاجها. على سبيل المثال، هذا يعني أن فريق رعايتك يتأكد مما يلي:
 - أن أطباءك على علم بجميع الأدوية التي تتناولها حتى يتسنى لهم التأكد أنك تتناول الأدوية الصحيحة، ويمكن لأطبائك الحد من أي آثار جانبية قد تحدث لك نتيجة تناول الأدوية.
 - وسوف يتأكد فريق رعايتك أن نتائج اختبارك قد تمت مشاركتها مع جميع أطباءك وموفري الرعاية الآخرين، كما يلزم.
- أعضاء جدد في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة تصل إلى شهرين. بعد ذلك، سوف تتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. لن يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود أسفل الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

D. منطقة الخدمة في خطتنا

تتضمن منطقة الخدمة المقاطعات التالية في ولاية كاليفورنيا: مقاطعتا لوس أنجلوس وسان دييغو.

لا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا.

لا يمكنك البقاء في خطتنا إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا. راجع الفصل 8 من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول آثار الانتقال خارج منطقة خدمتنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة

أنت مؤهل للحصول على خطتنا طالما أنك:

- تعيش في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا)، و
- تبلغ من العمر 21 عامًا أو أكثر في وقت الاشتراك، و
- تكون مشتركًا في كل من القسم A في برنامج Medicare والقسم B في برنامج Medicare، و
- تكون مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين المؤهلين، و
- أن تكون مؤهلًا في الوقت الحالي لبرنامج Medi-Cal.
- إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدوها في غضون ستة أشهر، سنستمر في توفير جميع مزايا برنامج Medicare التي تغطيها Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. عندما تنتهي تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك، لن ندفع مقابل مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك. وهذا يعني أيضًا أن تكاليفك النثرية مثل حصص المشاركة في الدفع وأقساط التأمين والمبالغ المستقطعة ستكلف أكثر خلال الأشهر التي فقدت فيها تغطية برنامج Medi-Cal. لمعرفة المزيد والحصول على المساعدة بشأن تجديد الأهلية لبرنامج Medi-Cal، اتصل بفريق الاحتفاظ بأعضاء Blue Shield المؤهلين للتغطية الثنائية على رقم 1-844-378-4181 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة.

سنساعدك على استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal. إذا استعدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal أثناء استمرار اشتراكك معنا للحصول على تغطية برنامج Medicare، فسوف نستأنف دفع تكاليف مزايا Medi-Cal الخاصة بك، وسيستمر اشتراكك معنا. إذا لم تتمكن من استعادة برنامج Medi-Cal في غضون 6 أشهر، فسنلغي اشتراكك من خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. إذا استعدت أهلية برنامج Medi-Cal بعد إلغاء اشتراكك، فسيتعين عليك الاتصال بنا لإعادة الاشتراك في الخطة.

اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد الخطط الصحية لأول مرة

عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة، ستحصل على تقييم المخاطر الصحية (Health risk assessment, HRA) في غضون 90 يومًا قبل تاريخ سريان الاشتراك أو بعده.

ونحن مطالبون بإكمال HRA من أجلك. يُعد HRA هذا هو الأساس لوضع خطة رعايتك. ويتضمن HRA أسئلة للتعرف على احتياجاتك الطبية، واحتياجات الصحة السلوكية والاحتياجات الوظيفية.

وسنتواصل معك لإكمال HRA. يمكن إكمال HRA عن طريق زيارة شخصية، أو مكالمة هاتفية، أو بالبريد. سنتواصل معك سنويًا لمعرفة ما إذا كانت أي من احتياجاتك قد تغيرت.

سوف نرسل لك المزيد من المعلومات حول HRA.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

إذا كانت خطتنا جديدة بالنسبة لك، يمكنك الاستمرار في التوجه للأطباء الذين تذهب إليهم حاليًا لمدة معينة من الوقت، حتى لو لم يكونوا تابعين لشبكتنا. نسمي هذا استمرارية الرعاية. إذا لم يكونوا ضمن شبكتنا، يمكنك الاحتفاظ بموفاي الرعاية الحاليين وتصاريح الخدمة في وقت الاشتراك لمدة تصل إلى 12 شهرًا إذا كانت جميع الشروط التالية مستوفاة:

- تطلب منا أنت أو ممثلك أو موفاي الرعاية الخاص بك السماح لك بالاستمرار في الاستعانة بموفاي الرعاية الحالي الخاص بك.
- لقد أثبتنا أن لديك علاقة قائمة مع موفاي رعاية أولية أو الرعاية المتخصصة، مع بعض الاستثناءات. عندما نذكر "علاقة قائمة"، فهذا يعني أنك زرت موفاي رعاية غير تابع للشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ اشتراكك الأولي في خطتنا.
 - نحن نحدد العلاقة القائمة من خلال مراجعة المعلومات الصحية المتوفرة لديك أو المعلومات التي تقدمها لنا.
 - أمامنا 30 يومًا للرد على طلبك. يمكن أن تطلب منا أيضًا اتخاذ قرار سريع ولا بد أن يتم الرد خلال 15 يومًا. يمكنك تقديم هذا الطلب عن طريق الاتصال برقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 إذا كنت معرضًا لخطر الأذى، يجب علينا الرد خلال ثلاثة أيام.
 - يجب عليك أنت أو موفاي الرعاية الخاص بك إظهار وثائق العلاقة القائمة والموافقة على شروط معينة عند تقديم الطلب.

ملاحظة: يمكنك تقديم هذا الطلب لموفاي الأجهزة الطبية المُعمّرة (Durable Medical Equipmen, DME) لمدة 90 يومًا على الأقل حتى نُصرح بجهاز DME مؤجر جديد ويقوم موفاي رعاية تابع للشبكة بتسليم الجهاز. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو موفاي الرعاية الإضافية الآخرين، إلا أنه يمكنك تقديم طلب لخدمات النقل أو الخدمات الإضافية الأخرى غير المدرجة في خطتنا.

بعد انتهاء فترة استمرارية الرعاية، ستحتاج إلى الاستعانة بالأطباء وموفاي الرعاية الآخرين في شبكة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan المنتسبين إلى المجموعة الطبية لموفاي الرعاية الأولية الخاص بك، ما لم نبرم اتفاقًا مع طبيبك غير التابع للشبكة. موفاي الرعاية التابع للشبكة هو موفاي الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين (Independent Physician Association, IPA) هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع الخطط الصحية لتوفير أو تنظيم توفير خدمات الرعاية الصحية للمشاركين في الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو IPA هي جمعية من أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيين تم إنشاؤها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة من أجلك. راجع الفصل 3 من كُتِيب الأعضاء هذا للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق رعايتك وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الاستمرار في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. قد يشمل فريق الرعاية طبيبك أو منسق الرعاية أو الاختصاصيين أو غيرهم من أخصائيي الصحة الذين تختارهم.

منسق الرعاية هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاجها. سُيخصّص لك منسق رعاية عند الاشتراك في خطتنا. يقوم هذا الشخص أيضًا بإحالتك إلى موارد مجتمع محلي أخرى قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق رعايتك للمساعدة في تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات حول منسق الرعاية الخاص بك وفريق رعايتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق رعايتك معك لوضع خطة رعاية. توضح خطة الرعاية لك ولأطباءك الخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. ويشمل ذلك خدماتك الطبية وخدمات الصحة السلوكية و LTSS أو غيرها من الخدمات.

تتضمن خطة رعايتك ما يلي:

- أهداف رعايتك الصحية، و
 - جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاجها.
- يجتمع فريق رعايتك معك بعد HRA الخاص بك. وسيسألونك عن الخدمات التي تحتاجها. ويوضح لك أيضًا الخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم وضع خطة رعايتك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. سيعمل فريق رعايتك الصحية معك لتحديث خطة رعايتك الصحية على الأقل مرة في كل عام.

H. ملخص التكاليف المهمة

قد تشمل تكاليفك ما يلي:

- مبلغ خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare (القسم H1)

في بعض الحالات، قد يكون قسط تأمين خطتك أقل.

H1. مبلغ الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare

إذا كنت مشتركًا في خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare، فستحصل على فاتورة من خطتك مقابل أدويةك (بدلاً من الدفع للصيدلية). تعتمد فاتورتك الشهرية على ما تدين به مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها، بالإضافة إلى رصيد شهرتك السابق، مقسومة على عدد الأشهر المتبقية في العام.

يوضح الفصل 2 المزيد حول خطة الدفع المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare. إذا كنت لا توافق على المبلغ الوارد في الفاتورة كجزء من خيار الدفع هذا، يمكنك اتباع الخطوات الواردة في **الفصل 9** لتقديم شكوى أو طعن.

أ. كُتِيب الأعضاء هذا:

يُعد كُتِيب الأعضاء هذا جزءًا من عقدنا معك. يعني ذلك أننا يجب علينا اتباع جميع القواعد الواردة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد أننا قمنا بشيء يتعارض مع هذه القواعد، فقد تكون لديك القدرة على تقديم طعن على قرارنا. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء هذا أو اتصل برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب كُتِيب الأعضاء عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الرجوع إلى كُتِيب الأعضاء الموجود على موقعنا الإلكتروني من خلال عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.

يسري العقد في الشهور التي تكون فيها مشتركًا في خطتنا في الفترة ما بين 1 يناير 2027 إلى 31 ديسمبر 2027.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

ل. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قبلنا

تتضمن المعلومات المهمة الأخرى التي نقدمها لك بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى دليل موفري الرعاية والصيديات، وقائمة الأدوية الخاضعة للتغطية، والمعروفة أيضًا باسم قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات.

1. بطاقة مُعرّف عضويتك

وفقًا لخطينا، ستلقى بطاقة واحدة لخدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، وخدمات صحة سلوكية معينة، والوصفات الطبية. يجب عليك إظهار هذه البطاقة عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي نموذج لبطاقة مُعرّف العضوية:

In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Customer Service: (800) 555-5555 (TTY: 711) Pharmacy Help Desk: (800) 555-5555 NurseHelp 24/7: (800) 555-5555 Transportation: (800) 555-5555 Website: blueshieldca.com/medicare Send Medical Claims to: Blue Shield of California PO Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Send Rx Claims to: Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon, San Juan, PR 00909-4830		Member ID: <Cardholder ID#> Medi-Cal ID: <Medi-Cal ID#> Member Name: <Member Name Line 1> <Member Name Line 2> Care Coordinator Phone: <CC Phone> PCP: <Provider Name> PCP Phone: <PCP Phone> <Medical Group Name> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist: \$0 ER: \$0 Rx: \$0 RxBIN: 026696 RxPCN: 779993322 H2819-001	
---	--	---	--

إذا تعرضت بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك للتلف أو الضياع أو السرقة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة على الفور. سترسل لك بطاقة جديدة.

طالما أنك عضو في خطتنا، فلن تحتاج إلى استخدام بطاقة برنامج Medicare الحمراء أو البيضاء أو الزرقاء، أو بطاقة برنامج Medi-Cal للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بتلك البطاقات في مكان آمن، فقد تحتاج إليها مرة أخرى. إذا قمت بإظهار بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك، فقد يقوم موفر الرعاية بإرسال فاتورة إلى برنامج Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تتلقى فاتورة. قد يُطلب منك إظهار بطاقة برنامج Medicare الخاصة بك إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات رعاية الأمراض العضال أو المشاركة في دراسات بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare (وتسمى أيضًا التجارب السريرية). راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة من موفر رعاية.

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

- الوصفات الطبية الخاضعة للتغطية فقط من خلال Medi-Cal Rx.
- خدمات طب الأسنان الخاضعة للتغطية فقط من خلال برنامج Medi-Cal Dental.
- خدمات الدعم المنزلية (In-Home Supportive Service, IHSS).
- برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP).
- خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

J2. دليل موفري الرعاية والصيديات

يسرد دليل موفري الرعاية والصيديات موفري الرعاية والصيديات ضمن شبكة خطتنا. أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك التعامل مع موفري الرعاية التابعين للشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية.

يمكنك طلب دليل موفري الرعاية والصيديات (إلكترونيًا أو في نسخة مطبوعة) عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. سيتم إرسال طلبات الحصول على نسخة مطبوعة من أدلة موفري الرعاية والصيديات إليك بالبريد خلال ثلاثة أيام عمل.

يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل موفري الرعاية والصيديات من خلال عنوان الموقع الإلكتروني الموجود أسفل الصفحة.

يسرد دليل موفري الرعاية والصيديات قائمة بأخصائيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء وممارسي التمريض والأخصائيين النفسيين)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات) وموفري الدعم (مثل موفري الرعاية الصحية النهارية للكبار وموفري الرعاية الصحية في المنزل) والتي يمكنك الاطلاع عليها كعضو في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal. ندرج في هذا الدليل الصيدليات التي يمكنك أن تتعامل معها للحصول على أدويةك المقررة بوصفة طبية. يوفر الدليل أيضًا بعض المعلومات حول ما يلي:

- عندما تكون هناك حاجة إلى إحالات لزيارة موفري رعاية آخرين أو اختصاصيين أو مرافق، و
- كيفية اختيار الطبيب، و
- كيفية تغيير طبيبك، و
- كيفية العثور على الأطباء أو الاختصاصيين أو الصيدليات أو المرافق في منطقتك و/أو المجموعة الطبية/IPA، و
- كيفية الوصول إلى الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، وخدمات الدعم المنزلية (IHSS) أو برامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)، و
- معلومات حول كيفية الوصول إلى الصيدليات التي توفر خدمات توصيل الأدوية إلى المنزل، أو خدمات الحقن في المنزل، أو خدمات الصيدليات الخاصة بالرعاية طويلة الأجل.

تعريف موفري الرعاية التابعين للشبكة

- يشمل موفرو الرعاية التابعين للشبكة:
 - الأطباء والمرضى وأخصائيي رعاية صحية آخرين، ويمكنك الاستعانة بهم باعتبارك عضوًا في خطتنا؛
 - العيادات والمستشفيات ومراكز التمريض والأماكن الأخرى التي تقدم خدمات صحية في خطتنا؛ و
 - يتضمن ذلك أيضًا LTSS، وخدمات الصحة السلوكية، ومؤسسات خدمات الصحة المنزلية، ومزودي الأجهزة الطبية المعوّدة (DME) وغيرها من الجهات التي تقدم المنتجات والخدمات التي تحصل عليها من خلال برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.

وافق موفرو الرعاية التابعون للشبكة على قبول سداد المدفوعات من خطتنا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية دفعة كاملة.



تعريف الصيدليات التابعة للشبكة

- الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل موفري الرعاية والصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب في التعامل معها.
 - باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف الوصفات الطبية من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا إذا كنت ترغب في أن تساعدك خطتنا في الدفع لها.
- لمزيد من المعلومات اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. ويمكن أن يوفر لك كل من قسم خدمات العملاء والموقع الإلكتروني أحدث المعلومات عن التغييرات الطارئة على موفري الرعاية والصيدليات ضمن شبكتنا.

J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

تتضمن خطتنا قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونطلق عليها اسم قائمة الأدوية اختصارًا. وتسرد لك الأدوية التي تغطيها خطتنا. يتم اختيار الأدوية الواردة في هذه القائمة من قبل خطتنا بمساعدة الأطباء والصيدلة. يجب أن تستوفي قائمة الأدوية متطلبات برنامج Medicare. ستدرج الأدوية ذات الأسعار التفاوضية بموجب برنامج مفاوضات أسعار أدوية برنامج Medicare ضمن قائمة الأدوية الخاصة بك، ما لم تُسحب أو تُستبدل كما هو موضح في القسم E بالفصل 5. وقد اعتمد برنامج Medicare على قائمة الأدوية الخاصة بخطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal.

توضح لك قائمة الأدوية أيضًا ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، من قبيل وجود حد أقصى للكمية التي يمكنك الحصول عليها. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات.

في كل عام، سوف نرسل لك معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، ولكن قد تطرأ بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية الخاضعة للتغطية، اتصل بخدمة العملاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني من خلال العنوان الموجود في أسفل الصفحة.

J4. شرح الاستحقاقات

عندما تستفيد من استحقاقات الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare، نرسل إليك ملخصًا لمساعدتك على فهم وتتبع مدفوعات الأدوية الطبية من القسم D من Medicare. يُسمى هذا الملخص شرح الاستحقاقات (Explanation of Benefits, EOB).

يوضح لك EOB إجمالي المبلغ الذي دفعته أنت، أو دفعه آخرون نيابةً عنك، مقابل أدوية القسم D في برنامج Medicare التي تتناولها، وإجمالي المبلغ الذي دفعناه نحن مقابل كل دواء من أدوية القسم D في برنامج Medicare التي تتناولها خلال الشهر. لا يُعد EOB فاتورة. يتضمن EOB مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. سوف تجد في الفصل 6 من كتيب الأعضاء المزيد من المعلومات حول EOB وكيف يساعدك على تتبع تغطية الأدوية الخاصة بك.

يمكنك طلب نسخة من EOB. للحصول على نسخة اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.



K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا

يمكنك تحديث سجل عضويتك عن طريق إخبارنا عندما تتغير معلوماتك.

نحن بحاجة إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيدال وموفرو الرعاية الآخرين في شبكة خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المغطاة ومبالغ المشاركة في تحمل التكاليف الخاصة بك. ولأجل ذلك، من المهم جدًا مساعدتنا في تحديث معلوماتك باستمرار.

أخبرنا على الفور عما يلي:

- إذا طرأ أي تغيير على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- إذا طرأ أي تغيير على أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل التغطية التي يوفرها صاحب العمل أو صاحب عمل زوجتك/زوجك، أو صاحب عمل رفيقتك الشخصية/رفيقتك الشخصي أو تعويضات العاملين.
- إذا كانت لديك أي دعاوى بخصوص المسؤوليات القانونية، مثل الدعاوى الخاصة بحوادث السيارات؛
- الدخول إلى مركز خدمات التمريض أو مستشفى؛
- إذا حصلت على رعاية في مستشفى أو غرفة طوارئ؛
- إذا تم تغيير مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي مسؤول آخر عنك)؛ و
- إذا اشتركت في دراسة بحثية سريرية. (ملاحظة: ليس مطلوبًا منك أن تخبرنا عن دراسة بحثية سريرية تنوي المشاركة فيها، ولكننا نشجعك على القيام بذلك.)

إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (personal health information, PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل عضويتك معلومات صحية شخصية (PHI). تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن نحافظ على خصوصية معلومات PHI الخاصة بك. كيف نحمي PHI الخاصة بك. لمزيد من التفاصيل حول كيفية حماية PHI الخاصة بك، راجع الفصل 8 من كتيب الأعضاء هذا.



الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد الهامة

مقدمة

يوفر لك هذا الفصل معلومات الاتصال للموارد المهمة التي يمكن أن تساعدك في الإجابة على أسئلتك حول خططنا ومزايا الرعاية الصحية الخاصة بك. يمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك والآخرين للدفاع نيابة عنك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

23.....	A. خدمة العملاء
26.....	B. منسق الرعاية الخاص بك.....
28.....	C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)
29.....	D. خط الاستشارات التمريضية
30.....	E. خط أزمة الصحة السلوكية.....
31.....	F. منظمة تحسين الجودة (QIO).....
32.....	G. برنامج Medicare.....
34.....	H. برنامج Medi-Cal.....
35.....	I. مكتب التظلمات للرعاية المُدارة والصحة العقلية ببرنامج Medi-Cal.....
36.....	J. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة.....
38.....	K. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة.....
39.....	L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.....
40.....	M. تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (Health Consumer Alliance, HCA).....
40.....	N. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية.....
40.....	N1. برنامج Extra Help من Medicare.....
41.....	N2. برنامج المساعدة في علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS Drug Assistance Program, ADAP).....
41.....	N3. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare.....
42.....	O. الضمان الاجتماعي.....

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- 43.....P. مجلس تقاعد السكك الحديدية (Railroad Retirement Board, RRB)
- 44.....Q. برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsperson
- 45.....R. Medi-Cal Dental



A. خدمة العملاء

نوع الاتصال	اتصال هاتفي
1-800-452-4413 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.	من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. توفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدثون باللغة الإنجليزية.
TTY	711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
	هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
	من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.
مراسلة كتابية	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
الموقع الإلكتروني	blueshieldca.com/medicare

اتصل بخدمة العملاء للحصول على المساعدة بشأن:

- الاستفسارات بخصوص الخطة
- الاستفسارات المتعلقة بالمطالبات أو الفواتير
- قرارات بيان المزايا المغطاة الخاصة برعايتك الصحية
 - قرار بيان المزايا المغطاة المتعلقة برعايتك الصحية هو قرار بخصوص:
 - المزايا والخدمات الخاضعة للتغطية التي تحصل عليها، أو
 - القيمة التي سندفعها مقابل خدماتك الصحية.
 - اتصل بنا إذا كانت لديك استفسارات حول قرار بيان المزايا المغطاة المتعلقة برعايتك الصحية.
 - لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء هذا.
- الطعون المتعلقة برعايتك الصحية
 - إن تقديم طعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة القرار الذي اتخذناه بشأن التغطية المخصصة لك ولمطالبتنا بتغييره إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا أو أنك لا توافق على القرار.
 - لمعرفة المزيد حول الطعون، راجع **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء هذا أو اتصل بخدمة العملاء.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



• الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية

- يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي موفر رعاية (بما في ذلك موفرو الرعاية غير التابعين أو التابعين للشبكة). إن موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر رعاية يعمل مع خطتنا. كما يمكنك أن تقدم شكوى إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO) بخصوص جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع القسم F).
- يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك من خلال الاتصال على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413
- إذا كانت شكواك بخصوص أحد قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة برعايتك الصحية، يمكنك تقديم طعن (راجع القسم أعلاه).
- يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام نموذج متوفر على الإنترنت عبر الرابط www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
- يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Ombudsperson (أمين المظالم) في Medicare Medi-Cal عن طريق الاتصال برقم 1-855-501-3077.
- للتعرف على المزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الصحية، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.

• قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بأدويتك

- قرار بيان المزايا المغطاة المتعلق بأدويتك هو قرار بخصوص:
 - المزايا التي تحصل عليها والأدوية الخاضعة للتغطية، أو
 - القيمة التي سندفعها مقابل أدويتك.
- قد تتم تغطية الأدوية غير الخاضعة للتغطية ببرنامج Medicare، مثل الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (over-the-counter, OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 1-800-977-2273.
- لمعرفة المزيد عن قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية الخاصة بك، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.

• تقديم الطعون بخصوص أدويتك

- تقديم الطعن هو طريقة لكي تطلب منا تغيير قرار بيان المزايا المغطاة.
- لمعرفة المزيد حول تقديم طعن بشأن الأدوية الخاصة بك، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.



- تقديم الشكاوى بخصوص أدويةك
 - يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي صيدلية. يتضمن ذلك الشكاوى المتعلقة بأدويةك.
 - إذا كانت الشكاوى بخصوص أحد قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية، يمكنك تقديم طعن. (راجع القسم أعلاه.)
 - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام نموذج متوفر على الإنترنت عبر الرابط www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
 - لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بشأن الأدوية الخاصة بك، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا.
- الدفع مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
 - لمعرفة المزيد عن كيفية طلب رد الدفع لك، أو دفع فاتورة قد تلقيتها، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء هذا.
 - إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك، يمكنك الطعن في قرارنا. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا.



B. منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك في الوصول إلى مزايا وخدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. سيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق رعايتك، وسيكون بمثابة جهة الاتصال الأساسية لك. عند الاشتراك، سيتصل بك منسق الرعاية لإكمال تقييم المخاطر الصحية وخطة الرعاية الفردية. هذه هي الأدوات التي سيستخدمها منسق الرعاية الخاص بك للمساعدة في تحديد احتياجات رعايتك الصحية وتخصيصها لتناسبك. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو تغييره بالاتصال بالرقم أدناه.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي

1-888-548-5765. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل الصوتي عن طريق الاتصال بخدمة العملاء. توفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدثون باللغة الإنجليزية.

TTY

711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.

مراسلة كتابية

Blue Shield of California
ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team
3840 Kilroy Airport Way
Long Beach, CA 90806

اتصل بمنسق رعايتك للحصول على المساعدة فيما يتعلق بما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة برعايتك الصحية
- الاستفسارات المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)
- الاستفسارات بخصوص مزايا طب الأسنان
- الاستفسارات بخصوص خدمات النقل إلى المواعيد الطبية
- الاستفسارات المتعلقة بالخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، بما في ذلك الخدمات المجتمعية للكبار (Community-Based Adult Services, CBAS) ومرافق التمريض (Nursing Facilities, NF)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)
- الرعاية التمريضية المتخصصة
- العلاج البدني
- العلاج المهني
- علاج التخاطب
- الخدمات الطبية الاجتماعية
- الرعاية الصحية المنزلية
- خدمات الدعم المنزلية (IHSS) من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك
- في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجاتك المعيشية اليومية.

اعتمادًا على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، قد تتلقى أيضًا دعمًا مجتمعيًا إضافيًا من خلال خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal الخاصة بك. يمكن لموفر رعايتك إحالتك إذا كان يعتقد أنك مؤهل للحصول على خدمات الدعم المجتمعي أو يمكنك التواصل مع خدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك لمعرفة المزيد. قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- وسائل تكيف الإمكانات البيئية (التعديلات المنزلية)
- خدمات التوجيه لانتقال السكن
- ودائع الإسكان
- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا
- خدمات العناية الشخصية والمنزلية
- رعاية التعافي (الرعاية الطبية المؤقتة)
- استراحة مقدمي الرعاية
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى، أو
- مراكز تحسين الوعي



C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)

برنامج المساعدة للتأمين الصحي التابع للولاية (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) هو برنامج حكومي مع مستشارين مدربين في كل ولاية يقدم مساعدة ومعلومات وإجابات مجانية على أسئلتك حول برنامج Medicare. في كاليفورنيا، يُطلق على SHIP اسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري HICAP أن يردوا على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. ويتوفر لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يُقدّم الخدمات مجانًا.

إن HICAP عبارة عن برنامج ولاية مستقل (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على المال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تأمين صحي محلية مجانية للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare.

نوع الاتصال	
اتصال هاتفي	1-800-434-0222 من الساعة 9:00 ص إلى الساعة 4:00 م، من الاثنين إلى الجمعة
TTY	711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طباعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	California Department of Aging 1300 National Drive Suite 200 Sacramento, CA 95834-1992
الموقع الإلكتروني	https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/

اتصل ببرنامج HICAP للمساعدة بشأن:

- الاستفسارات بخصوص برنامج Medicare
- يمكن لمستشاري HICAP الرد على استفساراتك بشأن التغيير لخطة جديدة، ومساعدتك فيما يلي:
 - معرفة حقوقك،
 - معرفة اختيارات خطتك،
 - الإجابة على الأسئلة حول تبديل الخطط،
 - تقديم شكاوي بشأن الرعاية الطبية أو العلاج الذي تتلقاه، و
 - المساعدة في حل مشكلات الفواتير أو المطالبات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

D. خط الاستشارات التمريضية

يقدم خط الاستشارات التمريضية التابع إلى Blue Shield of California الدعم من خلال الممرضات المسجلات المتوافرات للإجابة على الأسئلة على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. الممرضات متاحات عبر الهاتف للرد على أسئلة الصحة العامة وتقديم التوجيهات إلى الموارد الإضافية لمزيد من المعلومات. من خلال خط اتصال الاستشارات التمريضية، يمكن للأعضاء تلقي ملخص للمحادثة عبر البريد الإلكتروني يتضمن جميع المعلومات والروابط لسهولة الرجوع إليها. يمكنك الاتصال بخط الاستشارات التمريضية بخصوص أي أسئلة لديك حول صحتك أو الرعاية الصحية.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي

1-877-304-0504. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.

نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدثون باللغة الإنجليزية.

TTY

711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



E. خط أزمة الصحة السلوكية

خط هاتفي متاح على مدار 24 ساعة لتقديم الدعم الفوري للأشخاص الذين يمرون بأزمة تتعلق بالصحة العقلية أو تعاطي المخدرات. ويمكن للمستشارين المدربين تقييم الحالة، وتوفير التدخل في الأزمات، وربط المتصلين بالخدمات المناسبة، والمساعدة في تنسيق المساعدة الطارئة عند الحاجة.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي

خط الوصول والأزمات في مقاطعة لوس أنجلوس

1-800-854-7771 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع

نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدثون باللغة الإنجليزية.

خط الوصول والأزمات في مقاطعة سان دييغو

1-800-724-7240. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع

نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدثون باللغة الإنجليزية.

TTY

711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع

اتصل بخط الأزمات للصحة السلوكية للمساعدة في:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وخدمات علاج إدمان المخدرات

الاستفسارات حول خدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، راجع القسم K.



F. منظمة تحسين الجودة (QIO)

توجد بولايتنا منظمة تُسمى Commence Health. وهي تضم مجموعة من أطباء وأخصائيي رعاية صحية آخرين يساعدون في تحسين جودة الرعاية الصحية للأشخاص المستفيدين من برنامج Medicare. إن Commence Health منظمة مستقلة. ولا تتبع خطتنا.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي	1-877-588-1123
TTY	711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	Commence Health BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	commencehealthqio.cms.gov

تواصل مع Commence Health للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- تقديم شكوى بشأن الرعاية التي تلقيتها إذا:
 - واجهتك مشكلة في جودة الرعاية مثل الحصول على الدواء الخطأ أو الاختبارات أو الإجراءات غير الضرورية أو التشخيص الخاطئ،
 - كنت تعتقد أن الإقامة في المستشفى ستنتهي قبل الموعد المفترض، أو
 - تعتقد أن الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو الخدمات في مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF) ستنتهي قبل موعدها المفترض.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



G. برنامج Medicare

برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص البالغين أقل من 65 عامًا من أصحاب الإعاقات، والأشخاص الذين يعانون من الفشل الكلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي النهائي الذي يتطلب غسيل الكلى أو عملية زراعة كلى).

الهيئة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid، أو اختصارًا (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS). تتعاقد هذه الوكالة مع منظمات Medicare Advantage بما في ذلك خطتنا.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
المحادثة المباشرة	يمكنك التحدث مباشرة عبر الرابط www.Medicare.gov/talk-to-someone
مراسلة كتابية	مراسلة برنامج Medicare على العنوان PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

نوع الاتصال

الموقع الإلكتروني

www.medicare.gov

- احصل على معلومات حول الخطط الصحية وخطط الأدوية التابعة لـ Medicare في منطقتك، بما في ذلك تكلفتها والخدمات التي تقدمها.
- ابحث عن الأطباء المشاركين في برنامج Medicare أو موفري الرعاية الصحية الآخرين والموردين.
- اكتشف ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات أو الجرعات أو الأمصال وزيارات "العافية" السنوية).
- احصل على معلومات ونماذج طعون برنامج Medicare.
- احصل على معلومات حول جودة الرعاية المقدمة من الخطط ودور التمريض والمستشفيات والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومراكز رعاية الأمراض العضال ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ومستشفيات الرعاية طويلة الأجل.
- ابحث عن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة.

لتقديم شكوى إلى برنامج Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/my/medicare-complaint. يتعامل برنامج Medicare مع ما تقدمه من شكوى باهتمام وسوف يستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة خدمات Medicare.



H. برنامج Medi-Cal

برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid في كاليفورنيا. هو برنامج التأمين الصحي العام الذي يوفر خدمات الرعاية الصحية اللازمة للأفراد ذوي الدخل المنخفض، بما في ذلك الأسر التي لديها أطفال، وكبار السن، والأشخاص ذوي الإعاقة، والأطفال والشباب في الرعاية البديلة، والنساء الحوامل. يتم تمويل برنامج Medi-Cal من أموال الحكومة الفيدرالية والولاية.

تشمل مزايا برنامج Medi-Cal الخدمات الطبية وطب الأسنان والصحة السلوكية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل.

أنت مشترك في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كانت لديك أسئلة حول مزايا برنامج Medi-Cal، يرجى الاتصال بمنسق الرعاية لخطتك. إذا كانت لديك أي أسئلة حول الاشتراك في خطة برنامج Medi-Cal، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية.

نوع الاتصال

1-800-430-4263	اتصال هاتفي
من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م.	
1-800-430-7077	TTY
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.	
CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850	مراسلة كتابية
www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/	الموقع الإلكتروني

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

أ. مكتب التظلمات للرعاية المُدارة والصحة العقلية ببرنامج Medi-Cal

يساعد مكتب التظلمات في حل المشكلات من وجهة نظر محايدة لضمان تلقي أعضائنا جميع الخدمات المغطاة الضرورية طبيًا. وسيستمعون إلى أسئلتك ويجيبون عليها ويحللون حالتك ويشرحون السياسات والإجراءات ويقدمون المعلومات والمشورة والخيارات ويقترحون الاحالات المناسبة. إن وظيفتهم هي المساعدة في تطوير حلول عادلة لمشاكل الوصول إلى الرعاية الصحية. إنهم لا يرتبطون بخططنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ويقدمون خدماتهم مجانًا.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي

1-888-452-8609

من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً.

TTY

1-800-430-7077

هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

مراسلة كتابية

CA Department of Health Care Services
Health Care Options
P.O. Box 989009
West Sacramento, CA 95798-9850

البريد الإلكتروني

MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov

الموقع الإلكتروني

www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ل. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن خدمات الدعم المنزلية (In-Home Supportive Services, IHSS)، أو تحديث معلومات برنامج Medi-Cal الخاصة بك، أو مزاياء الأهلية والتجديد لبرنامج Medi-Cal، فاتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في مقاطعة لوس أنجلوس أو سان دييغو.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك لتقديم طلب للحصول على خدمات الدعم المنزلية، والتي ستساعدك في دفع تكاليف الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. قد تشمل أنواع الخدمات المساعدة في إعداد وجبات الطعام، أو الاستحمام، أو ارتداء الملابس، أو غسل الملابس، أو التسوق، أو النقل.

اتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية في مقاطعتك إذا كانت لديك أي أسئلة حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal.

نوع الاتصال

اتصال هاتفي

1-866-613-3777. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
تمتلك إدارة الخدمات الاجتماعية العامة في مقاطعة لوس أنجلوس مركزًا واحدًا لخدمة العملاء (Customer Service Center, CSC) يقدم الخدمات لعدد 33 مكتبًا في المنطقة. وتمتد ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة باستثناء أيام العطلات، من الساعة 7:30 ص إلى الساعة 6:30 م.

TTY

1-877-735-2929
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

مراسلة كتابية

Los Angeles County Department of Public Social Services
2855 E. Olympic Blvd.
Los Angeles, CA 90023

الموقع الإلكتروني

<https://dpss.lacounty.gov>

اتصال هاتفي

1-866-262-9881. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
ممثلو مقاطعة سان دييغو للصحة والخدمات الإنسانية متاحون من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.
خط الوصول للخدمة الذاتية متاح 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.
يجب على المتصلين إدخال رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) الخاص بهم لاستخدام النظام.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



1-619-589-4459 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.	نوع الاتصال TTY
County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186	مراسلة كتابية
https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html	الموقع الإلكتروني



K. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة

تتاح لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة وخدمات اضطراب تعاطي المخدرات من برنامج Medi-Cal عبر المقاطعة إذا استوفيت المعايير المطلوبة.

مقاطعة لوس أنجلوس 1-800-854-7771. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدثون باللغة الإنجليزية. مقاطعة سان دييغو 1-888-724-7240. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع	اتصال هاتفي
711. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع.	TTY

اتصل بوكالة الصحة السلوكية التابعة للمقاطعة للمساعدة في:

- الاستفسارات التي تتعلق بخدمات الصحة العقلية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة
- الاستفسارات التي تقدمها المقاطعة بشأن خدمات اضطراب تعاطي المخدرات
- خدمات الصحة العقلية المتخصصة بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر:
 - خدمة الصحة العقلية في العيادات الخارجية
 - العلاج اليومي
 - التدخل في الأزمات وتحقيق الاستقرار
 - إدارة الحالات المستهدفة
 - العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
 - العلاج في العيادات الداخلية للأزمات

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة (Department of Managed Health Care, DMHC) بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم الخطط الصحية. يمكن أن يساعدك مركز مساعدة DMHC في الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal.

نوع الاتصال

1-888-466-2219	اتصال هاتفي
ممثلو DMHC متاحون بين الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م، من الاثنين إلى الجمعة.	
1-877-688-9891	TDD
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.	
Help Center California Department of Managed Health Care 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725	مراسلة كتابية
916-255-5241	الفاكس
www.dmhca.gov	الموقع الإلكتروني

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

M. تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (Health Consumer Alliance, HCA)

تحالف مستهلكي الخدمات الصحية (Health Consumer Alliance, HCA) هو شراكة على مستوى الولاية تقدم مساعدات قانونية مجانية عبر الإنترنت، أو عن طريق الهاتف، أو حضورياً؛ لمساعدة سكان ولاية كاليفورنيا الذين يواجهون صعوبات في الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها، ولدعمهم في حل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية. لمعرفة المزيد حول HCA أو للحصول على مساعدة ممكنة، اتصل على رقم 1-888-804-3536 أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.healthconsumer.org/

N. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية

موقع برنامج Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) يوفر معلومات حول كيفية خفض تكاليف أدويةك. بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المحدود، هناك أيضاً برامج أخرى للمساعدة، كما هو موضح أدناه.

N1. برنامج Extra Help من Medicare

نظراً لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فأنت مؤهل للاستفادة من برنامج "Extra Help" من Medicare وتحصل عليه لدفع تكاليف خطة الأدوية الخاصة بك. لا يتعين عليك فعل أي شيء للحصول على برنامج "Extra Help".

نوع الاتصال

اتصال هاتفي

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)

الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة يومياً، طوال أيام الأسبوع.

TTY

1-877-486-2048. علماً بأن هذه المكالمات مجانية.

هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

الموقع الإلكتروني

www.medicare.gov

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغاً غير صحيح للوصفة الطبية المقررة لك في الصيدلية، فإن خطتنا تتضمن عملية للمساعدة في الحصول على دليل على مبلغ حصة المشاركة في الدفع الصحيح الخاص بك. إذا كان لديك بالفعل دليل على المبلغ الصحيح، يمكننا مساعدتك في مشاركة هذه الأدلة معنا.

- يمكنك الاتصال بخدمة العملاء، وإعلامهم بأنك تدفع مبلغاً كبيراً جداً مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية وتزويدهم بمعلومات برنامج Medi-Cal الخاصة بك. سيتم اعتبار أهليتك لبرنامج Medi-Cal أفضل دليل متاح لتحديث برنامج Extra Help الخاص بك وخفض حصة المشاركة في الدفع للوصفة الطبية الخاصة بك إذا أمكن. إن خفض حصة المشاركة في الدفع للأدوية المقررة بوصفة طبية غير مضمون.
- عندما نحصل على الدليل الذي يوضح مستوى حصة المشاركة في الدفع المناسب، سنقوم بتحديث نظامنا حتى تتمكن من دفع مبلغ حصة المشاركة في الدفع المناسب عندما تحصل على الوصفة الطبية التالية لك. في حالة دفع مبلغ زائدة عن حصة المشاركة في الدفع الخاصة بك، سنردها إليك إما بموجب شيك أو على شكل رصيد حصة المشاركة في الدفع المستقبلية. إذا لم تُحصل الصيدلية حصة المشاركة في الدفع الخاصة بك وكنت مدينًا لها، فقد

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

ندفع مباشرة إلى الصيدلية. إذا دفعت الولاية نيابةً عنك، فقد ندفع مباشرةً إلى الولاية. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة إذا كانت لديك أسئلة.

N2. برنامج المساعدة في علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

يساعد ADAP الأشخاص المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (Human immunodeficiency virus, HIV)/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) في الحصول على أدوية فيروس HIV المنقذة للحياة. أدوية القسم D في برنامج Medicare الموجودة أيضًا في كتيب وصفات ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة في مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف للوصفات الطبية من خلال California ADAP. ملاحظة: للتأهل لبرنامج ADAP في ولايتك، يجب على الأفراد استيفاء معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة HIV، وانخفاض الدخل (وفقًا لتعريف الولاية)، وعدم وجود تأمين صحي أو وجود تأمين غير كاف. إذا قمت بتغيير الخطط، يرجى إبلاغ موظف الاشتراك المحلي في ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات عن معايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية الاشتراك في البرنامج، برجاء التواصل مع ADAP بولاية كاليفورنيا على رقم 1-844-421-7050، من الساعة 8 ص حتى 5 م من الاثنين إلى الجمعة، أو تفضل بزيارة موقعهم الإلكتروني على: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

N3. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare

خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare هي خيار دفع يعمل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك على إدارة التكاليف النثرية للأدوية التي تغطيها خطتنا عن طريق توزيعها عبر العام التقويمي (يناير - ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية برنامج Medicare أو خطة صحية تابعة لبرنامج Medicare ذات تغطية دوائية (مثل Medicare Advantage Plan ذات تغطية دوائية) استخدام خيار الدفع هذا. قد يساعدك خيار الدفع هذا على إدارة نفقاتك، ولكنه لا يوفر لك المال أو يقلل من تكاليف أدويةك. إذا كنت مشتركًا في خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare وكنت لا تزال في نفس الخطة، فلن تحتاج إلى القيام بأي شيء لمواصلة هذا الخيار. إن برنامج "Extra Help" من Medicare والمساعدة من برنامج SPAP وبرنامج ADAP، بالنسبة لأولئك المؤهلين، أكثر فائدة من المشاركة في خيار الدفع هذا، بغض النظر عن مستوى الدخل الخاص بك، ويجب أن تقدم الخطط الخاضعة لتغطية الأدوية خيار الدفع هذا. لمعرفة المزيد حول خيار الدفع هذا، اتصل بخدمة العملاء على رقم الهاتف الموجود أسفل الصفحة أو تفضل بزيارة www.medicare.gov.

O. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي مدى الأهلية لبرنامج Medicare ويتولى إجراءات الاشتراك في برنامج Medicare.

في حالة الانتقال أو تغيير عنوانك البريدي، من المهم أن تتصل بمكتب الضمان الاجتماعي لإعلامهم بذلك.

1-800-772-1213	اتصال هاتفي
علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. متوفر من الساعة 8 ص إلى الساعة 7 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بهم للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة يوميًا.	
1-800-325-0778	TTY
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.	
www.ssa.gov	الموقع الإلكتروني

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

P. مجلس تقاعد السكك الحديدية (Railroad Retirement Board, RRB)

إن مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) عبارة عن وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة للعاملين في السكك الحديدية في البلاد وأسرهم. إذا حصلت على برنامج Medicare من خلال RRB، فأخبرهم في حالة الانتقال أو تغيير عنوانك البريدي. للأسئلة حول المزايا الخاصة بك من RRB، اتصل بالوكالة.

1-877-772-5772 علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. اضغط على "0" للتحدث مع ممثل RRB من الساعة 9 ص حتى 3:30 م، أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن 9 ص حتى 12 م يوم الأربعاء. اضغط على "1" للوصول إلى خط مساعدة RRB الآلي والحصول على معلومات مسجلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.	اتصال هاتفي
1-312-751-4701 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية.	TTY
www.rrb.gov	الموقع الإلكتروني

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

Q. برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsperson

يقدم برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsperson مساعدة مجانية لمساعدة الأشخاص الذين يكافحون من أجل الحصول على التغطية الصحية أو الحفاظ عليها وحل المشكلات المتعلقة بخططهم الصحية.

إذا كانت لديك مشاكل مع:

- برنامج Medi-Cal
- برنامج Medicare
- خطتك الصحية
- الحصول على الخدمات الطبية
- الطعن على رفض الخدمات والأدوية والأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) وخدمات الصحة العقلية وما إلى ذلك.
- الفواتير الطبية
- خدمات الدعم المنزلية (IHSS)

يساعد برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsperson في الشكاوى والطعون وجلسات الاستماع. رقم هاتف برنامج Ombudsperson هو 1-855-501-3077.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

Medi-Cal Dental .R

تتوفر بعض خدمات الأسنان من خلال Medi-Cal Dental؛ بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان، وحشوات سد الشقوق، والعلاجات بالفلورايد؛
- الترميم والتيجان؛
- علاج قناة الجذر؛ و
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، وتعديلها وإصلاحها وإعادة تبطينها

تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال نظام الرسوم مقابل الخدمة (Fee-for-Service, FFS) لدى Medi-Cal Dental والرعاية المدارة للأسنان (Dental MC).

اتصال هاتفي	1-800-322-6384 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal Dental بنظام FFS متاحون لمساعدتك من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة.
TTY	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

بدلاً من برنامج Medi-Cal Dental بنظام الرسوم مقابل الخدمة، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية صحية مُدارة للأسنان. تتوفر خطط الرعاية المدارة للأسنان في مقاطعة لوس أنجلوس. إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول خطط طب الأسنان، أو ترغب في تغيير خطط طب الأسنان، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على رقم 1-800-430-4263 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. تتوفر أيضًا جهات اتصال خطة الرعاية المدارة للأسنان هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا للحصول على رعايتك الصحية والخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال خطتنا. ويخبرك أيضاً عن منسق الرعاية الخاص بك، وكيفية الحصول على الرعاية من تخصصات مختلفة من موفري الرعاية وفي ظل ظروف خاصة معينة (بما في ذلك موفري الرعاية أو الصيدليات غير التابعين للشبكة)، وما ينبغي عليك أن تفعله إذا تم إصدار فاتورة مباشرة لك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية، وقواعد امتلاك الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME). تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية.....	48
B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا.....	48
C. منسق الرعاية الخاص بك.....	50
C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك.....	50
C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.....	50
C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك.....	50
D. الرعاية من موفري الرعاية.....	50
D1. الحصول على رعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP).....	50
D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة.....	52
D3. عندما يترك موفر رعاية تابع للشبكة خطتنا.....	53
D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة.....	54
E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS).....	54
F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وعلاج تعاطي المخدرات).....	56
F1. خدمات الصحة السلوكية من برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا.....	56
G. خدمات النقل.....	59
G1. النقل الطبي في غير الطوارئ.....	59



- 60 G2. النقل غير الطبي
- 61 H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة العاجلة أو خلال الكوارث
- 61 H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية
- 62 H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل
- 63 H3. الرعاية أثناء الكوارث
- 63 I. ماذا يحدث إذا تم تحصيل رسوم منك مباشرة مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية
- 63 I1. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات
- 64 J. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية
- 64 J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية
- 64 J2. الدفع مقابل الخدمات عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية
- 65 J3. المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية
- 65 K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية
- 65 K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية
- 65 K2. الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية
- 66 L. الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME)
- 66 L1. الحصول على DME بصفتك عضوًا في خطتنا
- 66 L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare
- 67 L3. مزايا معدات الأكسجين لك بصفتك عضوًا في خطتنا
- 67 L4. ويحق لك الحصول على معدات الأكسجين من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى



A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية

الخدمات هي الرعاية الطبية، والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، والمستلزمات، وخدمات الصحة السلوكية، والأدوية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية، والمعدات والخدمات الأخرى. **الخدمات الخاضعة للتغطية** هي أي من الخدمات التي تدفع الخطة مقابلها لها. الرعاية الصحية المغطاة، والصحة السلوكية، و LTSS متوفرة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا. الخدمات الخاضعة للتغطية للوصفات الطبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية متوفرة في **الفصل 5** من كتيب الأعضاء هذا.

موفرو الرعاية هم الأطباء والمرضى وغيرهم ممن يقدمون لك الخدمات والرعاية ويكونون مرخصين من قبل الولاية. ويشير مصطلح موفري الرعاية كذلك إلى المستشفيات، وهيئات خدمات الصحة المنزلية، والعيادات، والأماكن الأخرى التي توفر خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والمعدات الطبية، وعدد معين من LTSS.

موفرو الرعاية التابعون للشبكة هم موفرو الرعاية الذين يعملون مع خطتنا. ويوافق موفرو الرعاية هؤلاء على قبول سداد دفعتنا كدفعة كاملة. ويرسل موفرو الرعاية التابعون للشبكة الفواتير لنا مباشرة عن الرعاية التي قدموها لك. ومن ثم عندما تذهب إلى موفر رعاية تابع للشبكة، فعادة لا تدفع أي مبالغ نظير الخدمات الخاضعة للتغطية.

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا

تغطي خطتنا جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، ومعظم خدمات برنامج Medi-Cal. وهذا يشمل بعض خدمات الصحة السلوكية و LTSS.

بصفة عامة، ستدفع خطتنا تكلفة خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية و العديد من LTSS التي تحصل عليها إذا التزمت بقواعد الخطة. لتكون مشمولاً بالتغطية في خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها مدرجة في جدول المزايا الطبية لدينا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.
- ويجب أن تكون الرعاية **ضرورية من الناحية الطبية**. حسب الضرورة الطبية، نحن نقصد الخدمات المعقولة والضرورية لتشخيص حالتك الطبية وعلاجها. هناك حاجة إلى الرعاية الطبية اللازمة لحماية الأفراد من الإصابة بمرض خطير أو الإصابة بالإعاقة وتقليل الألم الشديد عن طريق علاج المرض أو الداء أو الإصابة.
- بالنسبة للخدمات الطبية، يجب أن تستعين بموفر رعاية أولية (Primary Care Provider, PCP) تابع للشبكة لتقديم رعايتك والإشراف عليها. بصفقتك عضواً في الخطة، يجب عليك اختيار موفر رعاية تابع للشبكة ليكون PCP الخاص بك (انتقل إلى **القسم D1** لمزيد من المعلومات).
- في معظم الحالات، يجب على خطتنا أن تعطيك موافقة مسبقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بموفر رعاية غير PCP الخاص بك أو الاستعانة بموفري رعاية آخرين داخل شبكة خطتنا. ويُسمى هذا **إحالة**. وإذا لم تحصل على موافقة منا؛ فقد لا نغطي هذه الخدمة.
- إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخطتنا تابعون لمجموعات طبية معينة. عند اختيارك PCP الخاص بك، فإنك تختار أيضاً المجموعة الطبية التابع لها. وهذا يعني أن PCP الخاص بك سيحيلك إلى الاختصاصيين وإلى الخدمات التابعة أيضاً لمجموعتهم الطبية. المجموعة الطبية عبارة عن جمعية من أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيين التي تم إنشاؤها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة لك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- لا تحتاج إلى إحالات من PCP الخاص بك للحصول على رعاية الطوارئ أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل، أو الاستعانة بموفر رعاية صحية للمرأة، أو أي خدمات أخرى مدرجة في القسم D1.
- **يجب أن تحصل على رعايتك من موفري الرعاية التابعين للشبكة (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم D في هذا الفصل).** عادةً، لن نقوم بتغطية الرعاية من موفر الرعاية الذي لا يعمل مع خطتنا الصحية. وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لموفر الرعاية بالكامل مقابل الخدمات التي تحصل عليها. وإليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طارئة أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفر رعاية غير تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم H).
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية تغطيها خطتنا ولم يتمكن موفرو الرعاية التابعون لشبكتنا من توفيرها، فيمكنك الحصول على الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. يجب الحصول على تصريح من الخطة قبل طلب الرعاية. في هذه الحالة، سنغطي تكلفة الرعاية كما لو كنت حصلت عليها من موفر رعاية تابع للشبكة أو دون أي تكلفة عليك. للحصول على معلومات حول الحصول على موافقة لاستخدام موفر رعاية غير تابع للشبكة، انتقل إلى القسم D4.
 - إذا كنت بحاجة إلى خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا لفترة قصيرة أو عندما يكون موفر الرعاية الخاص بك غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه، يمكنك الحصول على الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة.
 - إذا كنت عضوًا جديدًا في خطتنا، فيمكنك أن تطلب الاستمرار في الاستعانة بموفري الرعاية الحاليين. مع بعض الاستثناءات، يجب علينا الموافقة على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أن لديك علاقة حالية مع موفري الرعاية. راجع الفصل 1 من كتيب الأعضاء هذا. إذا وافقنا على طلبك، فيمكنك الاستمرار في زيارة موفري الرعاية الذين تستعين بهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهرًا للحصول على الخدمات. خلال تلك الفترة، سيتصل بك منسق الرعاية الخاص بك لمساعدتك في العثور على موفري رعاية تابعين لشبكتنا والمنتسبين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. بعد مرور 12 شهرًا، لن نغطي رعايتك إذا واصلت الاستعانة بموفري رعاية غير تابعين لشبكتنا وغير تابعين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.

التغطية الصحية الأخرى: يجب عليك الاستفادة من جميع التغطيات الصحية الأخرى المتاحة لك قبل اللجوء إلى برنامج Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها مشمولة ضمن تغطيتك الصحية الأساسية، وذلك لأن برنامج Medi-Cal هو الحل الأخير لسداد المدفوعات. وهذا يعني أنه في معظم الحالات، سيكون برنامج Medi-Cal هو الجهة الدافعة الثانوية بعد برنامج Medicare، حيث يغطي التكاليف المسموح بها التي لم يدفعها برنامج Medicare أو أي تغطية صحية أخرى، وذلك في حدود المعدل المعتمد لدى برنامج Medi-Cal.

أعضاء جدد في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة تصل إلى شهرين. بعد ذلك، سوف تتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. لن يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بالرقم الموضح في أسفل الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



C. منسق الرعاية الخاص بك

C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك في الوصول إلى مزايا وخدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. سيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق رعايتك، وسيكون بمثابة جهة الاتصال الأساسية لك ومصدر معلوماتك الأساسية. عند الاشتراك، سيتصل بك منسق الرعاية ليقدم نفسه ويساعدك في إكمال تقييم المخاطر الصحية لتحديد احتياجات رعايتك الصحية.

C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال برقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. بمجرد أن تبدأ العمل مع منسق الرعاية، يمكنك أيضًا التواصل معه بالاتصال مباشرة برقم هاتفه.

C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك

لطلب تغيير منسق الرعاية الخاص بك، يمكنك الاتصال على رقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.

D. الرعاية من موفري الرعاية

D1. الحصول على رعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP)

يجب أن تختار PCP لتوفير وإدارة رعايتك. إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخططنا تابعون لمجموعات طبية معينة. عند اختيارك PCP الخاص بك، فإنك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها.

تعريف PCP ومهام PCP تجاهك

إن PCP الخاص بك هو الطبيب الذي يلبي متطلبات الولاية وهو مدرب لتوفير الرعاية الطبية الأساسية لك. يمكن أن يكون PCP طبيب الأسرة أو ممارسًا عامًا أو اختصاصي الطب الباطني أو اختصاصي أمراض النساء والتوليد أو اختصاصي نستعين به عند الطلب. وبالتالي يمكنك اختيار أحد الاختصاصيين ليكون بمثابة PCP الخاص بك إذا وافق هذا الاختصاصي على توفير جميع الخدمات التي يقدمها PCP عادةً. لطلب أن يكون الاختصاصي الخاص بك هو PCP لك، اتصل بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (أرقام الهواتف وساعات العمل مطبوعة أسفل هذه الصفحة). ويمكن أن تكون العيادات، مثل المراكز الصحية المؤهلة من الحكومة الفيدرالية (Federally Qualified Health Center, FQHC)، هي PCP كذلك. سوف تحصل على الرعاية الروتينية أو الأساسية من PCP الخاص بك. يمكن أيضًا لـ PCP الخاص بك تنسيق بقية خدمات التغطية التي تحتاج إليها. وتتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:

- الأشعة السينية
- اختبارات المعمل
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء الاختصاصيين
- دخول المستشفيات
- الرعاية في مرحلة المتابعة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخططنا تابعون لمجموعات طبية معينة. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين (Independent Physician Association, IPA) هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع الخطط الصحية لتوفير أو تنظيم توفير خدمات الرعاية الصحية للمشاركين في الخطة الصحية. وبالتالي فإنه عند اختيارك PCP الخاص بك، فإنك بذلك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها. وهذا يعني أن PCP الخاص بك سيحيلك إلى الاختصاصيين وإلى الخدمات التابعة أيضًا لمجموعته الطبية.

في معظم الحالات، يجب الرجوع إلى PCP الخاص بك للحصول على إحالة قبل الذهاب إلى أي من موفري الرعاية الصحية الآخرين أو زيارة أحد الاختصاصيين. بمجرد قيام المجموعة الطبية التابع لها PCP الخاص بك باعتماد هذه الإحالة، فإنه يمكنك تحديد موعد مع الاختصاصي أو مع موفر رعاية آخر لتلقي العلاج الذي تحتاج إليه. سوف يُخبر الاختصاصي PCP الخاص بك عندما تستكمل علاجك أو خدمتك حتى يستطيع PCP الخاص بك الاستمرار في إدارة رعايتك. وللحصول على خدمات معينة، سوف يحتاج PCP الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة، أو، في بعض الحالات، من المجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "تصريح مسبق".

اختيارك لموفر الرعاية الأولية (PCP)

عندما تصبح عضوًا في خطتك، يجب أن تختار موفر الرعاية وفقًا للخطة ليكون PCP لك.

لاختيار PCP، يمكنك:

- استخدام دليل موفري الرعاية والصيديات. البحث في فهرس "أطباء الرعاية الأولية" الموجود في ظهر الدليل للعثور على الطبيب الذي تريده. (الفهرس مرتب أبجديًا بحسب اسم عائلة الطبيب)؛ أو
- تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني blueshieldca.com/find-a-doctor والبحث عن PCP الذي تريده؛ أو
- اتصل بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan للمساعدة (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة أسفل هذه الصفحة).

لمعرفة ما إذا كان موفر الرعاية الصحية الذي تريده متاحًا أو يقبل مرضى جددًا، راجع دليل موفري الرعاية والصيديات المتاح على موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بخدمة العملاء (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة في أسفل هذه الصفحة). إذا كان هناك اختصاصي معين أو مستشفى معينة تريد الاستعانة بهم، فتعرف على ما إذا كانوا تابعين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. يمكنك أن تبحث في دليل موفري الرعاية والصيديات أو أن تطلب من خدمة العملاء معرفة ما إذا كان PCP الذي تريده يقوم بالإحالات إلى هذا الاختصاصي أو يستخدم تلك المستشفى.

خيار تغيير موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك

يمكنك تغيير PCP الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. ومن الممكن أيضًا أن يغادر PCP الخاص بك شبكة خطتنا. فإذا غادر PCP شبكتنا، يمكننا مساعدتك في العثور على PCP جديد من داخل شبكتنا.

يمكنك اتباع الخطوات في قسم "اختيارك لموفر الرعاية الأولية (PCP)" أعلاه لتغييره. تأكد من الاتصال بخدمة العملاء لإعلامهم بأنك تقوم بتغيير موفر PCP الخاص بك (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة في أسفل هذه الصفحة).

وبمجرد أن ترسل الطلب بالتغيير، سيتم تعيين PCP والمجموعة الطبية التي يتبعها في أول يوم من الشهر التالي بعد طلب تغييرك لـ PCP الخاص بك.



يُطَبع اسم موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك ورقم هاتف عيادته على بطاقة عضويتك. إذا غيّر PCP الخاص بك، فسوف تستلم بطاقة عضوية جديدة.

إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخططنا تابعون لمجموعات طبية معينة. إذا قمت بتغيير PCP الخاص بك، فقد تقوم أيضًا بتغيير المجموعات الطبية. عندما تطلب التغيير، أخبر خدمة العملاء إذا كنت تستعين باختصاصي أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية تتطلب أن تحصل على موافقة PCP. تساعدك خدمة العملاء على مواصلة الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى عندما تقوم بتغيير PCP الخاص بك.

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

في معظم الحالات، تحتاج إلى موافقة من PCP الخاص بك قبل التعامل مع موفري الرعاية الآخرين. وتُسمى هذه الموافقة **إحالة**. يمكنك الحصول على خدمات مثل تلك المدرجة أدناه دون الحصول على موافقة من PCP الخاص بك/أو خطتنا أولاً:

- خدمات الطوارئ من موفري رعاية تابعين للشبكة أو من موفري رعاية غير تابعين للشبكة
- الخدمات الخاضعة للتغطية اللازمة بشكل عاجل والتي تتطلب عناية طبية فورية (ولكن ليست حالة طارئة) إذا كنت إما خارج منطقة خدمة خطتنا مؤقتًا، أو إذا كان من غير المعقول، بسبب وقتك ومكانك وظروفك، الحصول على هذه الخدمة من موفري رعاية تابعين للشبكة. ومن أمثلة الخدمات اللازمة على وجه السرعة الأمراض والإصابات غير المتوقعة، أو النوبات المفاجئة للحالات الصحية القائمة. لا تعتبر زيارات موفر الرعاية الروتينية الضرورية طبيبًا (مثل الفحوصات السنوية) مطلوبة بشكل عاجل حتى لو كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكتنا غير متاحة مؤقتًا.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من خلال أحد المراكز المعتمدة من برنامج Medicare لغسيل الكلى عندما تكون خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطّة. إذا اتصلت بخدمة العملاء قبل مغادرة منطقة الخدمة، يمكننا مساعدتك في الحصول على غسيل الكلى وأنت خارج المنطقة.
- جرعات لقاح الإنفلونزا ولقاح COVID-19 بالإضافة إلى لقاحات الالتهاب الكبدي B ولقاحات الالتهاب الرئوي طالما كنت تحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
- الخدمات الروتينية للرعاية الصحية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. يشمل ذلك فحوصات الثدي وصورة الثدي الإشعاعية (الأشعة السينية على الثدي) وفحوصات عنق الرحم وفحوصات الحوض طالما كنت تحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.

بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت عضوًا من الهنود الأمريكيين، فقد تحصل على خدمات خاضعة للتغطية من موفر رعاية صحية هندي من اختيارك، دون الحاجة إلى إحالة من PCP التابع للشبكة أو تصريح مسبق.

D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو لعضو محدد من أعضاء الجسم. هناك أنواع عديدة من الاختصاصيين، مثل:

- اختصاصيو الأورام الذين يقدّمون الرعاية لمرضى السرطان.
- أخصائيو أمراض القلب الذين يقدّمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشاكل في القلب.
- أخصائيو تقويم العظام الذين يقدّمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشاكل في العظام أو المفاصل أو العضلات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

عندما تحتاج إلى رعاية متخصصة أو إلى خدمات إضافية لا يمكن لـ PCP الخاص بك توفيرها، فسوف يقوم بإحالتك. بمجرد قيام المجموعة الطبية التابع لها PCP الخاص بك باعتماد هذه الإحالة، فإنه يمكنك تحديد موعد مع الاختصاصي أو مع موفر رعاية آخر لتلقي العلاج الذي تحتاج إليه. سوف يُخبر الاختصاصي PCP الخاص بك عندما تستكمل الحصول على علاجك أو خدمتك حتى يستطيع PCP الخاص بك الاستمرار في إدارة عملية توفير الرعاية لك.

كما سيحتاج PCP الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة لتتمكن من الحصول على خدمات معينة. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "تصريح مسبق". على سبيل المثال، يلزم الحصول على تصريح مسبق لجميع حالات الإقامة غير الطارئة داخل المستشفى. في بعض الحالات تستطيع المجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك، بدلاً من خطتنا، أن تقوم بعمل تصريح الخدمة لك.

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المسؤول عن إرسال التصاريح المسبقة للخدمات والموافقة عليها، يمكن أن تتصل بالمجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك. يمكنك كذلك الاتصال بخدمة العملاء. لمزيد من المعلومات حول الخدمات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً، يُرجى مراجعة جدول المزايا في القسم D بالفصل 4.

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

- حالة مزمنة (مستمرة)؛
- مرض عقلي أو جسدي يهدد الحياة؛
- مرض تنكسي أو إعاقة.
- أي حالة أو مرض آخر خطير أو معقد بما يكفي ليتطلب العلاج من قبل اختصاصي.

إذا لم تحصل على إحالة مكتوبة عند الحاجة، فقد لا يتم دفع الفاتورة. لمزيد من المعلومات اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

D3. عندما يترك موفر رعاية تابع للشبكة خطتنا

قد يترك موفر الرعاية التابع للشبكة الذي تستعين به خطتنا. إذا ترك أحد موفري الرعاية المخصصين لك خطتنا، فستصبح لديك حقوق وأوجه حماية محددة، والتي أُلحِصت فيما يلي:

حتى إذا تغيرت شبكة موفري الرعاية لدينا خلال العام، يجب أن نمنحك إمكانية الوصول دون انقطاع إلى موفري الرعاية المؤهلين.

- سنخبرك بأن موفر الرعاية الخاص بك سيتترك خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار موفر الرعاية الجديد.
 - إذا ترك موفر الرعاية الأولية أو موفر رعاية الصحة السلوكية الخاص بك خطتنا، فسنخبرك إذا زرت موفر الرعاية هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
 - إذا ترك أي من موفري الرعاية الآخرين خطتنا، فسنخبرك إذا تم تخصيص موفر الرعاية هذا لك، أو تحصل حالياً على الرعاية منه، أو سبق لك زيارته خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك على اختيار موفر رعاية مؤهل جديد تابع للشبكة لمواصلة إدارة احتياجات رعايتك الصحية.



- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع موفر الرعاية الحالي الخاص بك، فيحق لك طلب مواصلة تلقي العلاج أو العلاجات ضرورية من الناحية الطبية من موفر رعاية آخر ضمن شبكتنا. سنعمل معك حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على الرعاية.
- سنقدم لك معلومات حول فترات التسجيل المتاحة والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم تتمكن من العثور على اختصاصي مؤهل تابع للشبكة يمكنك الوصول إليه، يتوجب علينا توفير اختصاصي غير تابع للشبكة لتقديم الرعاية لك عند عدم إتاحة موفر رعاية تابع للشبكة أو الميزة داخل الشبكة غير متاحة أو غير مناسبة لتلبية احتياجاتك الطبية.
- إذا اكتشفت أن أحد موفري الرعاية الخاصين بك قد ترك خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك في اختيار موفر رعاية جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل موفر الرعاية السابق الخاص بك بموفر رعاية مؤهل أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد، فيحق لك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة (QIO)، أو تظلم بشأن جودة الرعاية، أو كليهما. (يرجى الرجوع إلى الفصل 9 للحصول على مزيد من المعلومات.)

D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية تلزم تغطيتها من خطتنا وفقًا لبرنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal، وليس بإمكان موفري الرعاية التابعين لشبكتنا تقديم هذه الرعاية، يمكنك حينها الحصول على هذه الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. سيكون PCP الخاص بك مسؤولاً عن تقديم الطلب للحصول على التصريح المسبق للخدمات غير التابعة للشبكة. يجب أن تحصل على التصريح من خطتنا أو من المجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك قبل طلب الحصول على الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة إلا إذا كنت تتلقى خدمات طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تغطي الخطط خدمات غسيل الكلى لأعضاء ESRD الذين سافروا خارج منطقة خدمة الخطط أو عندما يكون موفر الرعاية غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه ولا يمكنه الوصول إلى موفري ESRD المتعاقدين. وفي هذه الحالة، ستدفع مقدار ما كنت ستدفع لو كنت حصلت على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة.

إذا توجهت لموفر رعاية غير تابع للشبكة، يجب على موفر الرعاية قبول برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.

- لا يمكننا الدفع لموفر رعاية غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.
- وإذا تعاملت مع موفر رعاية غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare، فستقع على عاتقك مسؤولية تسديد التكاليف الكاملة للخدمات التي تتلقاها.
- يجب على موفري الرعاية إخبارك إذا لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.

E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)

يمكن أن تساعدك LTSS على البقاء في المنزل وتجنب الإقامة في المستشفى أو في مركز خدمات التمريض المهني. يمكنك الاستفادة من أشكال معينة من LTSS من خلال خطتنا، بما في ذلك رعاية مركز خدمات التمريض المهني، والخدمات المجتمعية للكبار (Community Based Adult Services, CBAS)، والدعم المجتمعي. هناك نوع آخر من LTSS، وهو برنامج خدمات الدعم المنزلي، وهو متاح من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. LTSS مخصصة للأعضاء الذين يحتاجون إلى المساعدة لأداء الأنشطة اليومية الروتينية مثل الاستحمام وارتداء الملابس وإعداد وجبات الطعام وإعطاء الأدوية. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لمواصلة الحياة بشكل مستقل، يُرجى الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء للحصول على إحالة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

تشمل LTSS، والخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)، وخدمات الدعم المنزلية (IHSS)، وبرنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)، والرعاية الطويلة الأجل/الرعاية المنزلية.

في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجاتك المعيشية اليومية.

قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)
- الرعاية التمريرية المتخصصة
- العلاج البدني
- العلاج المهني
- علاج التخاطب
- الخدمات الطبية الاجتماعية
- الرعاية الصحية المنزلية

اعتمادًا على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، قد تتلقى أيضًا دعمًا مجتمعيًا إضافيًا من خلال خطة Blue Shield Promise Medi-Cal الخاصة بك. يمكن لموفر رعايتك إحالتك إذا كان يعتقد أنك مؤهل للحصول على خدمات الدعم المجتمعي أو يمكنك التواصل مع خدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك لمعرفة المزيد. قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- وسائل تكييف الإمكانات البيئية (التعديلات المنزلية)
- خدمات التوجيه لانتقال السكن
- ودائع الإسكان
- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا
- خدمات العناية الشخصية والمنزلية
- رعاية التعافي (الرعاية الطبية المؤقتة)
- استراحة مقدمي الرعاية
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى
- مراكز تحسين الوعي



F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وعلاج تعاطي المخدرات)

لك الحق في الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. نحن نوفر إمكانية الحصول على خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare والرعاية المُدارة من برنامج Medi-Cal. لا توفر خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة أو خدمات علاج اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من برنامج Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (Los Angeles County Department of Mental Health, LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (Los Angeles County Department of Public Health, LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو.

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

تتاح لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal عبر خطة الصحة العقلية (Mental Health Plan, MHP) التابعة لمقاطعتك إذا استوفيت المعايير الطبية الضرورية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal التي توفرها إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات استقرار الحالة في الأزمات
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى للمرضى النفسيين
- إدارة الحالات المستهدفة
- إعادة تأهيل ودمج الخارجين من السجون أو المؤسسات الإصلاحية
- العلاج المجتمعي الإلزامي (Assertive Community Treatment, ACT)
- العلاج المجتمعي الإلزامي الجنائي (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
- الرعاية المتخصصة المنسقة (Coordinated Specialty Care, CSC) للذهان الأولي (First Episode Psychosis, FEP)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- خدمات النادي المجتمعي
- خدمات العاملين في صحة المجتمع المعززة (Community Health Worker, CHW)
- التوظيف المدعوم
- الخدمات السلوكية العلاجية
- رعاية بديلة علاجية
- تنسيق الرعاية المركزة
- الخدمات المنزلية المكثفة

تتضمن خدمات برنامج Drug Medi-Cal (DMC) التي توفرها إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- علاج اضطراب تعاطي المخدرات أثناء الإقامة قبل الولادة
- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات دعم الأقران

تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم من برنامج Medi-Cal للأدوية (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو إذا كنت تستوفي معايير الحصول على هذه الخدمات. تشمل خدمات DMC-ODS ما يلي:

- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية
- خدمات إدارة أعراض الانسحاب
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- خدمات التعافي



- تنسيق الرعاية
 - خدمات التدخل المبكر (للأعضاء دون 21 عامًا)
 - الفحص المبكر والدوري للتشخيص والعلاج (للأعضاء دون 21 عامًا)
 - خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى
- بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، قد يكون لديك إمكانية الوصول إلى خدمات إزالة السموم الاختيارية للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى إذا استوفيت المعايير.

إتاحة خدمات الصحة السلوكية

تتوفر لك مجموعة كبيرة من الخدمات. يمكنك الإحالة بنفسك إلى موفر رعاية متعاقد، ويمكن أيضًا إحالتك من قبل PCP الخاص بك أو أحد أفراد العائلة أو غير ذلك. "كل الطرق صحيحة" للحصول على الخدمات. يمكنك الاتصال بما يلي للحصول على مساعدة في الحصول على الخدمات:

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K بالفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)
- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، والوقاية من إدمان المخدرات ومكافحتها (يُرجى الاتصال برقم 888-742-7900 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع).
- الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو - خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (يُرجى الاتصال برقم 888-724-7240 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع)
- خط خدمات الصحة السلوكية في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal (يُرجى الرجوع إلى القسم D بالفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)
- خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة أسفل هذه الصفحة)

عمليات تحديد الخدمات الضرورية من الناحية الطبية

يحدد موفر رعاية مُرخّص له الضرورة من الناحية الطبية على نحو صحيح. تُستخدم معايير الضرورة الطبية من قبل كل من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قبل خبراء الصحة السلوكية وأصحاب المصلحة الآخرين، وهي متوافقة مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal والمقاطعة

إذا كنت تتلقى الخدمات من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك لأي من الجهتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تُحال من خلال Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو المقاطعة بالاتصال بالجهة التي تتم الإحالة إليها. كما سيتم استكمال نموذج الإحالة من قبل موفر الرعاية المُحيل، وسيتم إرساله إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.



عمليات تسوية المشكلات

إذا نشأ خلاف أو نزاع بينك وبين المقاطعة أو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، فسوف تستمر في تلقي رعاية الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية، حتى تتم تسوية الخلاف أو النزاع. عملت Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan مع المقاطعة لوضع عمليات التسوية التي تتسم بأنها ملائمة ولا تؤثر على الخدمات التي يحتاج العضو للحصول عليها سلبًا. يمكنك أيضًا استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو المقاطعة، اعتمادًا على الجهة التي تنتازع معها. للحصول على معلومات حول إجراءات الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الذي حصلت عليه.

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي في غير الطوارئ

يحق لك الحصول على النقل الطبي في غير الطوارئ (Non-Emergency Medical Transportation, NEMT) إذا كان لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام السيارة، أو الحافلة، أو سيارة الأجرة للوصول إلى مواعيدك. يمكن توفير NEMT لجميع الخدمات الخاضعة للتغطية من برنامج Medi-Cal مثل المواعيد الطبية ومواعيد الأسنان والصحة العقلية وعلاج تعاطي المخدرات والصيدليات. إذا كنت لا تزال بحاجة إلى النقل الطبي في غير الطوارئ بمجرد استخدام 48 رحلة اتجاه واحد نقدمها لك، يمكنك التحدث إلى موفر الرعاية الخاص بك وطلب رحلات إضافية. يقرر موفر الرعاية الخاص بك أو مزود خدمة النقل لدينا، Call The Car، أفضل نوع من وسائل النقل لتلبية احتياجاتك. إذا كنت بحاجة إلى NEMT، فسيصفونه من خلال إكمال نموذج وتقديمه إلى Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan للموافقة عليه. اعتمادًا على حاجتك الطبية، قد تتمكن من الحصول على موافقة لمدة تصل إلى 12 شهرًا. سيُعيد PCP تقييم حاجتك إلى خدمات NEMT عند الحاجة أو عند انتهاء صلاحية الوصفة الطبية المقررة لك، وقد يعيد اعتماد خدمات NEMT لمدة تصل إلى 12 شهرًا.

تتمثل خدمات NEMT في النقل بسيارة إسعاف، أو عربة مُجهزة بنقالة مرضى أو كرسي متحرك، أو وسيلة نقل جوي. توفر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan وسائل النقل الأقل تكلفة الخاضعة للتغطية و NEMT الأكثر ملاءمة لاحتياجاتك الطبية عندما تحتاج إلى توصيلة إلى موعدك. على سبيل المثال، إذا توافرت لديك القدرة الجسدية أو الطبية على الانتقال بواسطة عربة مجهزة بكرسي، فلن تدفع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تكاليف سيارة الإسعاف. يحق لك فقط النقل الجوي إذا كانت حالتك الطبية لا تسمح بالنقل البري.

يجب استخدام NEMT في الحالات التالية:

- الحاجة إليه جسديًا أو طبيًا على النحو الذي يحدده تصريح كتابي من PCP الخاص بك لأنك غير قادر على استخدام الحافلة أو التاكسي أو السيارة أو الشاحنة الصغيرة للوصول إلى موعدك.
- تحتاج إلى مساعدة السائق ذهابًا وإيابًا إلى مكان إقامتك أو وسيلة النقل أو مكان العلاج، بسبب إعاقة جسدية أو عقلية

لطلب خدمات النقل الطبي التي وصفها طبيبك لمواعيدك الدورية غير العاجلة، يُرجى التواصل مع Call The Car على رقم (TTY: 711) 433-2178 (877) على مدار 24 ساعة، طوال أيام الأسبوع. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجزات للكراسي المتحركة وتعديلها وتتبعها وإلغائها. لا يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لنقل المرضى بالنقالة ويجب عليك الاتصال لإجراء هذه الحجزات. يجب إجراء حجز المواعيد غير العاجلة قبل 24 ساعة من موعدك. للمواعيد، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة معرف العضوية الخاصة بك جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

حدود النقل الطبي

توفر Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تغطية النقل الطبي الأقل تكلفة بما يلبي احتياجاتك الطبية للنقل من منزلك إلى أقرب موفر رعاية حيث يتوفر تحديد الموعد. لن يتم توفير النقل الطبي إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal لا يغطي الخدمة. وإذا كان الموعد من الأنواع التي يغطيها برنامج Medi-Cal ولا تغطيها الخطة الصحية، فستساعدك Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan في جدولة عملية نقلك. تتوفر قائمة الخدمات الخاضعة للتغطية في **الفصل 4** من هذا الكتيب. لا تتم تغطية وسائل النقل خارج شبكة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan ما لم يتم الحصول على تصريح مسبق.

G2. النقل غير الطبي

تشمل مزايا النقل غير الطبي (Non-Medical Transportation, NMT) السفر من وإلى مواعيدك للحصول على خدمة مُصرح بها من قبل موفر الرعاية الخاص بك. ويمكنك الحصول على خدمة النقل، دون أن تتحمل تكلفة، عندما تكون:

- مسافرًا ذهابًا وإيابًا إلى أحد المواعيد المتعلقة بخدمة مصرح بها من قبل موفر الرعاية الخاص بك؛ أو
- الحصول على الوصفات الطبية والصرفيات الطبية.

تتيح لك Blue Shield Medicare + Medi-Cal استخدام سيارة عادية أو سيارة أجرة أو حافلة أو وسيلة أخرى عامة/خاصة يمكنك من خلالها الوصول إلى موعدك لتلقي الخدمات المُصرح بها من قبل موفر الرعاية الخاص بك. تستخدم Blue Shield Medicare + Medi-Cal خدمة Call the Car لتنظيم NMT. نحن نغطي أقل أنواع NMT تكلفة والذي يلبي احتياجاتك.

في بعض الأحيان، يمكن أن يتم تعويضك مقابل الرحلات في سيارة خاصة قمت بترتيبها. يجب أن توافق Blue Shield Medicare + Medi-Cal على ذلك قبل أن تحصل على الرحلة، ويجب أن نخبرنا لماذا لا يمكنك الحصول على رحلة بطريقة أخرى، مثل ركوب الحافلة. يمكنك إخبارنا عن طريق الاتصال أو إرسال بريد إلكتروني أو شخصيًا. لا يمكن تعويضك عن القيادة بنفسك.

يتطلب التعويض بحسب عدد الأميال توفر جميع الشروط التالية:

- وجود رخصة القيادة الخاصة بالسائق.
- أوراق ترخيص مركبة السائق.
- وجود ما يثبت التأمين على السيارة التي يقودها السائق.

اطلب توصيلة للخدمات المصرح بها، تواصل مع Call the Car على (TTY: 711) 1-877-433-2178 قبل أربع وعشرين (24) ساعة على الأقل من موعدك. للمواعيد العاجلة، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة معرف العضوية الخاصة بك جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بعيادة الصحة الهندية المحلية في منطقتهم لطلب خدمات النقل غير الطبي.

حدود النقل غير الطبي

توفر Blue Shield Medicare + Medi-Cal خدمات NMT الأقل تكلفة والتي تلي احتياجاتك من منزلك إلى أقرب موفر رعاية حيث يتوفر تحديد الموعد. لا يمكنك القيادة بنفسك أو تعويضك مباشرة.



لا تنطبق NMT في الحالات التالية:

إذا كانت هناك حاجة إلى سيارة الإسعاف أو سيارة طبية مجهزة أو سيارة للكراسي المتحركة أو شكل آخر من أشكال النقل الطبي في غير الطوارئ للحصول على خدمة.

- احتياجك إلى مساعدة السائق ذهابًا وإيابًا إلى مكان إقامتك أو عربتك أو مكان علاجك بسبب حالة جسدية أو عقلية.
- إذا كنت تستخدم كرسيًا متحركًا ولا تستطيع الصعود إلى المركبة أو النزول منها دون مساعدة السائق.
- الخدمة غير مغطاة من قبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.

H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة العاجلة أو خلال الكوارث

H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات أعراض مثل المرض أو الألم الشديد أو الإصابة الخطيرة أو حالة طبية تتدهور بسرعة. وتكون هذه الحالة خطيرة جدًا، ويمكنك أنت أو أي شخص على درجة متوسطة من المعرفة الصحية والدوائية أن يتوقع النتيجة التالية:

- خطر جسيم على حياتك أو على حياة طفلك الذي لم يولد بعد؛ أو
- فقدان وظائف الجسم أو حدوث ضرر جسيم بها؛ أو
- خلل جسيم في أي من وظائف الأعضاء أو أجزاء الجسد؛ أو
- في حالة المرأة الحامل التي تكون في مرحلة المخاض النشط، عندما يحدث أي مما يلي:
 - عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
 - يمثل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا على صحتك أو سلامتك أو صحة الجنين.

ما يجب عليك أن تفعل إذا واجهت حالة طبية طارئة:

- **طلب المساعدة بأسرع ما يمكن.** اتصل برقم الطوارئ (911) أو توجه لأقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اطلب سيارة إسعاف إذا كنت في حاجة إليها. لست بحاجة إلى موافقة أو إحالة من PCP الخاص بك. لا تحتاج إلى الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة الخاضعة للتغطية عند الحاجة إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو الأقاليم التابعة لها أو في جميع أنحاء العالم، من أي موفر رعاية يحمل ترخيصًا مناسبًا من الولاية، حتى لو لم يكونوا جزءًا من شبكتنا.
- **في أقرب وقت ممكن، أخبر خطتنا عن حالة الطوارئ الخاصة بك.** نحن نتابع رعاية الطوارئ الخاصة بك. يجب أن تتصل أنت أو أي شخص آخر وتخبرنا بالرعاية الطارئة عادة في خلال 48 ساعة. ومع ذلك، لن تدفع مقابل خدمات الطوارئ إذا تأخرت في إخبارنا. اتصل بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية

تغطي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan خدمات الرعاية الطارئة والعاجلة في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها في ظل الظروف التالية، بدون حد سنوي مشترك. لمزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا الطبية في القسم **D بالفصل 4** من هذا المستند.

تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في الحالات التي عند الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي طريقة أخرى قد تعرض صحتك للخطر. نحن نغطي أيضًا الخدمات الطبية أثناء حالات الطوارئ. لمعرفة المزيد، راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.

يقرر موفرو الرعاية الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة وتنتهي حالة الطوارئ الطبية. وسوف يستمرون في علاجك وسيصلون بنا لوضع الخطط إذا كنت بحاجة إلى الرعاية في مرحلة المتابعة للتحسن.

تُغطي خطتنا الرعاية في مرحلة المتابعة الخاصة بك. إذا حصلت على رعاية الطوارئ الخاصة بك من موفري رعاية غير تابعين للشبكة، فسنحاول جعل موفري الرعاية التابعين للشبكة يتولون رعايتك في أقرب وقت ممكن.

الحصول على رعاية الطوارئ إذا لم تكن حالة طارئة

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كنت تعاني من حالة طوارئ صحية طبية أو صحية سلوكية. يمكنك الذهاب للحصول على رعاية الطوارئ وسيحدد الطبيب أنها ليست حالة طارئة حقًا. ما دمت تعتقد، بشكل معقول، أن صحتك كانت معرضة لخطر جسيم، فإننا نغطي تكلفة رعايتك.

ومع ذلك، بعد أن يقول الطبيب إن الحالة لم تكن حالة طارئة، فإننا نغطي تكلفة الرعاية الإضافية التي تتلقاها فقط إذا:

- استعنت بموفر رعاية تابع للشبكة أو
- تعتبر الرعاية الإضافية التي حصلت عليها "الرعاية اللازمة بشكل عاجل"، وتتبع قواعد الحصول على هذه الرعاية. راجع القسم التالي.

H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل

الرعاية اللازمة بشكل عاجل هي الرعاية التي تحصل عليها لحالة لا تُعد حالة طارئة، ولكنها تتطلب الرعاية فورًا. على سبيل المثال، قد تكون لديك حالة متفاقمة لحالة موجودة بالفعل أو مرض أو إصابة غير متوقعة.

الرعاية اللازمة بشكل عاجل في منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا

لا نغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل إلا في حالة:

- الحصول على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة و

اتباع القواعد المذكورة في هذا الفصل.

إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى موفر رعاية تابع للشبكة، بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فإننا نغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل والتي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة.

للحصول على قائمة محدثة بمراكز الرعاية العاجلة التابعة لمجموعة الأطباء الخاصة بك، يُرجى الاتصال بـ PCP الخاص بك. يمكنك أيضًا البحث عن مراكز الرعاية العاجلة في منطقتك من خلال زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor.



الرعاية اللازمة بشكل عاجل خارج منطقة خدمة خطتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا، قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. في هذه الحالة، فإن خطتنا سوف تغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي موفر رعاية. ومع ذلك، لا تعتبر زيارات موفر الرعاية الروتينية الضرورية طبيًا، مثل الفحوصات السنوية، مطلوبة بشكل عاجل، حتى لو كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

تغطي خطتنا الرعاية الطارئة والرعاية اللازمة بشكل عاجل في جميع أنحاء العالم، أو خدمات الطوارئ أو خدمات الرعاية اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها في الحالات التالية، دون حد سنوي إجمالي مشترك. لمعرفة المزيد، راجع رعاية الطوارئ والرعاية اللازمة بشكل عاجل في جدول المزايا الطبية في القسم D بالفصل 4.

إذا كنت بحاجة إلى الرعاية العاجلة أثناء تواجدك خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها، فاتصل بمركز الخدمات الأساسية العالمية التابع لـ Blue Shield على الهاتف المجاني 810-2583 (800)، أو اتصل بمركز التحصيل على رقم 673-1177 (804)، على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. في حالة الطوارئ، اذهب مباشرة إلى أقرب مستشفى. يجب عليك أيضًا الاتصال برقم خدمة العملاء الموجود على ظهر بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك. كجزء من هذه الخدمة، لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى، يمكنك الاتصال بمركز الخدمات الأساسية العالمية Blue Shield لترتيب الوصول غير النقدي. إذا قمت بالترتيب للوصول غير النقدي، فأنت مسؤول عن التكاليف النثرية المعتادة والتي تدفعها من مالك الخاص مثل الرسوم غير الخاضعة للتغطية وحصل المشاركة في الدفع. إذا لم تقم بالترتيب للوصول غير النقدي، فسيتم عليك دفع فاتورة الرعاية الطبية بالكامل وتقديم طلب للتعويض.

H3. الرعاية أثناء الكوارث

إذا أعلن حاكم ولاية كاليفورنيا، أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي، أو رئيس الولايات المتحدة حالة الكوارث أو الطوارئ في منطقتك الجغرافية، فلا يزال يحق لك الحصول على الرعاية من خطتنا.

تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاجها أثناء الكارثة المعلنه: blueshieldca.com/emergencypolicy.

في حالة الكوارث المعلنه، إذا لم تتمكن من الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة، فيمكنك الحصول على الرعاية من موفري رعاية غير تابعين للشبكة بمعدل مبلغ المشاركة في تحمل التكاليف داخل الشبكة. إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة معلنه، فيمكنك صرف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك من صيدلية غير تابعة للشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات.

1. ماذا يحدث إذا تم تحصيل رسوم منك مباشرة مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية

إذا دفعت مقابل خدماتك الخاضعة للتغطية، أو دفعت مبلغًا يتجاوز مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف بموجب الخطة مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية، أو إذا تلقيت فاتورة بكامل تكلفة الخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، فيرجى الرجوع إلى الفصل 7 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة ما يجب عليك فعله.

لا يجب عليك دفع الفاتورة بنفسك. إذا قمت بذلك، فقد لا نتمكن من رد المبلغ الذي دفعته إليك.

11. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي تم تحديدها بأنها ضرورية من الناحية الطبية، و

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- المدرجة في جدول المزايا الخاص بخطتنا (ارجع إلى الفصل 4 من كُتِيب /الأعضاء هذا/، و
- التي يمكنك الحصول عليها من خلال قواعد الخطة التالية.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، فستدفع **التكلفة الكاملة بنفسك**، ما لم يغطيها برنامج Medi-Cal آخر خارج خطتنا.

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سندفع نظير أي خدمة أو رعاية طبية أم لا، فيحق لك تسألنا عن ذلك. لديك أيضًا الحق في طلب ذلك كتابيًا. إذا قررنا أننا لن ندفع مقابل خدماتك، يحق لك الطعن في قرارنا.

يشرح لك **الفصل 9** من كُتِيب /الأعضاء هذا/ ما يجب عليك فعله إذا كنت تريد منا تغطية خدمة طبية أو بند طبي. كما يوفر لك معلومات عن كيفية الطعن في قرار التغطية الخاص بنا. اتصل بخدمة العملاء لمعرفة المزيد حول حقوق الطعن الخاصة بك.

سندفع نظير بعض الخدمات بقيمة تصل إلى حد معين. وإذا تخطيت هذا الحد، فسيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للحصول على هذا النوع من الخدمات. راجع **الفصل 4** لمعرفة حدود المزايا المحددة. اتصل بخدمة العملاء لمعرفة حدود المزايا ومقدار المزايا التي استخدمتها.

ل. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية

ل1. تعريف الدراسة البحثية السريرية

تُعد الدراسة البحثية السريرية (تسمى أيضًا التجربة الطبية) طريقة يختبر بها الأطباء أنواع الرعاية الصحية أو الأدوية. عادةً ما تطلب دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare مشاركة متطوعين في الدراسة. عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، يمكنك البقاء مسجلًا في خطتنا والاستمرار في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية غير المتعلقة بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا كنت ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، فلا يتعين عليك إبلاغنا أو الحصول على موافقتنا، ولكننا نشجعك على إبلاغنا أو إبلاغ موفر الرعاية الأولية الخاص بك. لا يتعين على موفري الرعاية الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة أن يكونوا موفري رعاية تابعين للشبكة. لا ينطبق هذا على المزايا الخاضعة للتغطية التي تتطلب تجربة سريرية أو تسجيل لتقييم الميزة، بما في ذلك مزايا معينة تتطلب تغطية مع تطوير الأدلة (NCDs-CED) وإعفاء الجهاز الاستقصائي (Investigational Device Exemption, IDE). وقد تخضع هذه المزايا أيضًا لتصريح مسبق وقواعد خطة أخرى.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، والتي تتم تغطيتها للمشاركين بواسطة Original Medicare، فإننا نشجعك أنت أو منسق الرعاية الخاص بك على الاتصال بخدمة العملاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

ل2. الدفع مقابل الخدمات عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت لدراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع شيئًا مقابل الخدمات المغطاة بموجب الدراسة. يدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، سنوفر لك التغطية لمعظم العناصر والخدمات الاعتيادية التي تتلقاها ضمن الدراسة. هذا يتضمن:

- الغرفة والطعام للإقامة في المستشفى التي سيدفعها برنامج Medicare حتى لو لم تكن مشاركًا في دراسة
- الخضوع لعملية أو أي إجراء طبي آخر يُعد جزءًا من الدراسة البحثية
- معالجة أي آثار جانبية للرعاية الجديدة وكذلك مضاعفاتها

إذا كنت جزءًا من دراسة لم يعتمد عليها برنامج Medicare، فسوف تدفع أي تكاليف لمشاركتك في الدراسة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



J3. المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية

يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات عن الاشتراك في الدراسة البحثية السريرية بقراءة منشور " Medicare and Clinical Research Studies" على موقع برنامج Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies). ويمكنك الاتصال أيضًا على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية

المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية هي مكان يوفر الرعاية التي يمكن أن تحصل عليها بشكل طبيعي في مستشفى أو مركز خدمات تريض مهني. إذا كان تلقي الرعاية بمستشفى أو مركز تريض متخصص ضد معتقداتك الدينية، فسوف توفر لك الرعاية الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.

وهذه الفائدة لا يتم تقديمها سوى لخدمات Medicare بالقسم A للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

K2. الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

لتلقي الرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية، يجب عليك توقيع مستند قانوني ينص على رفضك لتلقي علاج طبي "غير إجباري".

- العلاج الطبي "غير الإجباري" هو أي رعاية أو علاج يكون طوعيًا وغير مطلوب بموجب أي قانون فيدرالي أو قانون للولاية أو قانون محلي.

- إن العلاج الطبي "الإجباري" هو أي رعاية أو علاج غير طوعي ومطلوب بموجب قانون فيدرالي أو قانون للولاية أو قانون محلي.

لكي تتم تغطيتها بخططنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة دينية لرعاية صحية غير طبية الشروط التالية:

- يجب أن تكون المنشأة التي تقدم الرعاية معتمدة من قبل برنامج Medicare.

- تغطي خطتنا فقط الجوانب غير الدينية من الرعاية.

- إذا حصلت على الخدمات من هذه المؤسسة المقدمة لك في أحد المراكز:

- يجب أن تسمح حالتك الصحية بتلقي الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال الرعاية الصحية في العيادات الداخلية أو الرعاية في مركز خدمات التريض المهني.

- يجب أن تحصل على موافقة منا قبل الدخول إلى المنشأة وإلا لن تتم تغطية فترة تواجدك.

لا يوجد حد لعدد أيام التغطية لجميع حالات الإقامة في المستشفى. لمعرفة المزيد، يرجى الرجوع إلى جدول المزايا في القسم D بالفصل 4



L. الأجهزة الطبية المُعَمَّرة (DME)

L1. الحصول على DME بصفقتك عضوًا في خطتنا

تتضمن DME بعض العناصر الضرورية طبيًا التي يطلبها موفر الرعاية، مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب الكهربائية ومستلزمات مرضى السكري وأسرة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل ومضخات التسريب الوريدي (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات ومستلزمات الأكسجين وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات.

يغطي برنامج Medi-Cal الاستخدام داخل المنزل وخارجه (مثل أجهزة التنقل التي يغطيها برنامج Medi-Cal للاستخدام في المجتمع). إن برنامج Medicare، وهو الجهة المسؤولة عن الدفع الأولية للأشخاص المؤهلين للتغطية الثنائية، يحد من تغطية DME للمعدات اللازمة للاستخدام في المنزل. يغطي برنامج Medi-Cal بعض DME اللازمة للاستخدام في المنزل والمجتمع على حد سواء. بصفقتك عضوًا في برنامج DSNP هذا، يحق للأعضاء الحصول على مجموعة كاملة من تغطية DME بموجب معايير كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.

تمتلك بعض عناصر DME، مثل الأطراف الاصطناعية.

أنواع أخرى من DME يجب عليك استئجارها. باعتبارك عضوًا في خطتنا، لن تمتلك عادةً عناصر DME المستأجرة، بغض النظر عن مدة استئجارها.

في بعض الحالات المحدودة، نقوم بنقل ملكية عنصر DME إليك. لمزيد من المعلومات اتصل بخدمة العملاء على رقم الهاتف الموجود أسفل الصفحة.

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

L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare

في برنامج Original Medicare، فإن الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من DME يمتلكونها بعد 13 شهرًا. في خطة Medicare Advantage (MA)، يمكن للخطة تحديد عدد الأشهر التي يجب على الأشخاص فيها استئجار أنواع معينة من DME قبل امتلاكها.

بصفقتك عضوًا في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal، لن تضطر إلى دفع أي تكاليف مقابل معدات DME المشمولة بالتغطية، ما دامت ضرورية من الناحية الطبية ومعتمدة من طبيبك. لن تصبح عادةً مالكًا لمعدات DME المستأجرة، بغض النظر عن عدد حصص المشاركة في الدفع التي تسدها مقابل المعدة أثناء عضويتك في خطتنا، حتى إذا كنت قد سددت ما يصل إلى 12 دفعة متتالية مقابل معدة DME بموجب برنامج Original Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا. في بعض الحالات المحدودة، سننقل ملكية معدة DME إليك. اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكنك العثور على تعريفات لخطط Original Medicare و MA في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات عنها في كتيب Medicare & You 2026. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على (www.medicare.gov/medicare-and-you) أو الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048.

إذا لم تعد مشتركًا في برنامج Medi-Cal، فسيتم عليك إجراء 13 دفعة متتالية بموجب برنامج Original Medicare، أو سيتعين عليك إجراء عدد الدفعات المتتالية التي تحددها خطة MA، لامتلاك عنصر DME إذا:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- لم تكن مالكاً لأي من DME عندما كنت عضواً في خطتنا، و
- تركت خطتنا وحصلت على مزايا برنامج Medicare خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو خطة MA.
- إذا قمت بسداد دفعات مقابل عنصر DME بموجب خطة Original Medicare أو خطة MA قبل الانضمام إلى خطتنا، فإن دفعات خطة Original Medicare أو خطة MA لا يتم احتسابها ضمن الدفعات التي تحتاج إلى سدادها بعد ترك خطتنا.
- سيتعين عليك إجراء 13 دفعة جديدة على التوالي بموجب برنامج Original Medicare أو عدد من الدفعات الجديدة على التوالي التي تحددها خطة MA لامتلاك عنصر DME.
- لا توجد استثناءات من هذه الحالة عند العودة إلى Original Medicare أو خطة MA.

L3. مزايا معدات الأكسجين لك بصفتك عضواً في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين التي يغطيها برنامج Medicare، فإننا نغطي ما يلي:

- تأجير معدات الأكسجين
- توصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
- الأنابيب والملحقات ذات الصلة لتوصيل الأكسجين ومحتويات الأكسجين
- صيانة وإصلاح معدات الأكسجين

يجب إعادة معدات الأكسجين عندما لا تعد ضرورية من الناحية الطبية بالنسبة لك أو إذا تركت خطتنا.

L4. ويحق لك الحصول على معدات الأكسجين من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبياً وتترك خطتنا وتبدل إلى برنامج Original Medicare، فإنك تقوم بتأجيرها من أحد الموردين لمدة 36 شهراً. تغطي دفعات الإيجار الشهرية الخاصة بك معدات الأكسجين والصرفيات والخدمات المذكورة أعلاه. يغطي برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal هذه المدفوعات إذا كنت لا تزال مسجلاً في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية طبياً بعد استئجارها لمدة 36 شهراً، يجب أن يقدم المورد الخاص بك:

- معدات ومستلزمات وخدمات الأكسجين لمدة 24 شهراً أخرى
- معدات ومستلزمات الأكسجين لمدة تصل إلى خمس سنوات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية
- إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية في نهاية فترة الخمس سنوات:
- لم يعد المورد الخاص بك مضطراً إلى توفيرها، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
- تبدأ فترة خمس سنوات جديدة.
- تستأجر من مورد لمدة 36 شهراً.



- يقوم المورد الخاص بك بعد ذلك بتوفير معدات ومستلزمات وخدمات الأكسجين لمدة 24 شهرًا أخرى.
 - تبدأ دورة جديدة كل خمس سنوات طالما أن معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.
- عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا وتترك خطتنا وتبدل إلى خطة MA أخرى، ستغطي الخطة على الأقل ما يغطيه Original Medicare. يمكنك أن تسأل خطة MA الجديدة الخاصة بك عن معدات ومستلزمات الأكسجين التي تغطيها والتكاليف التي ستتحملها.



الفصل 4: جدول المزايا

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا وأي قيود أو حدود على تلك الخدمات والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. ويوضح هذا القسم المزايا غير الخاضعة للتغطية في خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء هذا.

أعضاء جدد في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. لا يزال بإمكانك تلقي خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خطة برنامج Medi-Cal الصحية السابقة الخاصة بك لمدة شهر إضافي واحد. بعد ذلك، سوف تتلقى خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك من خلال Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. لن يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 إذا كان لديك أي استفسارات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



جدول المحتويات

A. الخدمات الخاضعة للتغطية والتكاليف النثرية التي ستدفعها من مالك الخاص	71
B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات	71
C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا	71
D. جدول المزايا في خطتنا	77
F. الدعم المجتمعي	138
G. المزايا المغطاة خارج خطتنا	140
G1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)	140
G2. برنامج Medi-Cal Dental	140
G3. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)	141
G4. 1915(c) برامج التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). التنازل عن المساعدة على المعيشة (ALW)	141
G5. خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)	144
H. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal	147



A. الخدمات الخاضعة للتغطية والتكاليف النثرية التي ستدفعها من مالك الخاص

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا وكما ستدفع مقابل كل خدمة. ويمكنك أيضًا معرفة الخدمات التي لا تتم تغطيتها. المعلومات حول مزايا الدواء موجودة في **الفصل 5** من كتيب الأعضاء. هذا. كما يوضح هذا الفصل القيود المفروضة على بعض الخدمات.

فيما يتعلق ببعض الخدمات، ستتحمل تكلفة نثرية تسمى حصة المشاركة في الدفع. وهذا مبلغ ثابت (على سبيل المثال \$5) تدفعه في كل مرة تتلقى فيها الخدمة. فأنت تدفع قيمة حصة المشاركة في الدفع حين تحصل على الخدمة الطبية.

نظرًا لأنك تحصل على مساعدة من برنامج Medi-Cal، فلن تدفع شيئًا مقابل خدماتك الخاضعة للتغطية طالما كنت تتبع قواعد خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا للحصول على تفاصيل حول قواعد خطتنا.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم الخدمات التي تتم تغطيتها، اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو خدمة العملاء على 1-800-452-4413 (TTY: 711).

B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات

لا نسمح لموفري الرعاية بتحرير فواتير لك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وذلك، حيث إننا ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحامي حقك في عدم دفع أي رسوم. ويسري هذا أيضًا عندما ندفع لموفر الرعاية رسومًا أقل من رسومه مقابل الخدمة.

لا يجب أن يرسل لك موفر الرعاية فاتورة أبدًا مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. إذا تلقيت فاتورة، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من كتيب الأعضاء هذا أو الاتصال بخدمة العملاء.

C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

يوضح لك جدول المزايا الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها وما تدفعه من مصروفات نثرية من مالك الخاص مقابل كل خدمة. (تغطية الأدوية موجودة في **الفصل 5**). وهو يسرد الخدمات الخاضعة للتغطية بالترتيب الأبجدي ويشرحها.

لن ندفع نظير الخدمات الموضحة في جدول المزايا إلا عند استيفاء المتطلبات التالية. لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا، طالما أنك تستوفي المتطلبات الموضحة أدناه.

- إننا نقدم الخدمات الخاضعة للتغطية التي يوفرها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal وفقًا لقواعد برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات "ضرورية من الناحية الطبية" بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وعلاج تعاطي المخدرات والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأجهزة والأدوية. المقصود بعبارة "ضرورية من الناحية الطبية" هو الخدمات أو المستلزمات أو العقاقير الدوائية والتي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تفيدك من الذهاب إلى المستشفى أو مراكز خدمات التمريض. كما تعني أيضًا الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المتعارف عليها. تكون الخدمة ضرورية من الناحية الطبية عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة، أو لمنع مرض خطير أو إعاقة كبيرة، أو لتخفيف ألم شديد.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- بالنسبة للمشاركين الجدد، لأول 90 يومًا قد لا نطلب منك الحصول على موافقة مسبقة على أي مسارات علاجات نشطة، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت مع موفر رعاية غير تابع للشبكة.
- سوف تحصل على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر رعاية يعمل معنا. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة إلا إذا كانت حالة طوارئ أو كانت رعاية لازمة بشكل عاجل أو ما لم تقدم لك خطتك أو موفر رعاية تابع للشبكة إحالة. وهذا يعني أنك قد تحتاج إلى أن تدفع لموفر الرعاية بالكامل مقابل الخدمات غير التابعة للشبكة التي تحصل عليها. يحتوي **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا على مزيد من المعلومات حول الاستعانة بموفري رعاية تابعين للشبكة وغير تابعين لها.
- يتم تخصيص موفر رعاية أولية (PCP) أو فريق رعاية ليقدم لك الرعاية ويشرف عليها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP الخاص بك الموافقة قبل أن تتمكن من الاستعانة بموفر رعاية غير PCP الخاص بك أو الاستعانة بموفري رعاية آخرين في شبكة خطتنا. ويُسمى هذا إحالة. يحتوي **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة ووالحالات التي لا تحتاج فيها إلى إحالة.
- نحن نغطي بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو موفر الرعاية الآخر التابع للشبكة على موافقتنا أولاً. ويطلق على هذا الإجراء اسم تصريح مسبق (Prior authorization, PA). نحن نميز الخدمات الخاضعة للتغطية في جدول المزايا والتي تحتاج إلى PA عن طريق كتابتها بخط مائل.
- إذا قدمت خطتنا موافقة على طلب PA للحصول على مسار العلاج، يجب أن تكون الموافقة سارية طالما كانت مقبولة وضرورية من الناحية الطبية لتجنب توقف الرعاية بناءً على معايير التغطية وتاريخك الطبي وتوصيات موفر الرعاية المعالج.
- مثل جميع خطط برنامج Medicare الصحية، نحن نغطي كل شيء يغطيه برنامج Original Medicare. (لمعرفة المزيد حول تغطية وتكاليف برنامج Original Medicare، انتقل إلى كتيب Medicare & You 2027. يمكنك الاطلاع عليه على الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov أو طلب نسخة منه بالاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. وعلى مستخدم TTY الاتصال على (1-877-486-2048).
- إذا أضاف برنامج Medicare تغطية لأي خدمات جديدة خلال عام 2027، فسوف يغطي برنامج Medicare أو خطتنا تلك الخدمات.
- إذا فقدت تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك خلال فترة الأهلية المستمرة المحددة البالغة 6 أشهر، فسنواصل توفير جميع مزايا برنامج Medicare التي تغطيها خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، قد تنتهي تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك في وقت أقرب من تغطية برنامج Medicare الخاصة بك معنا. عندما تنتهي تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك، لن ندفع مقابل مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك. وهذا يعني أيضًا أن تكاليفك النثرية مثل حصص المشاركة في الدفع وأقساط التأمين والمبالغ المستقطعة ستكلف أكثر خلال الأشهر التي فقدت فيها تغطية برنامج Medi-Cal. لمعرفة المزيد والحصول على المساعدة بشأن تجديد الأهلية لبرنامج Medi-Cal، اتصل بفريق الاحتفاظ بأعضاء Blue Shield المؤهلين للتغطية الثنائية على رقم (TTY: 711) 378-4181 (844)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات

مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- سنساعدك على استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal. إذا استعدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal أثناء استمرار اشتراكك معنا للحصول على تغطية برنامج Medicare، فسوف نستأنف دفع تكاليف مزايا Medi-Cal الخاصة بك، وسيستمر اشتراكك معنا. إذا استعدت أهلية برنامج Medi-Cal بعد إلغاء اشتراكك في تغطية برنامج Medicare الخاصة بنا، فستحتاج إلى الاتصال بنا لإعادة الاشتراك في الخطة.

معلومات المزايا المهمة للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة معينة.

إذا كنت تعاني من أي من الحالات المزمنة المدرجة أدناه وكنت تستوفي معايير طبية معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية. تعد مزايا الطعام والمنتجات الغذائية المذكورة ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. تعتمد الأهلية على استيفاء تعريف "المشارك المصاب بمرض مزمن" ووجود حالة مزمنة واحدة على الأقل من الحالات المزمنة المؤهلة التي تحددها الخطة أدناه.

- اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (Substance Use Disorders, SUDs)
- اضطرابات المناعة الذاتية:
 - التهاب الشرايين العقدي المتعدد
 - ألم العضلات الروماتيزمي
 - التهاب العضلات
 - التهاب العضلات والجلد
 - التهاب المفاصل الروماتويدي
 - الذئبة الحمامية الجهازية
 - التهاب المفاصل الصدفي
 - تصلب الجلد
- السرطان
- اضطرابات القلب والأوعية الدموية:
 - عدم انتظام ضربات القلب
 - مرض الشريان التاجي
 - مرض الأوعية الدموية المحيطي
 - مرض صمام القلب
- قصور القلب المزمن
- الخرف
- مرض السكري
- زيادة الوزن والبدانة ومتلازمة التمثيل الغذائي
- مرض الجهاز الهضمي المزمن:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- مرض الكبد المزمن
- مرض الكبد الدهني غير الكحولي (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD)
- الالتهاب الكبدي B
- الالتهاب الكبدي C
- التهاب البنكرياس
- متلازمة القولون العصبي
- مرض الأمعاء الالتهابي
- مرض الكلى المزمن (Chronic Kidney Disease, CKD):
 - مرض CKD يتطلب غسيل الكلى/مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (End-Stage Renal Disease, ESRD)
 - مرض CKD لا يتطلب غسيل الكلى
- اضطرابات الدم الشديدة:
 - فقر الدم اللاتنسجي
 - الهيموفيليا
 - فرقرية قلة الصفيحات المناعية
 - متلازمة خلل التنسج النخاعي
 - مرض الخلايا المنجلية (باستثناء سمة الخلايا المنجلية)
 - الاضطراب الانصمامي الخثاري الوريدي المزمن
- HIV/AIDS
- اضطرابات الرئة المزمنة:
 - مرض الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن
 - التليف الكيسي
 - انتفاخ الرئة
 - التليف الرئوي
 - ارتفاع ضغط الدم الرئوي
 - مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- حالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقة:
 - الاضطرابات ثنائية القطب
 - الاضطراب الاكتئابية البالغة
 - اضطراب الارتياح
 - الفصام

- اضطراب فصامي عاطفي
- اضطراب ما بعد الصدمة (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD)
- اضطرابات تناول الطعام
- اضطراب القلق
- الاضطرابات العصبية:
 - التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS)
 - الصرع
 - الشلل واسع النطاق (أي، الشلل النصفي، الشلل الرباعي، شلل الساقين، شلل طرف واحد)
 - مرض هانتغتون
 - التصلب المتعدد
 - مرض باركنسون
 - اعتلال الأعصاب العديدة
 - الألم العضلي التليفي
 - متلازمة التعب المزمن
 - إصابات الحبل الشوكي
 - تضيق العمود الفقري
 - العجز العصبي المرتبط بالسكتة الدماغية
- السكتة الدماغية
- رعاية ما بعد زراعة الأعضاء
- نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة
- الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي:
 - مرض الزهايمر
 - الإعاقة الفكرية وإعاقات النمو
 - إصابات الدماغ الرضحية
 - إعاقة المرض العقلي المرتبط بالضعف الإدراكي
 - ضعف إدراكي طفيف
- الحالات المرتبطة بالتحديات الوظيفية وتتطلب خدمات مماثلة بما في ذلك ما يلي:
 - إصابات الحبل الشوكي
 - الشلل
 - فقدان الأطراف
 - السكتة الدماغية

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات

مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- التهاب المفاصل
- الحالات المزمنة التي تضر بالعيون والسمع (الصمم) والتدق واللمس والشم
- الحالات التي تتطلب خدمات علاج مستمرة من أجل الحفاظ على الأداء أو الاحتفاظ به
- ستكتشف الخطة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان مُوقَّع حول حالتك/حالاتك المزمنة المؤهلة.
- بمجرد أن تعتبر مؤهلاً، راجع دليل الأعضاء الذي تلقينته عبر البريد مع بطاقة Flex الخاصة بك. بطاقة Flex هي بطاقة إنفاق تُحمل مسبقاً بالبدلات المؤهلة، والتي يمكن استخدامها للمساعدة في دفع تكاليف المزايا المغطاة. سيصف دليل الأعضاء الخاص بك البدلات المتاحة المحملة مسبقاً على بطاقة Flex الخاصة بك كما يوضح مكان العثور على مزيد من التفاصيل بشأن المزايا الخاضعة للتغطية وكيفية إدارة حسابك.
- للمزيد من المعلومات حول هذه الميزة، اتصل على رقم [TTY: 711] 1-877-429-3245، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضاً زيارة bscaflexbenefits.com عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل.
- لمزيد من التفاصيل، يُرجى الرجوع إلى صف المزايا التكميلية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة في جدول المزايا أدناه.
- تواصل معنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها بالتحديد.

جميع الخدمات الوقائية مجانية. هذه التفاحة 🍏 توضح الخدمات الوقائية في جدول المزايا.

D. جدول المزايا في خطتنا

ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة الأجهزة التعويضية تحل محل جزء من جسم الإنسان أو وظيفة من وظائفه كليًا أو جزئيًا. وتشمل هذه، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: - اختبار أو تركيب الأجهزة التعويضية والتقويمية أو التدريب على استخدامها - أكياس فُغرة القولون وما يتعلق بها من مستلزمات مرتبطة بالرعاية الطبية لفُغرة القولون - التغذية المعوية والوريدية، بما في ذلك مجموعات مستلزمات التغذية، ومضخة الحقن بالتسريب الوريدي والأنابيب والموصلات، والمحاليل، ومستلزمات الحقن الذاتية - أجهزة تنظيم ضربات القلب - الدعامات - الأحذية التعويضية - الأذرع والسيقان الصناعية - الأثداء الصناعية (بما في ذلك الصديريّة الجراحية بعد الخضوع لعملية استئصال الثدي) - الأطراف الاصطناعية (البدايل التعويضية) التي تحل محل جزء من الوجه من الخارج أو الوجه بالكامل الذي تمت إزالته أو قد تضرر نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقي. - كريم سلس البول والحفاضات كما أننا ندفع نظير بعض المستلزمات المعينة المتعلقة بالأجهزة التعويضية والتقويمية. وندفع نظير إصلاح أو استبدال الأجهزة التعويضية والتقويمية. ونقدم تغطية جزئية تلي إزالة إعتام عدسة العين أو الجراحة الخاصة بها. راجع "رعاية الإبصار" لاحقًا في هذا الجدول للحصول على التفاصيل. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة ارجع إلى الفصل 12 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على تعريف "الأجهزة الطبية المُعمّرة (Durable Medical Equipment, DME)". نحن نغطي العناصر التالية: • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية • العكازات • أنظمة المراتب الكهربائية • وسادة الضغط الجاف للمرتبة • مستلزمات مرض السكري • أسرة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل • مضخات الحقن بالتسريب الوريدي (IV) والقطب • أجهزة توليد الكلام • معدات ومستلزمات الأكسجين • أجهزة استنشاق الرذاذ • المشايات • مقبض منحنى قياسي أو عكاز رباعي ومستلزمات بديلة • جهاز شدّ الفقرات العنقية (المعلّق فوق الباب) • منشط العظام • معدات رعاية غسيل الكلى قد تتم تغطية عناصر أخرى. نحن ندفع مقابل جميع تكاليف DME الضرورية طبيًا والتي عادةً ما يدفع ثمنها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كان موردنا في منطقتك لا يوفر علامة تجارية محددة أو نوعًا محددًا، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلب ذلك خصيصًا لك. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	أدوية القسم B في برنامج Medicare تخضع هذه الأدوية للتغطية بموجب القسم B من برنامج Medicare. تدفع خططنا تكلفة الأدوية التالية: • الأدوية التي لا يتناولها المريض بنفسه عادةً ويتم حقنها أو حقنها بالحقن الوريدي خلال تلقي الخدمات في عيادة الطبيب أو في العيادات الخارجية التابعة للمستشفى أو في مراكز جراحات اليوم الواحد • الأنسولين المزود من خلال أحد الأجهزة الطبية المُعمّرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام أحد الأجهزة الطبية المُعمّرة (مثل أجهزة استنشاق الرذاذ) التي سمحت بها خططنا • دواء الزهايمر [®]Leqembi (الدواء المماثل Lecanemab) الذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد (IV) بالإضافة إلى تكاليف الأدوية، قد تحتاج إلى فحوصات واختبارات إضافية قبل و/أو أثناء العلاج. تحدث إلى طبيبك حول الفحوصات بالأشعة والاختبارات التي قد تحتاج إليها كجزء من علاجك. • عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • أدوية زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare علاج أدوية الزراعة إذا دفع برنامج Medicare مقابل عملية زراعة الأعضاء الخاصة بك. يجب أن تكون مشمولاً بتغطية القسم A في وقت الزراعة المغطاة، ويجب أن تكون مشمولاً بتغطية القسم B في وقت الحصول على الأدوية المثبطة للمناعة. يغطي القسم D في برنامج Medicare الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان القسم B لا يغطيها • أدوية علاج هشاشة العظام التي تؤخذ عن طريق الحقن. يتم الدفع نظير هذه الأدوية إذا كنت عاجزاً عن التحرك من منزلك أو تعاني من كسر عظمي أقرّ الطبيب أن له صلة بهشاشة العظام التي تحدث بعد انقطاع الطمث، ولا يمكن أن تتناول الدواء بنفسك • بعض المستحضرات: يغطي برنامج Medicare المستحضرات إذا قام الطبيب بتحضيرها وقام شخص مدرب بشكل صحيح (قد يكون أنت، المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب. • بعض الأدوية المضادة للسرطان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان التي تؤخذ عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحاً في شكل قابل للحقن أو كان الدواء دواء أولياً (شكل فموي من الدواء يتحول، عند تناوله، إلى نفس المكون النشط الموجود في الدواء القابل للحقن). مع توفر أدوية السرطان الجديدة التي تؤخذ عن طريق الفم، قد يغطيها القسم B. إذا كان القسم B لا يغطيها، فسيغطيها القسم D يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	أدوية القسم B في برنامج Medicare (تابع) • الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل أو في غضون 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو يتم استخدامها كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان عن طريق الوريد • بعض أدوية مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (End-Stage Renal Disease, ESRD) في برنامج Medicare • الأدوية المحاكية للكالسيوم والأدوية الرابطة للفوسفات بموجب نظام دفع ESRD، بما في ذلك الدواء عن طريق الوريد Parsabiv®، والأدوية عن طريق الفم Sensipar • بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، ومضاد الهيبارين (عندما يكون ذلك ضروريًا من الناحية الطبية) والتخدير الموضعي • عوامل تحفيز تكوين كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare عقار Erythropoietin عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من ESRD أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج الأنيميا المرتبطة ببعض الحالات الأخرى (مثل Epogen® أو Procrit® أو Epoetin Alfa أو Aranesp® أو Darbepoetin Alfa® أو Mircera®) (Methoxy olyethylene lycol-epotin beta) • الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية عن طريق الوريد (IV) والتغذية بالأنبوب) نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب القسم B في برنامج Medicare ومعظم اللقاحات للبالغين بموجب مزايا الأدوية من القسم D في برنامج Medicare. يفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا مزايا الأدوية لدينا. إذ يوضح القواعد التي يتعين عليك اتباعها كي تتم تغطية الوصفات الطبية. يفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا يشرح ما تدفعه مقابل أدويةك من خلال خطتنا. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	إقامة المرضى لتلقي العلاج داخل المستشفى: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني (Skilled nursing facility, SNF) أثناء إقامة المرضى غير المغطاة لتلقي العلاج داخل المستشفى نحن لا ندفع مقابل إقامتك لتلقي العلاج داخل المستشفى إذا كنت قد استخدمت كل مزايا تلقي العلاج داخل المستشفى الخاصة بك أو إذا كانت الإقامة غير معقولة وغير ضرورية من الناحية الطبية. ومع ذلك، في بعض الحالات التي لا تتم فيها تغطية رعاية تلقي العلاج داخل المستشفى، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو مركز خدمات التمريض. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • خدمات الطبيب • الفحوصات التشخيصية مثل اختبارات المعمل • العلاج بالأشعة السينية والراديو والنظائر المشعة، بما في ذلك المواد والخدمات المخصصة للممارسين الفنيين • الضمادات الجراحية • الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع • الأجهزة التعويضية والتقويمية، فيما عدا المستخدمة لعلاج الأسنان، بما فيها استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة. هذه هي الأجهزة التي تحل محل كل أو جزء من: ○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو ○ وظيفة عضو داخلي مُعطل أو به خلل وظيفي. • دعائم الساق والذراع والظهر والرقبة، وأحزمة الفتق، والأطراف الاصطناعية للساقين والذراعين، والعيون الاصطناعية. تتضمن هذه الأعضاء عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال لعلاج الكسور أو التلف أو الفقد، أو لعلاج تغيّر في حالتك. • العلاج البدني وعلاج التخاطب والعلاج المهني قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	الإقلاع عن التدخين واستعمال التبغ تتم تغطية الاستشارة للإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ في العيادات الخارجية والمستشفيات للأشخاص الذين يستوفون هذه المعايير: • استعمال التبغ، بغض النظر عما إذا كانت تظهر علامات أو أعراض مرضية ترتبط بالتبغ • أن تكون منتهياً ومستيقظاً أثناء الاستشارة • يقدم المشورة طبيب مؤهل أو ممارس آخر معترف به من قبل Medicare ونغطي محاولتي إقلاع في السنة (قد تشمل كل محاولة أربع دورات متوسطة أو مكثفة كحد أقصى، مع ما يصل إلى ثماني جلسات في السنة).



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 برامج تثقيفية للصحة والعافية* نوفر الكثير من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتتضمن: • حالات التوعية الصحية؛ • حالات التوعية الغذائية؛ • الإقلاع عن التدخين واستعمال التبغ؛ و • الخط الساخن للتمريض برامج تساعدك على البقاء بصحة جيدة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • مواد مكتوبة عن التوعية الصحية، بما في ذلك الرسائل الإخبارية • برامج توعوية البرامج التوعوية التي تركز على الحالات الصحية مثل: • ارتفاع ضغط الدم • الكوليسترول • مرض الربو • نظام غذائي خاص برامج تثقيفية مصممة لإثراء صحتك وأسلوب حياتك، بما في ذلك: • إدارة الوزن • اللياقة البدنية • إدارة التوتر NurseHelp 24/7 أجر حوارًا سريعًا ومباشرًا عبر الإنترنت مع ممرضة مُسجلة، على مدار 24 ساعة يوميًا عندما يكون لديك مشكلة طبية، فإن مكالمة واحدة إلى الخط الساخن المجاني الخاص بنا تجعلك على اتصال بممرضة مسجلة ستستمع إلى مخاوفك وتساعدك في الوصول إلى حل. اتصل على (TTY: 711) 1-877-304-0504 على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية

ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 برامج تثقيفية للصحة والعافية* (تابع) SilverSneakers ستتمتع بمزايا اللياقة البدنية من خلال SilverSneakers التي تتضمن: • شبكة وطنية من صالة الألعاب الرياضية المشاركة ومواقع المجتمع مع فصول لياقة بدنية جماعية ووسائل الراحة في مواقع مختارة - الاشتراك في العديد من المواقع كما تريد • فصول وحلقات عمل مباشرة عبر الإنترنت من خلال SilverSneakers LIVE™ على مدار 7 أيام/أسبوعيًا، صباحًا وبعد الظهر ومساءً • مقاطع فيديو برنامج التدريب والعافية وممارسة التمارين الرياضية عبر الإنترنت حسب الطلب من خلال SilverSneakers On-Demand™ عند الطلب على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع • وصول تطبيق الهاتف المحمول إلى برامج اللياقة البدنية وتتبع النشاط وبطاقة معرف العضوية الخاصة بك من خلال SilverSneakers GO™ على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع • التواصل المجتمعي ودعم الرفاهية شخصيًا وافترضيًا من خلال مجتمع SilverSneakers لبدء استخدام الميزة، ابحث عن رقم تعريف SilverSneakers ومواقع اللياقة البدنية والفصول في silversneakers.com. إذا كانت لديك أسئلة إضافية حول ميزتك، اتصل برقم [TTY: 711] 1-888-423-4632 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 5 م بتوقيت المحيط الهادئ. عندما تذهب إلى موقع اللياقة البدنية المشارك الذي تختاره، سيقوم الموظفون بتسجيلك في نظامهم باستخدام رقم تعريف SilverSneakers الخاص بك. كما يمكنك طلب جولة في الموقع للاطلاع على جميع وسائل الراحة ومكان وجود الفصول الدراسية. تُقدم مجموعات اللياقة البدنية المنزلية للأعضاء الذين يرغبون في بدء ممارسة التمارين في المنزل أو للذين لا يستطيعون الذهاب إلى مراكز اللياقة البدنية المشاركة بسبب إصابة أو مرض لكونهم ملازمين للمنزل. يمكن للأعضاء اختيار مجموعة واحدة في السنة، وتشمل كل مجموعة دليل البدء السريع. تشمل مجموعات اللياقة البدنية المتاحة: • المشي - يتضمن عداد الخطى. • شد الجسم (التنسيق) - يتضمن كرة تمارين. • القوة - يتضمن حبل مقاومة. • اليوغا - يتضمن حزام اليوغا. تحدث دائمًا مع طبيبك قبل البدء في برنامج التمرين. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) تدفع خطتنا مقابل خدمات MDPP للأشخاص المؤهلين. تم تصميم MDPP لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. ويقدم التدريب العملي في: • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، و • زيادة النشاط البدني، و • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.
\$0	 التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري وخدماته ومستلزماته سندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): • مستلزمات لمراقبة الجلوكوز في الدم، وتتضمن ما يلي: ○ جهاز قياس نسبة السكر في الدم ○ شرائط اختبار نسبة الجلوكوز في الدم ○ أجهزة وأخذ الدم وأدوات أخذ عينة الدم ○ تحاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة القياس • بالنسبة للأفراد الذين يعانون من مرض السكري مع مرض القدم السكري الحاد، سندفع مقابل الخدمات التالية: ○ زوج من الأحذية العلاجية المصممة حسب المقاس (بما في ذلك بطانات الأحذية) مع إجراء ملائمة القياس، وزوج من بطانات الأحذية لكل سنة تقويمية، أو ○ زوج واحد من الأحذية العريضة، مع إجراء ملائمة القياس، وثلاثة أزواج من بطانات الأحذية (لا يتضمن ذلك بطانات الأحذية القابلة للنزع غير المصممة حسب المقاس التي تأتي مع هذه الأحذية) • سندفع نظير التدريب على مساعدتك في التحكم في مرض السكري في بعض الحالات. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء. بالنسبة لشرائط الاختبار وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم، فإن الشركة المصنعة المفضلة هي شركة Abbott. لن تتطلب شرائط اختبار FreeStyle® (التي تصنعها شركة Abbott) وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم حصولك على موافقة مسبقة من طبيبك (تسمى أحياناً "تصريح مسبق") من الخطة. ستتطلب شرائط الاختبار وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى حصولك على موافقة مسبقة من طبيبك (يطلق عليها أحياناً "تصريح مسبق") من الخطة. ستتطلب أجهزة مراقبة الجلوكوز والمستلزمات المستمرة (مثل أجهزة الاستشعار/أجهزة الاستقبال) تصريحاً مسبقاً. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	التطعيمات  سندفع مقابل الخدمات التالية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في فصل الخريف والشتاء، مع لقاحات الإنفلونزا الإضافية إذا كان الأمر ضروريًا من الناحية الطبية • لقاحات الالتهاب الكبدي B إذا لم تتلق سلسلة كاملة أبدًا، أو كنت لا تعرف تاريخ التطعيم، أو لديك أي حالة أخرى تجعلك معرضًا لخطر كبير أو متوسط للإصابة بالالتهاب الكبدي B • لقاحات كوفيد-19 • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (Human Papillomavirus, HPV) • لقاحات أخرى إذا كنت في خطر وتفي بقواعد تغطية القسم B في برنامج Medicare سندفع ثمن اللقاحات الأخرى التي تدرج ضمن قواعد القسم D في برنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا. نحن أيضًا ندفع ثمن جميع اللقاحات للبالغين وفقًا لما أوصت به اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).

ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 لكل خدمة توصيل وجبة منزلية تخضع للتغطية	توصيل الوجبات للمنزل* عند الخروج من المستشفى بعد تلقي العلاج داخلها أو الإقامة في مركز خدمات التمريض المهني، فإننا نغطي: • 22 وجبة و 10 وجبات خفيفة لكل خروج من المستشفى • ستُقسَّم الوجبات العادية والوجبات الخفيفة إلى ما يصل إلى عمليتي تسليم منفصلة حسب الحاجة. • تقتصر التغطية على مرتين خروج من المستشفى في السنة لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (أرقام الهواتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند). *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المشمولة بالتغطية، سواء في حالة طارئة أو غير طارئة، النقل البري والجوي (بالبطائرة أو المروحية). سنتفكك وحدات الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنك الحصول على رعاية به. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك إلى الخطر. ويجب أن نوافق على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة). في حالة ما إذا كانت الحالة غير طارئة، قد ندفع قيمة خدمات الإسعاف. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك للخطر. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 لخدمات الأسنان الخاضعة لتغطية Medicare	خدمات الأسنان نحن ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تقييمات الفم والأشعة السينية للأسنان ثلاثية الأبعاد والتيجان وأطقم الأسنان. ما لا نغطيه متاح من خلال Medi-Cal Dental، الموضح في القسم G2 أدناه. نحن ندفع مقابل بعض خدمات الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو خلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم قبل زراعة الأعضاء. بالإضافة إلى ذلك، نحن نغطي بعض خدمات الأسنان الشاملة*. يوضح جدول إجراءات مزايا طب الأسنان (الموجود في هذا الفصل بعد جدول المزايا) إجراءات طب الأسنان المحددة التي تغطيها هذه الميزة. الخدمات المذكورة هي مزايا مشمولة بالتغطية عندما يتم توفيرها من خلال طبيب أسنان معتمد تابع للشبكة وعندما تكون ضرورية ومألوفة وفقًا لما تحدده معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا. تتوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى الخدمات الخاضعة للتغطية بعد جدول إجراءات مزايا طب الأسنان. قد لا تكون جميع الخدمات الخاضعة للتغطية مناسبة للجميع. يجب عليك الاعتماد على طبيب أسنان تابع لشبكتك لتحديد الرعاية المناسبة لك. قد تنطبق قيود المزايا و/أو التصريح المسبق و/أو الإحالات على خدمات معينة للأسنان. تتوفر بعض خدمات الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. يتوفر المزيد من المعلومات على موقع SmileCalifornia.org الإلكتروني. يشمل برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل: • الفحوصات الأولية والأشعة السينية وجلسات التنظيف والعلاج بالفلورايد • الترميم والتيجان • علاج قناة الجذر • أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، وتعديلها وإصلاحها وإعادة تبطينها لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على رقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على رقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو Medi-Cal Dental لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org لمزيد من المعلومات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات

مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات إضافية للرعاية الصحية عن بُعد* تقدم Teladoc Health استشارات طبية عبر الهاتف أو الفيديو 24/7/365. يمكن لأطباء Teladoc Health تشخيص وعلاج الحالات الطبية الأساسية ويمكنهم أيضًا وصف أدوية معينة. خدمة Teladoc Health هي خدمة تكميلية لا تهدف إلى استبدال الرعاية المقدمة من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. يرجى تسجيل الدخول إلى blueshieldca.com/teladochealth أو تطبيق Blue Shield of California لطلب زيارة. إذا كانت لديك أسئلة، يمكنك التواصل مع Teladoc Health عبر الهاتف على رقم [TTY: 711] 1-800-835-2362 (1-800-Teladoc)، على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع، 365 يومًا في السنة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0 لكل زيارة علاجية فردية أو جماعية	خدمات اضطراب تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الفحص والاستشارة بخصوص إساءة استخدام الكحول • علاج إساءة استخدام المخدرات • المشورة الفردية أو الجماعية على يد طبيب مؤهل • إزالة السموم في المرحلة تحت الحادة ضمن برنامج علاج الإدمان أثناء الإقامة • خدمات علاج تعاطي الكحول و/أو المخدرات في مراكز علاج العيادات الخارجية المركزة • دواء Naltrexone ممتد المفعول (vivitrol) قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات

مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات إعادة التأهيل الرئوي سندفع نظير برامج إعادة التأهيل الرئوي بالنسبة للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) الذي تتراوح شدته بين المتوسطة والحادة للغاية. يجب أن تحصل على إحالة بإعادة التأهيل الرئوي صادرة من طبيب أو موفر رعاية مختص بمعالجة COPD. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0
خدمات إعادة التأهيل القلبي سندفع نظير خدمات إعادة التأهيل القلبي التي تتضمن التدريبات والتنقيف والاستشارة. يجب أن تتوفر في الأعضاء شروط معينة عند الحصول على إحالة من طبيب. نغطي هذه البرامج الشاملة إذا كنت تعاني من حالة واحدة على الأقل من الحالات التالية: • نوبة قلبية خلال 12 شهرًا الماضية • جراحة مجازة الشريان التاجي • الذبحة الصدرية المستقرة (ألم الصدر) • إصلاح صمام القلب أو استبداله • رأب الشريان التاجي (إجراء طبي يُستخدم لفتح شريان مسدود) أو تركيب دعامة في الشريان التاجي (إجراء يُستخدم لإبقاء الشريان مفتوحًا) • زراعة القلب أو زراعة القلب والرئتين • فشل القلب المزمن المستقر قيود التغطية: يمكنك الحصول على ما يصل إلى 36 جلسة لإعادة تأهيل القلب. يمكنك الحصول على جلستين يوميًا (تستغرق كل جلسة ساعة واحدة)، ويمكن أن يستمر البرنامج لمدة تصل إلى 36 أسبوعًا. إذا كنت مؤهلاً، فقد تتمكن من الحصول على 36 جلسة إضافية يمكن توزيعها على فترة زمنية أطول. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات إعادة التأهيل لمرضى العيادات الخارجية سندفع نظير خدمات العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل لمرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، وعيادات المعالجين المستقلين، ومراكز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facilities, CORF) وأماكن أخرى. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية (Opioid Treatment Program, OTP) تدفع خطتنا تكاليف الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (Opioid Use Disorder, OUD) من خلال OTP الذي يتضمن الخدمات التالية: • أنشطة الاستقبال الأولية • التقييمات الدورية • الأدوية المعتمدة من هيئة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA)، وإدارة هذه الأدوية وإعطائها لك، إن أمكن • استشارات اضطراب تعاطي المخدرات • العلاج الفردي والجماعي • اختبار العقاقير الدوائية أو المواد الكيميائية في الجسم (اختبار السموم) قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 \$0 (تقتصر التغطية على 12 زيارة سنوياً للخدمات غير المغطاة ببرنامج Medicare)	خدمات تقويم العمود الفقري سندفع مقابل الخدمات التالية: • تعديلات العمود الفقري لتصحيح الاستقامة قد يلزم الحصول على إحالة، وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك. خدمات تقويم العمود الفقري (غير المغطاة من قبل برنامج Medicare)* تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • الفحوصات الأولية واللاحقة • تعديلات تقويم العمود الفقري • العلاجات المساعدة • الأشعة السينية (تقويم العمود الفقري فقط) تُقدّم الخدمات غير المُغطاة من جانب برنامج Medicare من خلال American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). يجب أن يتم تحديد الخدمات الخاضعة للتغطية حسب الضرورة الطبية من جانب خطط ASH. لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans، يمكنك التواصل مع ASH Plans على [TTY: 711] 678-9133 (800)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر ومن الأحد إلى السبت، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. يمكنك أيضاً الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	خدمات تلقي العلاج داخل مستشفى الطب النفسي سندفع نظير خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة في المستشفى. • إذا كنت تحتاج إلى خدمات تلقي العلاج داخل مستشفى متخصصة في الرعاية النفسية، سندفع نظير إقامتك لفترة أولى مدتها 190 يوماً. بعد ذلك، تدفع وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة تكاليف خدمات الطب النفسي الضرورية من الناحية الطبية لتلقي العلاج داخل المستشفى. يُنسّق الحصول على تصريح الرعاية بعد الفترة الأولى ومدتها 190 يوماً مع وكالة الصحة العقلية في المقاطعة المحلية. ○ لا ينطبق الحد الذي يبلغ 190 يوماً على خدمات الصحة العقلية التي يتم توفيرها في وحدة الرعاية النفسية بمستشفى عام. • إذا كان عمرك 65 عاماً أو أكبر، فسندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في معهد الأمراض العقلية (Institute for Mental Diseases, IMD). قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات تنظيم الأسرة يتيح لك القانون اختيار أي موفر رعاية – سواء كان موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة – لخدمات معينة لتنظيم الأسرة. ويعني هذا أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو مكتب تنظيم أسرة. سندفع مقابل الخدمات التالية: • اختبار تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • معمل تنظيم الأسرة والفحوصات التشخيصية • وسائل تنظيم الأسرة (وسائل IUD/IUC لمنع الحمل)، الغرسات، الحقن، حبوب منع الحمل، اللاصقة، أو الحلقة) • صرفيات تنظيم الأسرة المقررة بوصفة طبية (واقٍ ذكري أو إسفنجة أو فوم أو أقراص أو غشاء حاجز أو أغشية) • خدمات محدودة للخصوبة مثل الاستشارات والتوعية بشأن أساليب التوعية بالخصوبة و/أو الاستشارات الصحية السابقة للحمل، والاختبارات والعلاج للأمراض المعدية المنقولة جنسياً (Sexually Transmitted Infections, STIs) • استشارات واختبارات HIV و AIDS والحالات الأخرى المتعلقة بـ HIV. • وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الطريقة لتنظيم الأسرة. يجب عليك التوقيع على استمارة موافقة فيدرالية على التعقيم قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن ليس أكثر من 180 يومًا قبل تاريخ الجراحة). • الاستشارات الوراثية ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب أن تستشير موفر رعاية تابع لشبكة موفري الرعاية لدينا للحصول على الخدمات التالية: • العلاج الطبي لحالات العقم (لا تتضمن هذه الخدمة وسائل صناعية للحمل). • علاج AIDS والحالات المتعلقة بـ HIV • اختبارات الجينات الوراثية
\$0	خدمات دولا بالنسبة للسيدات الحوامل، نقوم بدفع تكاليف تسع زيارات لدى دولا خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة. ويمكن أيضًا توفير ما يصل إلى تسع زيارات إضافية بعد الولادة.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات السمع ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها أحد موفري الرعاية. توضح لك هذه الاختبارات ما إذا كنت تحتاج إلى علاج طبي أم لا. ويتم التعامل مع تغطيتها بوصفها مماثلة لتلقي الرعاية في عيادات خارجية عند الحصول عليها من طبيب أو اختصاصي أو موفر رعاية مؤهل آخر. خدمات السمع (غير مشمولة بتغطية برنامج Medicare)* تتضمن هذه الخطة خدمات السمع بالإضافة إلى تلك التي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. تشمل المزايا ما يلي: • لديك بدل بقيمة \$1,500 سنوياً لخدمات السمع التالية غير المغطاة ببرنامج Medicare: ○ اختبار سمع روتيني واحد (غير مشمول بتغطية برنامج Medicare). ○ ما يصل إلى وسيلتين للمساعدة السمعية (ينطبق على كلتا الأذنين معاً) ○ ما يصل إلى تركيب وتقييم وسيلتي مساعدة للسمع • يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مورد وسائل المساعدة السمعية الذي تختاره. • لا يمكن دمج هذا البديل مع بدلك البالغ \$240 لكل ربع سنة المخصص للطعام والمنتجات الغذائية (في حال استيفاء الشروط المؤهلة) والأدوية والمستلزمات التي لا تتطلب وصفة طبية (Over-the-Counter, OTC). • تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل عام ولا يمكن ترحيل أي بدل غير مستخدم من عام إلى عام. سوف تتلقى دليل الأعضاء عبر البريد بالإضافة إلى بطاقة Flex الخاصة بك. بطاقة Flex هي بطاقة إنفاق تُحمل مسبقاً بالبدلات المؤهلة، والتي يمكن استخدامها للمساعدة في دفع تكاليف المزايا المغطاة. سيصف دليل الأعضاء الخاص بك البدلات المتاحة المحملة مسبقاً على بطاقة Flex الخاصة بك كما يوضح مكان الاطلاع على مزيد من التفاصيل بشأن المزايا الخاضعة للتغطية وكيفية إدارة حسابك. للمزيد من المعلومات حول هذه الميزة، اتصل على رقم [TTY: 711] 1-877-429-3245، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضاً زيارة bscaflexbenefits.com عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل. *لا تنطبق الخدمات على حد المصروفات النثرية. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	خدمات السمع (تابع) بالإضافة إلى خدمات السمع غير المغطاة ببرنامج Medicare الموضحة في هذا القسم، فإننا ندفع أيضًا مقابل وسائل المساعدة السمعية عندما يصفها طبيب أو موفر رعاية مؤهل آخر، بما في ذلك: • قوالب الأذن والمستلزمات والدعامات الداخلية • الإصلاحات • الضبط الأولي للبطاريات • ست زيارات للتدريب والضبط والتركيب من خلال نفس المورد بعد الحصول على وسيلة المساعدة السمعية • الفترة التجريبية لإيجار وسائل المساعدة السمعية • أجهزة الاستماع المساعدة، وأجهزة السمع بتوصيل العظم السطحية. خدمات السمع المتعلقة بوسائل المساعدة السمعية وخدمات ما بعد التقييم
\$0	خدمات طب الأقدام سندفع مقابل الخدمات التالية: • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهماز العقب) • رعاية روتينية للقدم للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية تؤثر على الساقين، مثل مرض السكري • العناية الروتينية بالقدم (غير خاضعة لتغطية برنامج Medicare)* تغطي: ○ قصّ أو إزالة مسامير القدم والكالو ○ تهذيب الأظافر أو قصّها أو تقليمها أو إزالة الأنسجة الميتة حولها *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. قد يلزم الحصول على إحالة، وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات الطبيب/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب سندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية من الناحية الطبية التي تقدم في أماكن منها: ○ عيادة الطبيب المعالج ○ مركز معتمد لجراحات اليوم الواحد ○ أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى ○ أي موقع آخر • الاستشارات والتشخيص والعلاج من قبل اختصاصي • الفحوصات الأساسية للسمع والتوازن التي يُجريها موفر الرعاية الأولية الخاص بك، إذا طلب طبيبك إجراءها لمعرفة ما إذا كنت بحاجة لعلاج طبي أم لا • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك خدمات الطبيب المعالج لعلاج الحالات غير الطارئة مثل أعراض البرد والإنفلونزا والحساسية والتهاب الشعب الهوائية وعدوى الجهاز التنفسي ومشاكل الجيوب الأنفية والطفح الجلدي والتهاب العينين والصداع النصفي وما إلى ذلك. ○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة حضورية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد، يجب عليك استخدام موفر رعاية تابع للشبكة يقدم الخدمة عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد. ○ راجع قسم "خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية" في جدول المزايا لمزيد من المعلومات. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بمرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) للأعضاء الذين يقومون بغسيل الكلى بالمنزل الذي يتبع المستشفى أو مركز الغسيل الكلوي في المستشفى المتاح لرعاية الحالات الحرجة أو مرفق الغسيل الكلوي أو في المنزل • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أو تقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات أو اضطراب الصحة العقلية المتزامن بغض النظر عن موقعك يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية	\$0

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية التي تقدمها عيادات الصحة الريفية والمراكز الصحية المحلية المؤهلة. • الفحص الافتراضي (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو مكالمات الفيديو) مع طبيبك لمدة خمس عشر دقائق إذا ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لم يرتبط الفحص بزيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية و ○ لم يؤدي الفحص إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك خلال 24 ساعة إذا: ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لم يرتبط التقييم بزيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية و ○ لم يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • إجراء استشارة بين طبيبك وأطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني، إذا لم تكن مريضًا جديدًا • رأي آخر من موفر رعاية آخر تابع للشبكة قبل إجراء العملية الجراحية قد يلزم الحصول على إحالة، وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك
\$0	خدمات العلاج الجزئي بالمستشفى وخدمات العيادات الخارجية المكثفة العلاج الجزئي بالمستشفى هو برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. يُقدّم كخدمة عيادات خارجية في المستشفى أو من خلال أحد المراكز العامة للصحة العقلية، وتكون أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة طبيبك أو معالجك أو معالج الزواج والأسرة المعتمد (Licensed marriage and Family Therapist, LMFT) أو مكتب المستشار المهني المرخص. ويمكن أن يساعدك في أن تتجنب الإقامة بالمستشفى. خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظم لعلاج الصحة السلوكية (العقلية) النشطة المقدمة على أنها خدمة العيادات الخارجية بالمستشفى أو المراكز العامة للصحة العقلية أو مركز صحي محلي مؤهل من الحكومة الفيدرالية أو عيادة صحية ريفية أكثر كثافة من الرعاية التي تم تلقيها في عيادة طبيبك أو معالجك أو أخصائي العلاقات الزوجية والأسرية، أو LMFT أو عيادة مستشار محترف معتمد ولكن أقل كثافة من العلاج الجزئي في المستشفى. ملاحظة: نظرًا لعدم وجود المراكز العامة للصحة العقلية في شبكتنا، فإننا نغطي العلاج الجزئي في المستشفى فقط كخدمات العيادات الخارجية في المستشفى. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى سندفع نظير الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تتلقاها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص المرض أو الإصابة أو علاجهما، مثل: • الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية مثل خدمات الجراحة أو الملاحظة في العيادات الخارجية • الاختبارات المعملية والفحوصات التشخيصية التي أصدرت المستشفى فاتورة بها • رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج الجزئي بالمستشفى، إذا شهد الطبيب بأن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوباً بدونها • الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى التي أصدرت المستشفى فاتورة بها • المستلزمات الطبية مثل الجبائر بأنواعها • بعض الأدوية والمنتجات البيولوجية التي لا يمكنك تناولها بنفسك قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
0\$	الخدمات المجتمعية للكبار (Community Based Adult Services, CBAS) CBAS هو مركز خارجي أو مرفق يعتمد على برنامج الخدمة حيث يحضر الأشخاص وفقاً لمواعيد محددة. ويوفر الرعاية التمريرية المتخصصة، وخدمات مجتمعية، والعلاجات (متضمنة العلاج المهني والعلاج البدني وعلاج التخاطب)، والرعاية الشخصية، وتدريب مقدم الرعاية أو العائلة، والخدمات الغذائية، ووسائل النقل، وخدمات أخرى. سندفع نظير CBAS في حالة استيفاء معايير الأهلية للحصول على المساعدة بشأن الأهلية للحصول على CBAS، اتصل بمنسق الرعاية التابع لـ Blue Shield على رقم 1-888-548-5765، من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. ملاحظة: إذا لم يكن مركز CBAS متوفراً، يمكننا توفير هذه الخدمات منفصلةً.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الخدمات الوقائية من مرض الربو يمكنك الحصول على تنقيف حول مرض الربو وتقييم البيئة المنزلية لبحث وجود محفزات شائعة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من مرض الربو الذي لا يمكن السيطرة عليه بشكل جيد.	\$0
خدمات ومستلزمات أمراض الكلى سندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات التوعية بأمراض الكلى لتوفير الوعي برعاية الكلى ومساعدتك في اتخاذ قرارات مدروسة بشأن ما تتلقى من رعاية. يجب أن تكون في المرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن وأن تحصل على إحالة من طبيبك. نغطي ما لا يزيد عن ست جلسات من خدمات التوعية بأمراض الكلى. • علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمة مؤقتًا، كما هو موضح في الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا، أو عندما يكون موفر رعاية هذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. • علاج الغسيل الكلوي بالمستشفى في حال دخولك المستشفى باعتبارك مريضًا مقيمًا لتلقي الرعاية الخاصة • التدريب على غسيل الكلى الذاتي، ويتضمن ذلك تدريبك وتدريب أي شخص يساعدك في علاج غسيل الكلى بالمنزل • معدات ومستلزمات غسيل الكلى المنزلية • خدمات دعم منزلي محددة، مثل الزيارات الضرورية التي يقوم بها أخصائيو غسيل الكلى المدربون لمتابعة غسيل الكلى بالمنزل، وللمساعدة في الحالات الطارئة، وللتحقق من أجهزة غسيل الكلى والإمدادات المائية. يدفع القسم B في برنامج Medicare مقابل بعض أدوية غسيل الكلى. للحصول على معلومات، راجع "أدوية القسم B في برنامج Medicare" في هذا الجدول. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	رعاية الإبصار  سندفع مقابل الخدمات التالية: • فحص روتيني للعين مرة كل عام • حتى مبلغ \$100 للنظارات الطبية (الإطارات والعصسات) أو حتى \$100 للعصسات اللاصقة كل سنتين. ندفع نظير خدمات طبيب العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتهما. على سبيل المثال، علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. بالنسبة للأشخاص المعرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما (المياه الزرقاء)، ندفع نظير فحص الجلوكوما لمرة واحدة كل عام. يتضمن الأشخاص المعرضون بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما: • الأشخاص الذين أصيبوا بالجلوكوما لعامل وراثي عائلي • الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري • الأمريكيون من أصل إفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر • الأمريكيون الهسبانيون الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري، ندفع مقابل إجراء فحص لا اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة سنويًا. ندفع نظير زوج واحد من النظارات أو العصسات اللاصقة بعد جراحة كترأكت (إزالة إعتام عدسة العين) عندما يضع الطبيب عدسة داخل مقلة العين. إذا كنت ستخضع لعمليتين منفصلتين لعلاج إعتام عدسة العين، يلزمك أن تحصل على نظارة بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى وإن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 مقابل فحص واحد كل عام عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. \$0 لإطارات النظارات (بسرر يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$500) كل عامين عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسرر يزيد عن \$500، فأنت مسؤول عن دفع الفرق. \$0 إما <u>لزوج</u> واحد من عدسات النظارات الطبية الموصوفة (بغض النظر عن المقاس أو القوة) أو لعدسات لاصقة (بسرر يصل إلى \$500 لخدمة العدسات اللاصقة وموادها) كل عامين عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. ولا تخضع الخدمات التي يتم الحصول عليها من موفر رعاية غير مشارك للتغطية. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من \$500، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.	رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)* تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: - فحص العين الروتيني، بما في ذلك الانكسار وكشف عدسات النظارات. إذا أوصى موفر الرعاية بإجراءات إضافية، فأنت مسؤول عن دفع التكاليف الإضافية. تتطلب فحوصات العدسات اللاصقة رسومًا إضافية. أنت مسؤول عن دفع التكلفة الإضافية. - إطارات النظارات. - عدسات النظارات أو العدسات اللاصقة. إذا اخترت عدسات النظارات، يمكنك اختيار العدسات المفردة، ثنائية البؤرة بخط فاصل، ثلاثية البؤرة بخط فاصل، العدسية. إذا اخترت العدسات الأخرى غير المدرجة أو العلاجات الإضافية، فستكون مسؤولاً عن دفع التكاليف الإضافية، حتى إذا ظل إجمالي التكاليف ضمن البذل. لا يشترط الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة). استخدم دليل الإبصار أو انتقل إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر الرعاية المشارك في شبكة Vision Service Plan (VSP) (مسؤول Blue Shield Vision Plan). *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات الشهرية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	رعاية الصحة العقلية في العيادات الخارجية سندفع نظير خدمات الصحة العقلية التي يقدمها: • طبيب أمراض نفسية أو طبيب مُرخّص من قبل الولاية • أخصائي في علم النفس السريري • اختصاصي اجتماعي سريري (Clinical Social Worker, CSW) • اختصاصي تمريض سريري (Clinical Nurse Specialist, CNS) • مستشار محترف معتمد (Licensed Professional Counselor, LPC) • معالج زواج وأسرّة معتمد (Licensed Marriage and Family Therapist, LMFT) • ممارس تمريض (Nurse Practitioner, NP) • طبيب مساعد (Physician Assistant, PA) • أي أخصائي آخر في رعاية الصحة العقلية مؤهل من قبل برنامج Medicare على النحو المصرّح بموجب القوانين السارية في الولاية سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الخدمات الطبية السريرية • العلاج اليومي • خدمات إعادة التأهيل النفسي • برامج العلاج الجزئي بالمستشفى أو العناية المركزة بالعيادات الخارجية • تقييم وعلاج الصحة العقلية للأفراد والمجموعات • الاختبارات النفسية عندما توصف سريريًا لتقييم نتائج الصحة العقلية • خدمات العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالعقاقير الدوائية • معمل العيادات الخارجية والأدوية والصرفيات والمكملات الغذائية • استشارات العلاج النفسي قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 يتعين عليك الحصول على موافقة من خطتنا لمواصلة الحصول على تلقي العلاج داخل المستشفى في مستشفى غير تابعة للشبكة بعد اجتياز حالتك الطارئة.	الرعاية الصحية في العيادات الداخلية نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية من الناحية الطبية غير المدرجة هنا: • الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة • خدمات التمرريض الدورية • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات الرعاية المركزة أو الرعاية التاجية • الأدوية والعقاقير الدوائية • الاختبارات المعملية • الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى • المستلزمات الطبية والجراحية الضرورية • الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة • خدمات غرفة العمليات وغرفة الإنعاش • العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب • خدمات علاج إدمان المخدرات للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى • في بعض الحالات، الأنواع التالية من عمليات الزراعة: القرنية، والكلى، والكلى/البنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، والنخاع العظمي، والخلية الجذعية، والأمعاء/أعضاء حشوية متعددة. إذا كنت في حاجة إلى إجراء عملية زراعة أعضاء، سيراجع مركز زراعة أعضاء معتمد من برنامج Medicare حالتك، ومن ثم يقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزراعة أم لا. قد يكون موفرو عمليات زراعة الأعضاء محليين أو من خارج منطقة الخدمة. إذا كان موفرو عمليات الزراعة المحليون مستعدين لقبول النسبة المحددة من قبل برنامج Medicare، حينها يمكنك الحصول على خدمات عمليات الزراعة محليًا أو خارج نموذج الرعاية لمجتمعك. إذا كانت خطتنا توفر خدمات زراعة الأعضاء في مواقع خارج نمط الرعاية لمجتمعنا واخترت إجراء عملية زراعة الأعضاء في هذا المكان، فإننا نرتب أو نغطي تكاليف الإقامة والسفر لك ولشخص آخر. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الرعاية الصحية في العيادات الداخلية (تابع) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه. تبدأ تغطية الدم الكامل وكريات الدم الحمراء المكسدة بدءًا من وحدة الدم الرابعة التي تحتاج إليها. يجب عليك إما دفع تكاليف أول ثلاث وحدات من الدم التي تحصل عليها خلال السنة التقويمية، أو التبرع بالدم بنفسك أو الحصول عليه من متبرع آخر. تُغطى جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من وحدة الدم الأولى. • خدمات الطبيب المعالج ملاحظة: لكي تكون مريضًا داخليًا يتلقى العلاج داخل المستشفى، يجب على موفر الرعاية الخاص بك كتابة أمر لدخولك رسميًا كمريض داخلي يتلقى العلاج داخل المستشفى. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر "مريضًا يتلقى العلاج في العيادات الخارجية". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا داخليًا يتلقى العلاج داخل المستشفى أو في العيادات الخارجية، فاسأل موظفي المستشفى. للمزيد من المعلومات، راجع صحيفة حقائق برنامج Medicare حول المزايا المتاحة في المستشفى على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو اتصل برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 إذا تلقيت رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية داخلية في المستشفى بعد استقرار حالتك الطارئة، يجب عليك الحصول على موافقة الخطة عن إقامتك الداخلية وتلقي العلاج داخل المستشفى قيمة المشاركة في التأمين تبلغ 20% للتغطية العاجلة العالمية (يتم الإعفاء من قيمة المشاركة في التأمين في حالة دخول المستشفى خلال يوم واحد لنفس الحالة).	رعاية الطوارئ رعاية الطوارئ هي الخدمات التي: • يقدمها موفر رعاية مدرب على توفير خدمات الطوارئ، و • المطلوبة لتقييم أو علاج حالة طبية طارئة. الحالة الطبية الطارئة هي مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة. وتكون هذه الحالة خطيرة جدًا، ويمكن أن يتوقع أي شخص على درجة متوسطة من المعرفة الصحية والدوائية بالنتيجة التالية إذا لم يحصل المصاب على الرعاية الطبية الفورية: • حدوث خطر جسيم على صحتك أو على جنينك؛ أو • ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ أو • خلل جسيم في أي من أعضاء الجسم؛ أو • فقدان أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة أحد الأطراف. • في حالة المرأة الحامل التي تكون في مرحلة المخاض النشط، عندما يحدث أي مما يلي: ○ عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. ○ يمثل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا على صحتك أو سلامة جنينك أو صحة الجنين. التغطية العالمية* لا يوجد حد سنوي مجمع لرعاية الطوارئ أو الخدمات اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها. *الخدمات المقدمة خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها لا تُحتسب ضمن حد المصروفات النثرية التي يدفعها العضو من ماله الخاص، وتُحدد الخطة.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الرعاية في مركز خدمات التمريض مركز خدمات التمريض (Nursing facility, NF) هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى. تتضمن الخدمات التي ندفع نظيرها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض • العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب • علاج الجهاز التنفسي • الأدوية التي تتناولها كجزء من خطة الرعاية. (وتتضمن هذه المواد التي توجد عادةً في الجسم طبيعيًا، مثل عوامل تخثر الدم.) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية التي تعطيها عادةً مراكز خدمات التمريض • الاختبارات المعملية التي تجريها عادةً مراكز خدمات التمريض • خدمات الأشعة السينية والتصوير بالأشعة الأخرى التي تقدمها عادةً مراكز خدمات التمريض • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مراكز خدمات التمريض • خدمات الطبيب المعالج/الطبيب الممارس • الأجهزة الطبية المُعمّرة • خدمات الأسنان بما فيها تركيب أطقم الأسنان • المزايا البصرية • فحوصات السمع • الرعاية الوقائية للعمود الفقري • خدمات طب الأقدام يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات

مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الرعاية في مركز خدمات التمريض (تابع) ستتلقى الرعاية عادةً من مراكز تابعة لشبكة التأمين. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا: • مركز خدمات التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلًا قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز خدمات التمريض). • مركز خدمات التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.
\$0	الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): للحصول على تعريف للرعاية في مركز خدمات التمريض المهني، انتقل إلى الفصل 12. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الغرف شبيهةالخاصة، أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية • الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المهني • العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب • الأدوية التي توصف لك ضمن خطة الرعاية، وتتضمن المواد التي توجد عادةً في الجسم، مثل عوامل تجلط الدم • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه • المستلزمات الطبية والجراحية التي تعطيها SNFs • الاختبارات المعملية التي تجريها SNFs • خدمات الأشعة السينية والتصوير بالأشعة الأخرى التي تقدمها مراكز خدمات التمريض • الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادة مراكز التمريض • خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية ستتلقى رعاية SNF عادةً من مراكز تابعة للشبكة. في ظل ظروف معينة، قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا: • مركز خدمات التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلًا قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز خدمات التمريض) • مركز خدمات التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 قيمة المشاركة في التأمين 20% للتغطية العاجلة العالمية (يتم الإعفاء من قيمة المشاركة في التأمين في حالة دخول المستشفى خلال يوم واحد لنفس الحالة).	الرعاية اللازمة بشكل عاجل الرعاية اللازمة بشكل عاجل هي رعاية مقدمة لعلاج ما يلي: • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، أو • مرض غير متوقع، أو • إصابة، أو • حالة تحتاج إلى رعاية فورية. إذا كنت في حاجة إلى الرعاية اللازمة بشكل عاجل، يجب أن تحاول أولاً الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الاستعانة بموفرين رعاية غير تابعين للشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إلى موفر رعاية تابع للشبكة لأنه نظراً لوقتك أو مكانك أو ظروفك، ليس من الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على هذه الخدمة من موفري الرعاية التابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبياً لحالة كامنّة ولكنها ليست حالة طبية طارئة). التغطية العالمية* ليس لديك حد سنوي لمجمع لتغطية رعاية الطوارئ أو الخدمات اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها، وهذه التكاليف لا تُحتسب ضمن الحد الأقصى للمصروفات النثرية في الخطة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الرعاية المخففة للآلام الرعاية المخففة للآلام مشمولة بتغطية خطتنا. الرعاية المخففة للآلام مخصصة للأشخاص الذين يعانون من مرض خطير. وتوفر رعاية تركز على المريض والأسرة، وتعمل على تحسين نوعية الحياة من خلال توقع المعاناة ومنعها ومعالجتها. الرعاية المخففة للآلام ليست رعاية الأمراض العضال، لا يشترط أن يكون متوسط العمر المتوقع لك ستة أشهر أو أقل للتأهل للحصول على الرعاية المخففة للآلام. يتم توفير الرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت الذي يتم فيه توفير الرعاية العلاجية/المنتظمة. تتضمن الرعاية المخففة للآلام ما يلي: • التخطيط للرعاية المتقدمة • التقييم والاستشارة بخصوص الرعاية المخففة للآلام • خطة رعاية تشمل جميع الرعاية المخففة للآلام والعلاجية المصرح بها، بما في ذلك الصحة العقلية والخدمات الطبية الاجتماعية • الخدمات المقدمة من فريق الرعاية المخصص لك • تنسيق الرعاية • إدارة الآلام والأعراض قد لا تحصل على رعاية المرضى بالأمراض العضال والرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت إذا كنت فوق سن 21 عامًا. إذا كنت تتلقى الرعاية المخففة للآلام وكنت جديرًا برعاية المرضى بالأمراض العضال، يمكنك طلب الانتقال إلى رعاية المرضى بالأمراض العضال في أي وقت.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
عندما تشترك في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare، يتم دفع تكاليف خدمات رعاية الأمراض العضال وخدمات القسم A والقسم B المتعلقة بتشخيصك بمرض عضال في مرحلة نهائية بواسطة Original Medicare وليس Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. \$0 مقابل الخدمات الاستشارية لرعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط)	رعاية المرضى بالأمراض العضال من حقك اختيار رعاية الأمراض العضال إذا قرر موفر الرعاية الخاص بك ومدير الشؤون الطبية لرعاية الأمراض العضال أن لديك تشخيصًا بمرض عضال في مرحلته النهائية. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك تلقي الرعاية من خلال أي من برامج رعاية الأمراض العضال المخصصة والمعتمدة من برنامج Medicare. يجب أن تساعدك خططنا في العثور على برامج رعاية الأمراض العضال المعتمدة من برنامج Medicare في منطقة خدمة الخط، بما في ذلك البرامج التي نملكها أو نتحكم فيها أو لدينا مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب رعاية الأمراض العضال الخاص بك موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • أدوية لعلاج الأعراض والألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية عند دخولك إلى مأوى رعاية الأمراض العضال، يحق لك البقاء في خططنا. ترسل فواتير خدمات رعاية الأمراض العضال والخدمات التي يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو B في برنامج Medicare والتي ترتبط بتشخيصك بوجود مرض عضال إلى برنامج Medicare: • سيدفع برنامج Original Medicare (بدلاً من خططنا) لموفر رعاية الأمراض العضال الخاص بك مقابل خدمات رعاية الأمراض العضال وأي خدمات من خدمات القسم A أو B المتعلقة بمرضك العضال. أثناء اشتراكك في برنامج رعاية الأمراض العضال، سيقوم موفر رعاية الأمراض العضال الخاص بك بتقديم فاتورة إلى Original Medicare مقابل الخدمات التي يدفع Original Medicare مقابلها. فيما يتعلق بالخدمات التي تتم تغطيتها من خلال خططنا والتي لا تتم تغطيتها من قبل القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare: • تغطي خططنا الخدمات التي لا يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. ونحن نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بتشخيصك في المرحلة النهائية أم لا. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	رعاية المرضى بالأمراض العضال (تابع) فيما يخص الأدوية التي قد تكون مشمولة بمزايا القسم D في برنامج Medicare بخططنا لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من رعاية الأمراض العضال وخططنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا. ملاحظة: إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للآلام، والتي توفر رعاية تتمركز حول المريض والأسرة على أساس الفريق لتحسين جودة حياتك. يمكن أن تتلقى الرعاية المخففة للآلام في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية العلاجية/المنتظمة. يُرجى الاطلاع على قسم الرعاية المخففة للآلام أدناه للحصول على مزيد من المعلومات. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية المرضى بالأمراض العضال، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو بخدمة العملاء لترتيب الخدمات. الرعاية غير التابعة لرعاية المرضى بالأمراض العضال هي الرعاية التي لا تتعلق بتشخيصك في المرحلة النهائية. تغطي خططنا الخدمات الاستشارية لرعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط) المقدمة للمريض في المرحلة النهائية من المرض الذي لم يختار ميزة رعاية الأمراض العضال. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية تغطي زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية لمرة واحدة. وتتضمن الزيارة ما يلي: - مراجعة حالتك الصحية، - التثقيف والاستشارات بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك الفحوصات والجرعات (أو الأمصال))، و - إحالات لجهات رعاية أخرى إذا لزم الأمر. ملاحظة: نحن نغطي الزيارة الوقائية "Welcome to Medicare" فقط خلال أول 12 شهرًا التي تكون مشاركا فيها في القسم B في برنامج Medicare. عند تحديد موعدك، أخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد زيارتك "Welcome to Medicare" الوقائية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية	
\$0	زيارة تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب) ندفع مقابل زيارة واحدة سنويًا، أو أكثر إذا كان الأمر ضروريًا من الناحية الطبية، إلى موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك للمساعدة في تقليل خطر إصابتك بأمراض القلب. أثناء الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يلي: • مناقشة استخدام الأسبرين، • التحقق من ضغط الدم، و/أو • نقدم لك نصائح للتأكد من أنك تتناول الطعام بشكل صحي.	
\$0	زيارة العافية السنوية يمكنك الحصول على فحص سنوي. وهذا الفحص لإجراء خطة وقائية أو تحديثها وفقًا لعوامل الخطورة الحالية. وندفع نظيره مرة واحدة كل 12 شهرًا. ملاحظة: لا يمكن أن تتم زيارتك السنوية الأولى للعافية في غضون 12 شهرًا من زيارة Welcome to Medicare. ومع ذلك، لا تحتاج إلى زيارة Welcome to Medicare للحصول على زيارات العافية السنوية بعد حصولك على القسم B لمدة 12 شهرًا.	
\$0	العلاج بالتغذية الطبية يستفيد من هذه الميزة الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أو أمراض الكلى دون إجراء غسيل كلوي. كما تتم الاستفادة منها بعد إجراء عملية زرع كلى عند الحصول على إحالة من طبيبك. سندفع نظير ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الفردية خلال العام الأول من تلقى خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. ثم ندفع نظير ساعتين من الخدمات الاستشارية الفردية كل عام. إذا حدث تغيير في الحالة المرضية أو العلاج أو التشخيص لديك، فقد تتوفر لك إمكانية الحصول على المزيد من ساعات العلاج حسب إحالة الطبيب. يجب الحصول على هذه الخدمات بوصفها طبية من طبيب، وأن تُجدد الإحالة سنويًا إذا كان العلاج مطلوبًا في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.	

ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (Supervised Exercise Therapy, SET) نحن ندفع مقابل SET للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (Peripheral Artery Disease, PAD) ممن لديهم إحالة إلى PAD من الطبيب المعالج المسؤول عن علاج PAD. خطتنا تدفع مقابل: • ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء جميع متطلبات SET • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا اعتبرها موفر الرعاية الصحية ضرورية من الناحية الطبية يجب أن يكون برنامج SET على النحو التالي: • جلسات مدتها 30 إلى 60 دقيقة من برنامج التمارين العلاجية والتدريبية لعلاج PAD لدى الأعضاء الذين يعانون من تشنجات في الساق بسبب ضعف تدفق الدم (العرج) • في العيادات الخارجية بالمستشفى أو في عيادة الطبيب المعالج • يقدمه موظفون مؤهلون يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر وتم تدريبهم على العلاج بالتمارين الرياضية لـ PAD • تحت الإشراف المباشر لطبيب أو مساعد طبيب (PA) أو ممارس تمرير (NP)/اختصاصي تمرير سريري (CNS) مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 لكل زيارة مغطاة للعلاج بالحقن في المنزل	العلاج بالحقن في المنزل تدفع خطتنا تكاليف العلاج بالحقن في المنزل، والذي يُعرف بأنه أدوية أو مواد بيولوجية يتم حقنها في الوريد أو حقنها تحت الجلد وتقدم لك هذه الخدمة في المنزل. هناك حاجة إلى ما يلي لإجراء الحقن في المنزل: • الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة؛ و • المستلزمات، مثل الأنابيب أو القسرة. تغطي خطتنا خدمات الحقن في المنزل التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتعليمهم غير مدرجين بالفعل في مزايا DME؛ • مراقبة عن بُعد؛ و • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مورد العلاج بالحقن في المنزل المؤهل. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	 العلاج الوقائي قبل التعرض (Pre-Exposure Prophylaxis, PrEP) للوقاية من HIV إذا لم يكن لديك HIV، ولكن طبيبك أو أي ممارس رعاية صحية آخر يحدد أنك في خطر متزايد للإصابة بـ HIV، فإننا نغطي العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والخدمات ذات الصلة. إذا كنت مؤهلاً، تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • أدوية PrEP المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء (FDA) عن طريق الفم أو الحقن بما في ذلك رسوم حقن الدواء، إن أمكن. • ما يصل إلى ثماني جلسات استشارية فردية (بما في ذلك تقييم مخاطر HIV والحد من مخاطر HIV والالتزام بالأدوية) كل 12 شهرًا. • ما يصل إلى ثمانية فحوصات HIV كل 12 شهرًا. • فحص فيروس التهاب الكبد B لمرة واحدة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 لكل زيارة إلى مركز جراحات اليوم الواحد أو العيادات الخارجية في المستشفى.	العمليات الجراحية في العيادات الخارجية سندفع نظير العمليات الجراحية في العيادات الخارجية والخدمات التي يتم توفيرها في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز جراحات اليوم الواحد. ملاحظة: إذا كنت ستجري عملية جراحية في المستشفى، يجب عليك التحقق مع موفر الرعاية الخاص بك حول ما إذا كنت ستتلقى العلاج داخل المستشفى أم في العيادات الخارجية. ما لم يكتب موفر الرعاية أمرًا لإدخالك كمريض لتلقي العلاج داخل المستشفى، فستتلقى العلاج في العيادات الخارجية. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر مريضًا خارجيًا يتلقى العلاج في العيادات الخارجية. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	العناصر غير المقررة بوصفة طبية (Over-the-Counter, OTC)* تشمل المزايا ما يلي: • لديك بدل إجمالي قدره \$240 لكل ربع سنة لشراء المنتجات المؤهلة التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) والأطعمة والمنتجات الغذائية (شريطة استيفاء الشروط المؤهلة). • تغطي هذه الميزة عناصر OTC للاستخدام المتعلق بالصحة مثل الأسبرين والفييتامينات وأدوية البرد والسعال والضمادات. • لا تغطي هذه الميزة عناصر OTC للاستخدام غير المتعلق بالصحة. • يمكنك شراء عناصر OTC المؤهلة من خلال كتالوج عناصر OTC أو في مواقع البيع بالتجزئة المشاركة. • لا يمكن دمج هذا البديل مع بدل بقيمة \$1,500 سنويًا لخدمات السمع غير المغطاة ببرنامج Medicare. • تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل ربع سنة (1 يناير، 1 أبريل، 1 يوليو، و 1 أكتوبر) ولا يمكن ترحيل أي بدل غير مستخدم من ربع سنة إلى ربع سنة آخر. • بمجرد استخدام البديل الربع سنوي الخاص بك، فأنت مسؤول عن جميع تكاليف مشترياتك حتى يبدأ الربع التالي. سوف تتلقى دليل الأعضاء عبر البريد بالإضافة إلى بطاقة Flex الخاصة بك. بطاقة Flex هي بطاقة إنفاق تُحمّل مسبقًا بالبدلات المؤهلة، والتي يمكن استخدامها للمساعدة في دفع تكاليف المزايا المغطاة. سيصف دليل الأعضاء الخاص بك البدلات المتاحة المحملة مسبقًا على بطاقة Flex الخاصة بك كما يوضح مكان الاطلاع على مزيد من التفاصيل بشأن المزايا الخاضعة للتغطية وكيفية إدارة حسابك. يمكنك شراء عناصر OTC المؤهلة: • في كتالوج عناصر - OTC ○ عن طريق الهاتف - اتصل برقم [TTY: 711] 1-877-429-3245، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة. ○ عبر الإنترنت - تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني bscaflexbenefits.com ○ من خلال تطبيق الهاتف المحمول - ابحث في متجر التطبيقات الخاص بك عن "myTotal Benefits" وقم بتنزيل التطبيق. ارجع إلى كتالوج عناصر OTC للحصول على قائمة بعناصر OTC المؤهلة وتعليمات الطلب والقيود. ليست هناك حاجة إلى بطاقة Flex الخاصة بك لطلبات الكتالوج حيث يُحمل رصيدك مسبقًا في حسابك. سيتم شحن الطلبات إليك بدون أي رسوم إضافية. يرجى الانتظار حوالي 5-7 أيام عمل للتسليم. إذا كنت تستخدم صندوق البريد كعنوان الشحن لك، يرجى الانتظار حوالي 7-10 أيام عمل للتسليم. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	العناصر غير المقررة بوصفها طبية (OTC) * (تابع) • شخصيًا - خذ بطاقة Flex الخاصة بك وانتقل إلى أي موقع بيع بالتجزئة مشترك. - لتحديد مواقع البيع بالتجزئة المشاركة، سجل الدخول إلى حسابك عبر الإنترنت أو عبر تطبيق الهاتف المحمول وابحث أسفل "Find Stores". - أثناء التسوق في المتجر، إذا كنت ترغب في تحديد ما إذا كان عنصر OTC معتمدًا قبل الدفع، فامسح رمز المنتج ضوئيًا في تطبيق الهاتف المحمول للتحقق من الأهلية على الفور. وإذا لم يكن الأمر كذلك، فستحدد الأهلية تلقائيًا عند إجراء الفحص عند التسجيل. - إذا كانت لديك أسئلة، اتصل برقم [TTY: 711] 1-877-429-3245، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	فحص HIV  ندفع مقابل اختبار فحص HIV مرة واحدة كل 12 شهرًا للأشخاص الذين: • يطلبون إجراء اختبار فحص HIV، أو • يعانون من خطر متزايد للإصابة بفيروس HIV. إذا كنتِ حاملًا، فسنُدفع مقابل ما يصل إلى ثلاثة اختبارات فحص HIV أثناء الحمل. نحن ندفع أيضًا مقابل فحص (فحوصات) HIV الإضافية عندما يوصي بها موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	فحص الاكتئاب  سنُدفع مرة واحدة لفحص الاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مرفق للرعاية الأولية يمكنه أن يوفر متابعة علاجية و/أو تقديم إحالات.
\$0	الفحص البدني السنوي * تتم تغطيتك لإجراء فحص بدني روتيني كل 12 شهرًا بالإضافة إلى زيارة العافية السنوية. تتضمن هذه الزيارة مراجعة شاملة لتاريخك الطبي والعائلي، وتقييمًا تفصيليًا من الرأس إلى أخمص القدمين وغيرها من الخدمات والإحالات والتوصيات التي قد تكون مناسبة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
 فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرية البطني نحن ندفع مقابل إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي خطتنا هذا الفحص فقط إذا كان لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك المعالج أو مساعد الطبيب (Physician Assistant, PA) أو الممرضة الممارسة (Nurse Practitioner, NP) أو الممرضة السريرية المتخصصة (Clinical Nurse Specialist, CNS).	\$0
 فحص سرطان الثدي (صورة الثدي الإشعاعية) سندفع مقابل الخدمات التالية: • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة بين سن 35 و 39 عامًا • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء في سن 40 وما فوق • إجراء فحوصات الثدي السريرية مرة كل 24 شهرًا	\$0
 فحص سرطان الرئة مع التصوير المقطعي المحوسب بالجرعة المنخفضة (Low Dose Computed Tomography, LDCT) تدفع خطتنا تكاليف فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا: • بعمر يتراوح بين 50 و 77 عامًا، و • كان لديك استشارة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار مع طبيبك أو موفر رعاية مؤهل آخر، و • كنت قد دخنت علبة واحدة على الأقل يوميًا لمدة 20 عامًا دون ظهور أي علامات أو أعراض لسرطان الرئة أو دخنت الآن أو أقلعت عن التدخين خلال 15 عامًا الماضية بعد الفحص الأول، تقوم خطتنا بدفع تكلفة فحص آخر كل عام بموجب أمر مكتوب من طبيبك أو أي موفر رعاية مؤهل آخر. إذا اختار موفر الرعاية تقديم استشارات بشأن فحص سرطان الرئة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار بشأن فحوصات سرطان الرئة، يجب أن تستوفي الزيارة معايير برنامج Medicare لهذه الزيارات.	\$0

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص سرطان عنق الرحم والمهبل سندفع مقابل الخدمات التالية: • لجميع النساء: تتم تغطية فحوصات مسحة عنق الرحم وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • للنساء المعرضات لخطورة عالية للإصابة بسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: فحص مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي خضعن لفحص مسحة عنق الرحم خلال السنوات الثلاثة الماضية، وكانت النتيجة غير طبيعية وكن في سن الإنجاب: فحص مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 30-65: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (Human Papillomavirus, HPV) أو اختبار Pap plus HPV مرة كل خمس سنوات	\$0
فحص عدوى فيروس التهاب الكبد C نغطي فحصًا واحدًا للكشف عن التهاب الكبد C إذا طلب طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو موفر رعاية صحية مؤهل آخر فحصًا وإذا كنت تستوفي أحد هذه الشروط: • أن تكون معرض لخطر كبير لأنك تستخدم أو استخدمت مواد مخدرة عن طريق الحقن بطريقة غير قانونية. • أن تكون خضعت لنقل دم قبل عام 1992. • أن تكون ولدت بين 1945-1965. إذا ولدت بين 1945-1965 ولم تعتبر معرضًا لخطر كبير، فسندفع مقابل الفحص مرة واحدة. إذا كنت معرضًا لخطر كبير (على سبيل المثال، واصلت استخدام مواد مخدرة عن طريق الحقن بطريقة غير قانونية منذ اختبار فحص التهاب الكبد C السلبي السابق)، فإننا نغطي الفحوصات السنوية.	\$0



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
فحص مرض السكري سندفع نظير هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا توفر لديك أي من عوامل الخطورة الآتية: - ارتفاع ضغط الدم - تاريخ من مستويات غير طبيعية للكوليسترول والدهون الثلاثية (اضطراب عُسر شحُميات الدم) - البداية - تاريخ من ارتفاع مستوى السكر في الدم (الجلوكوز) يمكن تغطية الفحوصات في بعض الحالات الأخرى، مثل إذا كان وزنك زائدًا ولديك تاريخ عائلي فيما يتعلق بالإصابة بمرض السكري. قد تكون مؤهلاً لإجراء فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.	\$0
الفحص والاستشارة بخصوص إساءة استخدام الكحول سندفع مقابل فحص تعاطي الكحول (SABIRT) مرة واحدة للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول ولا يعانون من الاعتماد على الكحول. ويتضمن هذا النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة الفحص الخاص بإساءة استخدام الكحول إيجابية، يمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارية ومختصرة بالحضور شخصيًا سنويًا (إذا كنت مؤهلاً وغير واقع تحت تأثير المادة الكحولية أثناء الاستشارة) وسيتم توفيرها بواسطة موفر رعاية أولية (PCP) مؤهل أو طبيب ممارس رعاية أولية مؤهل في مركز للرعاية الأولية.	\$0
فحوصات البدانة وعلاجها لمتابعة فقدان الوزن إذا كان مؤشر كتلة الجسم يساوي 30 أو أكثر، فسوف ندفع نظير جلسات الاستشارة للمساعدة على فقدان الوزن. يتعين عليك الحصول على جلسات الاستشارة في مرفق للرعاية الأولية. وبهذه الطريقة، يمكن أن تدرج هذه الخدمة ضمن خطة الوقاية الكاملة. تناقش مع موفر الرعاية الأولية لمعرفة المزيد.	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الفحوصات التشخيصية والخدمات العلاجية والمستلزمات بالعيادات الخارجية نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية من الناحية الطبية غير المدرجة هنا: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة) بما في ذلك المواد والمستلزمات المخصصة للممارسين الفنيين • المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع • الاختبارات المعملية • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • الفحوصات التشخيصية غير المعملية مثل الأشعة المقطعية (CT)، والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI)، وتخطيط القلب الكهربائي (EKG)، والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) عندما يطلب طبيبك أو موفر رعاية صحية آخر منهم علاج حالة طبية • الاختبارات التشخيصية الأخرى بالعيادات الخارجية قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة من موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية	
\$0	فحوصات سرطان القولون والمستقيم سندفع مقابل الخدمات التالية: • تنظير القولون ليس له حد أدنى أو أقصى للعمر وتتم تغطيته مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة، أو 48 شهرًا بعد التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة كل 24 شهرًا للمرضى المصنفين ضمن الفئات عالية الخطورة بعد إجراء تنظير قولون سابق. • تتم تغطية التصوير المقطعي المحوسب للقولون للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم عندما يمر 59 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص للتصوير المقطعي المحوسب للقولون، أو عندما يمر 47 شهرًا بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص للتنظير السيني المرن أو فحص تنظير القولون. بالنسبة للمرضى المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، يمكن الدفع مقابل فحص التصوير المقطعي المحوسب الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي أجري فيه آخر فحص للتصوير المقطعي المحوسب أو آخر فحص تنظير للقولون. • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر عالي للإصابة بعد إجراء فحص تنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية للإصابة من آخر تنظير سيني مرن أو التصوير المقطعي المحوسب. • فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 12 شهرًا. • فحص الحمض النووي في البراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير الخطورة العالية. مرة واحدة كل ثلاث سنوات. • اختبارات الدم الخاصة بالدلائل الحيوية للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير الخطورة العالية. مرة واحدة كل ثلاث سنوات. • تشمل اختبارات فحوصات سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظير قولون لاحق بعد ظهور نتيجة إيجابية لاختبار غير توغلي للكشف عن سرطان القولون والمستقيم يعتمد على عينات البراز ويغطيه برنامج Medicare. • تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم فحصًا مخططًا للتنظير السيني المرن أو فحص تنظير القولون الذي ينطوي على إزالة الأنسجة أو أي مادة أخرى، أو أي إجراء آخر تم توفيره فيما يتعلق بنفس اللقاء السريري الذي أجري فيه اختبار الفحص. قد يلزم الحصول على إحالة، وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
 فحوصات الكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية ندفع مقابل فحوصات الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). كما يمكن فحوصات الدم هذه التحقق من العيوب الناتجة عن ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب.	\$0
 فحوصات الكشف عن سرطان البروستاتا للرجال في سن 50 وأكبر، ندفع مقابل الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهرًا: • الفحص الرقمي للمستقيم • اختبار المستضد البروستاتي النوعي (Prostate Specific Antigen, PSA)	\$0
 فحوصات واستشارات الأمراض المعدية المنقولة جنسيًا (STI) نحن ندفع نظير الفحوصات لداء الكلاميديا والسيلان ومرض الزهري والالتهاب الكبدي B. وتخضع هذه الفحوصات للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل وبعض الأشخاص ممن هم عرضة بصورة أكبر لمخاطر الإصابة بـ STI. يجب أن يطلب موفر رعاية أولية إجراء الاختبارات. نغطي هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهرًا أو في أوقات محددة خلال فترة الحمل. كما سندفع نظير ما يصل إلى جلستين فرديتين من الجلسات الاستشارية السلوكية المباشرة عالية التكلفة سنويًا وذلك للبالغين النشطين جنسيًا والذين هم عرضة بصورة أكبر لخطر الإصابة بـ STIs. يمكن أن تتراوح مدة الجلسة منها بين 20 و 30 دقيقة. لن ندفع نظير هذه الجلسات الاستشارية كخدمة وقائية إلا إذا قدمها موفر رعاية أولية. يجب أن تُجرى هذه الجلسات في مرفق رعاية أولية مثل عيادة طبيب.	\$0
 قياس كتلة العظام سندفع نظير إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بفقدان كثافة العظام أو خطر هشاشة العظام في العادة). تحدد هذه الإجراءات كثافة العظام، أو فقدان كثافة العظام، أو اكتشاف جودة العظام. سندفع نظير الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا، أو أكثر إذا كانت الخدمة المطلوبة ضرورية من الناحية الطبية. كما سندفع للطبيب لفحص النتائج وإبداء الملاحظات عليها.	\$0

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	المزايا التكميلية الخاصة بالمصابين بمرض مزمن الطعام والمنتجات الغذائية* إذا كنت تُعد مؤهلاً، تتضمن هذه الخطة ميزة الطعام والمنتجات الغذائية للأعضاء الذين يعانون من حالة (حالات) مزمنة معينة. تشمل المزايا ما يلي: • لديك بدل إجمالي قدره \$240 لكل ربع سنة لشراء الأطعمة والمنتجات الصحية والغذائية (شريطة استيفاء الشروط المؤهلة) والمنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC). • يمكنك شراء الطعام والمنتجات الغذائية المؤهلة من تجار التجزئة المحليين المشاركين لمساعدتك في الحفاظ على نظام غذائي صحي ودعم احتياجاتك الغذائية. • لا يمكن دمج هذا البديل مع بدل بقيمة \$1,500 سنوياً لخدمات السمع غير المغطاة ببرنامج Medicare. • تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل ربع سنة (1 يناير، 1 أبريل، 1 يوليو، و 1 أكتوبر) ولا يمكن ترحيل أي بدل غير مستخدم من ربع سنة إلى ربع سنة آخر. • بمجرد استخدام البديل الربع سنوي الخاص بك، فأنت مسؤول عن جميع تكاليف مشترياتك حتى يبدأ الربع التالي. لكي تكون مؤهلاً للحصول على هذه الميزة (لن يكون جميع الأعضاء مؤهلين)، يجب أن يكون لديك حالة مزمنة واحدة على الأقل: • اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (Substance Use Disorders, SUDs) • اضطرابات المناعة الذاتية: ○ التهاب الشرايين العقدي المتعدد ○ ألم العضلات الروماتيزمي ○ التهاب العضلات ○ التهاب العضلات والجلد ○ التهاب المفاصل الروماتويدي ○ الذئبة الحمامية الجهازية ○ التهاب المفاصل الصدفي ○ تصلب الجلد • السرطان • اضطرابات القلب والأوعية الدموية: ○ عدم انتظام ضربات القلب ○ مرض الشريان التاجي ○ مرض الأوعية الدموية المحيطي ○ مرض صمام القلب • قصور القلب المزمن • الخرف • مرض السكري يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	المزايا التكميلية الخاصة بالمصابين بمرض مزمن (تابع) • زيادة الوزن والبدانة ومتلازمة التمثيل الغذائي • مرض الجهاز الهضمي المزمن: ○ مرض الكبد المزمن ○ مرض الكبد الدهني غير الكحولي (Non-Alcoholic Fatty Liver Disease, NAFLD) ○ الالتهاب الكبدي B ○ الالتهاب الكبدي C ○ التهاب البنكرياس ○ متلازمة القولون العصبي ○ مرض الأمعاء الالتهابي • مرض الكلى المزمن (Chronic Kidney Disease, CKD): ○ مرض CKD يتطلب غسيل الكلى/مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (End-Stage Renal Disease, ESRD) ○ مرض CKD لا يتطلب غسيل الكلى • اضطرابات الدم الشديدة: ○ فقر الدم اللاتنسجي ○ الهيموفيليا ○ فرقرية قلة الصفائح المناعية ○ متلازمة خلل التنسج النخاعي ○ مرض الخلايا المنجلية (باستثناء سمة الخلايا المنجلية) ○ الاضطراب الانصمامي الخثاري الوريدي المزمن • HIV/AIDS • اضطرابات الرئة المزمنة: ○ مرض الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن ○ التليف الكيسي ○ انتفاخ الرئة ○ التليف الرئوي ○ ارتفاع ضغط الدم الرئوي ○ مرض الانسداد الرئوي المزمن • حالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقة: ○ الاضطرابات ثنائية القطب ○ الاضطراب الاكتئابية البالغة ○ اضطراب الارتياح ○ الفصام ○ اضطراب فصامي عاطفي ○ اضطراب ما بعد الصدمة • (Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD) ○ اضطرابات تناول الطعام ○ اضطراب القلق يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	المزايا التكميلية الخاصة بالمصابين بمرض مزمن (تابع) • الاضطرابات العصبية: ○ التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic Lateral Sclerosis, ALS) ○ الصرع ○ الشلل واسع النطاق (أي، الشلل النصفي، الشلل الرباعي، شلل الساقين، شلل طرف واحد) ○ مرض هانتغتون ○ التصلب المتعدد ○ مرض باركنسون ○ اعتلال الأعصاب العديدة ○ الألم العضلي التليفي ○ متلازمة التعب المزمن ○ إصابات الحبل الشوكي ○ تضيق العمود الفقري ○ العجز العصبي المرتبط بالسكتة الدماغية • السكتة الدماغية • رعاية ما بعد زراعة الأعضاء • نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة • الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي: ○ مرض الزهايمر ○ الإعاقة الفكرية وإعاقات النمو ○ إصابات الدماغ الرضحية ○ إعاقة المرض العقلي المرتبط بالضعف الإدراكي ○ ضعف إدراكي طفيف • الحالات المرتبطة بالتحديات الوظيفية وتتطلب خدمات مماثلة بما في ذلك ما يلي: ○ إصابات الحبل الشوكي ○ الشلل ○ فقدان الأطراف ○ السكتة الدماغية ○ التهاب المفاصل • الحالات المزمنة التي تضر بالعيون والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم • الحالات التي تتطلب خدمات علاج مستمرة من أجل الحفاظ على الأداء أو الاحتفاظ به ستكتشف الخطة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان موقع حول حالتك/حالاتك المزمنة. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	المزايا التكميلية الخاصة بالمصابين بمرض مزمن (تابع) سوف تتلقى دليل الأعضاء عبر البريد بالإضافة إلى بطاقة Flex الخاصة بك. بطاقة Flex هي بطاقة إنفاق تُحمّل مسبقًا بالبدلات المؤهلة، والتي يمكن استخدامها للمساعدة في دفع تكاليف المزايا المغطاة. سيصف دليل الأعضاء الخاص بك البدلات المتاحة المحملة مسبقًا على بطاقة Flex الخاصة بك كما يوضح مكان الاطلاع على مزيد من التفاصيل بشأن المزايا الخاضعة للتغطية وكيفية إدارة حسابك. للمزيد من المعلومات حول هذه الميزة، اتصل على رقم [TTY: 711] 1-877-429-3245، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة bscaflexbenefits.com عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	الملاحظة الطبية في العيادات الخارجية بالمستشفى سندفع نظير خدمات الملاحظة الطبية في العيادات الخارجية بالمستشفى لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى الدخول كمريض داخلي أو يمكن خروجك من المستشفى. يجب أن تستوفي الخدمات معايير برنامج Medicare وأن تعتبر معقولة وضرورية. لا تتم تغطية خدمات الملاحظة إلا عندما يتم تقديمها بموجب طلب من طبيب معالج أو شخص آخر مخول بموجب قانون الولاية واللوائح التنظيمية لموظفي المستشفى لإدخال المرضى إلى المستشفى أو طلب فحوصات العيادات الخارجية. ملاحظة: ما لم يكتب موفر الرعاية أمرًا لإدخالك كمريض داخلي في المستشفى، فأنت مريض في العيادات الخارجية. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر مريضًا خارجيًا يتلقى العلاج في العيادات الخارجية. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا يتلقى العلاج في العيادات الخارجية، فاسأل موظفي المستشفى. احصل على مزيد من المعلومات من صحيفة حقائق برنامج Medicare مزايا مستشفى Medicare المتاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf قد يلزم الحصول على إحالة، وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ تتيح هذه الميزة النقل الطبي لخدمة تغطيها خطتنا وبرنامج Medicare. ويمكن أن تتضمن هذه الميزة: خدمات النقل الطبي من خلال سيارة إسعاف أو سيارات طبية مجهزة أو سيارة للكراسي المتحركة، والتنسيق للحصول على خدمات النقل المجتمعي (بالمطلب المسبق). لديك ما يصل إلى حد أقصى إجمالي يبلغ 24 رحلة ذهاب فقط إلى المواقع ذات الصلة بالصحة المعتمدة من الخطة سنويًا للنقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلًا. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 24 رحلة ذهاب فقط. يتم التصريح بخدمات النقل عندما: - يحدد موفر الرعاية الطبية الخاص بك أن حالتك الطبية و/أو الجسدية لا تسمح لك بالسفر عبر الحافلة أو سيارة الركاب أو سيارة الأجرة أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص، و - قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، بحسب الخدمة يتم التعامل مع ترتيبات الانتقال بواسطة Call The Car. يجب على الأعضاء التواصل مع Call the Car على رقم [TTY: 711] 1-855-200-7544 على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات من الباب إلى الباب والكراسي المتحركة وتعديلها وتتبعها وإلغائها. لا يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لنقل المرضى بالنقالة ويجب عليك الاتصال لإجراء هذه الحجوزات. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	النقل: النقل غير الطبي لديك ما يصل إلى حد أقصى إجمالي يبلغ 24 رحلة ذهاب فقط إلى المواقع ذات الصلة بالصحة المعتمدة من الخطة سنوياً للنقل الطبي في غير الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلاً. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 24 رحلة ذهاب فقط. تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية عن طريق سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام/الخاص. النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة التي يغطيها برنامج Medi-Cal، بما في ذلك الانتقال إلى مواعيد الأسنان والحصول على الأدوية. تتم تغطية تكاليف النقل للخدمات التي يغطيها كل من برنامج Medi-Cal وبرنامج Medicare. يتم التعامل مع ترتيبات النقل من قبل Call the Car. تواصل مع Call The Car على رقم [TTY: 711] 1-855-200-7544 على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال أيام الأسبوع. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك. تقدم Call the Car تطبيقاً للهاتف المحمول (CTC-Go) يمكن لأعضاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan استخدامه لتنسيق نقل مرضى الرعاية الصحية. يسمح لك CTC-Go بمراجعة الحجزات القادمة أو السابقة، وتقييم رحلتك، وتتبع سائقك، وإلغاء الحجز الحالي، وجدولة حجز جديد. إن CTC-Go متاح على نظامي iOS وAndroid. ابحث في متجر التطبيقات الخاص بك عن "CTC'Go" وقم بتنزيل التطبيق. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الوخز بالإبر نحن ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين للوخز بالإبر للمرضى في العيادات الخارجية في أي شهر تقويمي واحد، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. نحن ندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر خلال 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة، والتي يتم تعريفها على النحو التالي: • تدوم لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازى يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض انتشاري أو التهابي أو معدى)؛ • غير مرتبطة بجراحة؛ و • غير مرتبطة بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، فإننا ندفع مقابل ثماني جلسات إضافية من الوخز بالإبر لعلاج آلام أسفل الظهر المزمنة إذا أظهرت تحسنًا. لا يجوز لك الحصول على أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة في العام. يجب إيقاف علاجات الوخز بالإبر إذا لم تتحسن أو إذا ساءت حالتك. متطلبات موفر الرعاية: يجوز للأطباء تقديم خدمات الوخز بالإبر وفقًا لمتطلبات الولاية المعمول بها. يمكن لمساعدى الأطباء (Physician Assistants, PAs) والممرضات الممارسات (Nurse Practitioners, NPs)/أخصائيي التمريض السريري (Clinical Nurse Specialists, CNSs)، والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا استوفوا جميع متطلبات الولاية المعمول بها ولديهم: • درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من مدرسة معتمدة من قبل لجنة الاعتماد على الوخز بالإبر والطب الشرقي (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM)؛ و • ترخيص حالى وكامل ونشط وغير مقيد لممارسة الوخز بالإبر في ولاية أو إقليم أو كومونولث (مثل، بورتوريكو) في الولايات المتحدة أو مقاطعة كولومبيا. يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يقدمون خدمات الوخز بالإبر تحت المستوى المناسب من الإشراف من طبيب أو PA أو NP/CNS، وفقًا لما تقتضيه لوائحنا. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الوخز بالإبر (تابع) يتم توفير الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال موفري الرعاية المشاركين التابعين لـ American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على [TTY: 711] 678-9133 (800)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر ومن الأحد إلى السبت، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans.
\$0 لكل زيارة صحية منزلية مغطاة	وكالات الرعاية الصحية المنزلية قبل أن تتمكن من الحصول على الخدمات الصحية المنزلية، يجب أن يبلغنا الطبيب أنك تحتاج إليها، ويجب أن تقدم من خلال هيئة توفر خدمات صحية منزلية. يجب أن تكون عاجزًا عن مغادرة المنزل، مما يعني أن مغادرة المنزل تمثل جهدًا كبيرًا. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • خدمات التمريض المتخصصة والمساعدة الصحية المنزلية كل الوقت أو بشكل متقطع (لكي تتم تغطيتها بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن تكون خدمات التمريض المتخصصة والمساعدة الصحية المنزلية مجتمعة أقل من ثمان ساعات يوميًا و 35 ساعة أسبوعيًا). • العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب • الخدمات الطبية والاجتماعية • معدات ومستلزمات طبية قد يلزم الحصول على تصريح مسبق و/أو إحالة وهي مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

E. جدول إجراءات مزايا طب الأسنان المغطاة

جدول إجراءات مزايا طب الأسنان

مزايا طب الأسنان مشمولة بالتغطية لجميع الأعضاء في هذه الخطة وتغطي بعض إجراءات طب الأسنان الشاملة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



يوضح **جدول إجراءات مزايا طب الأسنان** التالي إجراءات طب الأسنان المحددة التي تغطيها الخطة دون أي تكلفة عليك. الخدمات المذكورة هي مزايا مشمولة بالتغطية عندما يتم توفيرها من خلال طبيب أسنان معتمد تابع للشبكة وعندما تكون ضرورية ومألوفة وفقًا لما تحدده معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا.

هام: يُرجى ملاحظة أن الإجراءات غير المدرجة ليست مشمولة بالتغطية.

هام: بعض خدمات الأسنان لا تخضع للتغطية تحت أي شروط (المعروفة أيضًا باسم الاستثناءات) وبعض خدمات الأسنان لا تخضع للتغطية إلا بموجب شروط محددة (المعروفة أيضًا باسم القيود). يُرجى الرجوع إلى عمود "القيود العامة" في **جدول إجراءات مزايا طب الأسنان** أدناه و"الاستثناءات العامة" المدرجة بعد **جدول إجراءات مزايا طب الأسنان** لمزيد من المعلومات.

هام: يتم تحديد أي حدود تكرر مدرجة في عمود "القيود العامة" في **جدول إجراءات مزايا طب الأسنان** أدناه والتي لا تحدد ما إذا كانت تُطبق لكل سنة من سنوات الخطة أو طوال مدة الحياة، إلى تاريخ آخر خدمة تم تقديمها. على سبيل المثال، يعني حد 1 كل 6 أشهر أنه يمكنك الحصول على الخدمة المذكورة مرة واحدة كل ستة أشهر من تاريخ آخر تلقي لك لهذه الخدمة نفسها. لذلك، إذا تلقت خدمتك الأولى في 1 يناير، فستكون مؤهلاً للحصول على نفس الخدمة مرة أخرى في 1 يوليو. إذا تلقت خدمتك الأولى في 1 يوليو، فلن تكون مؤهلاً للحصول على هذه الخدمة حتى 1 يناير من عام الخطة التالي. الخدمات التي لم يُذكر لها حد أقصى لعدد مرات الاستخدام تُعد غير محدودة، متى ما كانت ضرورية ومألوفة، وذلك وفقًا للمعايير المتعارف عليها في ممارسة طب الأسنان.

يتم إدراج الخدمات ضمن رموز الإجراءات الخاص بجمعية طب الأسنان الأمريكية (American Dental Association, ADA) استنادًا إلى مصطلحات طب الأسنان الحالية. يتطلب القانون الفيدرالي استخدام رمز ADA للإبلاغ بإجراءات طب الأسنان. قد تراجع ADA رموز الإجراءات من وقت لآخر. ولذلك، يجوز للخطة مراجعة قائمة الرموز هذه وفقًا لما يقتضيه القانون. يمكنك الحصول على قائمة رموز ADA المحدثة عن طريق الاتصال بقسم خدمة العملاء لدى مسؤول خطة طب الأسنان

(Dental Plan Administrator, DPA) على رقم [TTY: 711] 1-866-247-2486، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	القيود العامة
فحوصات الفم			
D0140	تقييم محدود للفم - يركز على المشكلة	\$0	1 لكل سنة تقويمية
خدمات الأسنان التشخيصية الأخرى			
D0190	فحص المريض	\$0	1 (D0190 أو D0191) كل سنة تقويمية
D0191	تقييم المريض	\$0	1 (D0190 أو D0191) كل سنة تقويمية
D0364	إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية محدود — أقل من فك واحد كامل	\$0	1 (D0364 أو D0365 أو D0366 أو D0367) كل سنة تقويمية
D0365	إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان كامل — الفك السفلي	\$0	1 (D0364 أو D0365 أو D0366 أو D0367) كل سنة تقويمية

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	القيود العامة
D0366	إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك العلوي، سواء مع أو بدون الجمجمة	\$0	1 (D0364 أو D0365 أو D0366 أو D0367) كل سنة تقويمية
D0367	إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي كلا الفكين — سواء مع أو بدون الجمجمة	\$0	1 (D0364 أو D0365 أو D0366 أو D0367) كل سنة تقويمية
D0368	إجراء وتفسير التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية لسلسلة مفصل الفك الصدغي (TMJ) التي تتضمن صورتين أو أكثر	\$0	1 (D0364 أو D0365 أو D0366 أو D0367) كل سنة تقويمية
D0380	إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية محدود — أقل من فك واحد كامل	\$0	مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة
D0381	إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك السفلي	\$0	مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة
D0382	إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي قوس أسنان واحد كامل — الفك العلوي، سواء مع أو بدون الجمجمة	\$0	مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة
D0383	إجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) ذي الحزمة المخروطية مع مجال رؤية يغطي كلا الفكين	\$0	مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة
الخدمات الترميمية			
D2720	تاج أسنان - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2722	تاج أسنان - راتنج بمعدن ثمين	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2750	تاج أسنان - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2752	تاج أسنان - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2790	تاج أسنان - معدن ثمين عالي الجودة بصب كامل	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2792	تاج أسنان - معدن ثمين بصب كامل	\$0	2 لكل سنة تقويمية
أمراض اللثة			
D4240	إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر - أربعة أو أكثر من الأسنان المتجاورة أو مساحات محددة بالأسنان لكل ربع من الفم	\$0	1 (D4240 أو D4241) لكل ربع من الفم كل 3 سنوات تقويمية
D4241	إجراء السديلة اللثوية - بما في ذلك كشط الجذر - من واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو مساحات محددة بالأسنان لكل ربع من الفم	\$0	1 (D4240 أو D4241) لكل ربع من الفم كل 3 سنوات تقويمية
D4263	تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - الموقع الأول في ربع الفم	\$0	1 لكل سنة كل 3 سنوات تقويمية

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	القيود العامة
D4264	تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - كل موقع إضافي في ربع الفم	\$0	1 لكل سنة كل 3 سنوات تقويمية
D4266	تجديد الأنسجة الموجه، والأسنان الطبيعية - باستخدام حاجز قابل للامتصاص، لكل موقع	\$0	1 (D4266 أو D4267) لكل سنة كل 3 سنوات تقويمية
D4267	تجديد الأنسجة الموجه، والأسنان الطبيعية - حاجز غير قابل لإعادة امتصاص، لكل موقع	\$0	1 (D4266 أو D4267) لكل سنة كل 3 سنوات تقويمية
خدمات التركيبات السنية، قابلة للإزالة			
D5221	طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة راتنجية (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	1 (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5222	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة راتنجية (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	1 (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5223	طقم أسنان جزئي علوي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	1 (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5224	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	1 (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5225	طقم أسنان علوي جزئي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	1 (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5226	طقم أسنان جزئي سفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	1 (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5227	طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة فم وأسنان)	\$0	1 (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5228	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادات فم وأسنان)	\$0	1 (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5670	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك العلوي)	\$0	1 كل 6 شهور
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	\$0	1 كل 6 شهور
D5710	إعادة تركيب طقم أسنان علوي كامل	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5711	إعادة تركيب طقم أسنان سفلي كامل	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5720	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي علوي	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5721	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي سفلي	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات

مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	الإجراءات التي يتعين عليك دفع تكلفتها	القيود العامة
خدمات التركيبات السنية، الثابتة			
D6240	سن جسرية - بوسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6242	سن جسرية - بوسلين منصهر بمعدن ثمين	\$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6250	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6252	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين	\$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6750	تاج ثابت - بوسلين منصهر مع معدن ثمين عالي الجودة	\$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
D6752	تاج أسنان ثابت - بوسلين منصهر مع معدن ثمين	\$0	1 لكل سنة لكل 5 سنوات تقويمية
جراحة الفم والوجه والفكين			
D7953	تطعيم زراعة العظام للحفاظ على الحافة السنية - لكل موقع	\$0	1 في العمر لكل موقع يُعد الإجراء D7953 من المزايا المغطاة عند إجرائه في وقت زراعة الغرسة أو خلع السن
الخدمات العامة المساعدة			
D9211	التخدير الحزبي الموضعي	\$0	لا تُدفع تكلفته بشكل منفصل. مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة
D9212	التخدير بواسطة حصار فرع العصب ثلاثي التوائم	\$0	لا تُدفع تكلفته بشكل منفصل. مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة
D9215	التخدير الموضعي المصاحب للعمليات أو الإجراءات الجراحية	\$0	لا تُدفع تكلفته بشكل منفصل. مدرج ضمن رسوم الخدمة المكتملة

ملاحظة: تنطبق مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف المدرجة للأعضاء فقط عندما تتلقى خدمات الأسنان من طبيب أسنان تابع للشبكة.

ملاحظة: بما أن Blue Shield يتعاقد مع برنامج Medicare كل عام، فقد لا تكون مزايا طب الأسنان هذه متاحة في العام المقبل.

الحصول على رعاية الأسنان

مقدمة

تتم إدارة خطة طب الأسنان الخاصة بـ Blue Shield of California من قبل مسؤول خطة الأسنان (DPA) المتعاقد معه، وهو كيان يتعاقد مع Blue Shield of California لإدارة تقديم خدمات طب الأسنان من خلال شبكة من أطباء الأسنان المتعاقدين. إذا كانت لديك أي أسئلة بخصوص المعلومات الواردة في قسم طب الأسنان هذا، أو كنت بحاجة إلى مساعدة، أو واجهت أي مشاكل، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على [TTY: 711] 1-866-247-2486، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

قبل الحصول على خدمات الأسنان

أنت مسؤول عن التأكد من أن طبيب الأسنان الذي تختاره طبيب أسنان تابع للشبكة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



خطة الأسنان هذه، مقتصرة على أطباء الأسنان التابعين للشبكة، لا تدفع أي مزايا لأطباء الأسنان غير التابعين للشبكة. لن تتم تغطية الخدمات التي يتم الحصول عليها من طبيب أسنان غير تابع للشبكة. عندما تتلقى خدمات من طبيب أسنان غير تابع للشبكة، ستكون مسؤولاً عن دفع كامل المبلغ الذي أصدره طبيب الأسنان مباشرة إلى طبيب الأسنان.

ملاحظة: يمكن أن تتغير حالة طبيب الأسنان التابع للشبكة. في حالة حدوث أي تغييرات في قائمة أطباء الأسنان المتعاقدين، يقع على عاتقك مسؤولية التحقق مما إذا كان طبيب أسنانك تابعاً للشبكة حالياً. يمكن الحصول على قائمة بأطباء الأسنان التابعين للشبكة الموجودين في منطقتك عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على رقم [TTY: 711] 1-866-247-2486، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

زيارة طبيب أسنانك

بعد وقت قصير من الاشتراك، ستتلقى حزمة عضوية من DPA تخبرك بتاريخ سريان المزايا الخاصة بك وعنوان ورقم هاتف طبيب أسنانك التابع للشبكة أو طبيب أسنان الرعاية الأولية (Primary Care Dentist, PCD). بعد تاريخ السريان الوارد في حزمة عضويتك، يمكنك الحصول على خدمات رعاية الأسنان المغطاة. لتحديد موعد، ما عليك سوى الاتصال بمكتب PCD الخاص بك وتعريف نفسك كعضو في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal. يجب تحديد المواعيد الأولية في غضون أربعة أسابيع ما لم يتم طلب وقت محدد. يجب توجيه الاستفسارات المتعلقة بتوفر المواعيد وإمكانية الوصول إلى أطباء الأسنان إلى قسم خدمة العملاء في DPA على رقم [TTY: 711] 1-866-247-2486، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

ملاحظة: يجب على كل عضو الذهاب إلى PCD المخصص له للحصول على الخدمات المغطاة، باستثناء الخدمات التي يقدمها اختصاصي مفوض من جانب DPA كتابياً بشكل مسبق. أي علاج آخر غير مشمول بتغطية Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

يجب عليك الاتصال بـ PCD للحصول على جميع احتياجات رعاية الأسنان بما في ذلك الحصول على استشارة الاختصاصيين في الخطة. إن PCD هو مسؤول عن تقديم خدمات رعاية الأسنان العامة وتنسيق أو ترتيب الإحالة إلى الاختصاصيين في الخطة الضروريين الآخرين. يجب أن تصرح الخطة لمثل هذه الإحالات.

حصول المشاركة في الدفع للعضو

قبل البدء في علاجك، سيضع طبيب أسنانك خطة علاجية لتلبية احتياجاتك. من الأفضل مناقشة خطة العلاج والمسؤوليات المالية مع طبيب أسنانك قبل بدء العلاج.

يتم توفير خدمات الأسنان المغطاة دون أي تكلفة عليك من طبيب أسنان تابع للشبكة. إذا اخترت الذهاب إلى طبيب أسنان غير تابع للشبكة، فلن يتم توفير أي مزايا وستكون مسؤولاً عن دفع كامل المبلغ الذي أصدره طبيب الأسنان مباشرة إلى طبيب الأسنان.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في الحصول على معلومات حول خطة علاجك، يمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على رقم [TTY: 711] 1-866-247-2486، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

اختيار طبيب أسنان الرعاية الأولية

في وقت الاشتراك، يجب عليك اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة ليكون PCD الخاص بك. إذا فشلت في اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة أو إذا أصبح طبيب الأسنان الذي اخترته التابع للشبكة غير متاح، فسوف يطلب DPA اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة أو سيقوم



بتعيين طبيب أسنان آخر تابع للشبكة لك. يمكنك تغيير طبيب أسنانك المعين التابع للشبكة عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على رقم، [TTY: 711] 1-866-247-2486 من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. لضمان إخطار طبيب الأسنان التابع للشبكة وضمان التأكد من صحة قوائم الأهلية لدى DPA، يجب طلب التغييرات التي تتم بشأن أطباء الأسنان التابعين للشبكة قبل اليوم الحادي والعشرين (21) من الشهر حتى تصبح التغييرات سارية في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا لم يعد طبيب أسنانك متعاقدًا مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan DPA

إذا كان طبيب الأسنان التابع للشبكة الذي اخترته غير قادر على الاستمرار بموجب عقد مع DPA لأنه غير قادر على الأداء أو قام بخرق العقد، أو إذا أنهت DPA العقد، فسوف تخطر DPA قبل 30 يومًا تقويميًا على الأقل من تاريخ الإنهاء الفعلي لطبيب الأسنان حتى تتمكن من اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة.

إذا تم إخطارك من قبل DPA بالحاجة إلى اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة لهذا السبب، فسيتم إغفاؤك من رسوم نسخ ونقل الأشعة السينية أو السجلات الأخرى. سيقوم طبيب الأسنان التابع للشبكة أيضًا بإكمال (أ) طقم أسنان جزئي أو كامل تم أخذ الطبعات النهائية له، (ب) وجميع الأعمال على كل سن من الأسنان التي بدأ العمل عليها (مثل تركيب التيجان عندما يتم تحضير الأسنان).

رعاية الأسنان الطارئة

لا تدفع هذه الخطة أي مزايا لخدمات رعاية الأسنان الطارئة.

الحصول على رأي آخر بشأن رعاية الأسنان

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

سيتم تقديم الآراء الأخرى من قبل طبيب أسنان معتمد في الوقت المناسب، بما يتناسب مع حالتك. سيتم تسريع الطلبات التي تتضمن حالات تهديد صحي وشيك وخطير (سيتم اعتماد أو رفض التصريح في غضون 72 ساعة من استلام الطلب، كلما أمكن ذلك). للحصول على المساعدة أو معلومات إضافية بخصوص الإجراءات والأطر الزمنية للحصول على تصريحات بشأن رأي آخر، اتصل بقسم خدمة عملاء DPA على رقم [TTY: 711] 1-866-247-2486، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (باستثناء أيام العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر أو مراسلة DPA كتابيًا.

سيتم تقديم الآراء الأخرى في عيادة طبيب أسنان آخر تابع للشبكة، ما لم يصرح DPA بخلاف ذلك. سوف تصرح DPA برأي آخر من قبل موفر رعاية غير تابع للشبكة إذا لم يكن طبيب أسنان مؤهل بشكل مناسب تابع للشبكة متاحًا. لن يدفع DPA سوى نظير رأي آخر وافق عليه DPA أو صرح به. سيتم إخطارك كتابيًا إذا قرر DPA عدم التصريح بالرأي الآخر. إذا كنت لا توافق على هذا القرار، يمكنك تقديم طعن إلى خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal. راجع قسم عملية التظلمات والطعون أدناه للحصول على معلومات إضافية.

تنسيق المزايا

توفر هذه الخطة مزايا بغض النظر عن التغطية من قبل أي سياسة تأمين جماعي أخرى أو أي برنامج مزايا صحية جماعية آخر إذا كانت السياسة أو البرنامج الآخر يغطي الخدمات أو النفقات بالإضافة إلى رعاية الأسنان. وبخلاف ذلك، يتم تنسيق المزايا المقدمة بموجب هذه الخطة من قبل الاختصاصيين أو أطباء الأسنان غير التابعين للشبكة مع سياسات تأمين الأسنان الجماعية الأخرى أو أي برامج مزايا طب الأسنان الجماعية الأخرى. يخضع تحديد وثيقة التأمين أو البرنامج الذي يُعد أساسيًا للقواعد المنصوص عليها في العقد.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



إذا كانت هذه الخطة ثانوية، فستدفع أيهما الأقل من:

- المبلغ الذي كان مقررًا دفعه في حالة عدم وجود أي تغطية أخرى لمزايا الأسنان، أو؛
- إجمالي تكلفة النفقات النثرية مستحقة الدفع للأعضاء بموجب خطة مزايا الأسنان الأساسية طالما أن المزايا مغطاة بموجب هذه الخطة.

يتعين على العضو تزويد DPA بأي معلومات تخصه وتكون لازمة لإدارة تنسيق المزايا، ويجوز لـ DPA الإفصاح عن هذه المعلومات إلى أي شركة تأمين أو جهة أخرى أو الحصول عليها منها. تُحدد DPA، وفقًا لتقديرها المنفرد، ما إذا كان يحق لشركة تأمين أو جهة أخرى استرداد أي مبالغ بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة في هذه الوثيقة، ويُعد أي مبلغ مسترد يُدفع بهذه الطريقة من المزايا المقدمة بموجب هذا العقد. سيحق لـ DPA استرداد أي مبلغ من طبيب الأسنان أو العضو أو شركة التأمين أو أي مؤسسة أخرى، حسب اختيار DPA، مقابل أي مزايا دفعتها DPA تتجاوز التزاماتها بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة هنا.

عملية التظلمات والطعون

التزامنا تجاهك لا يقتصر على ضمان جودة الرعاية فحسب، بل يتضمن أيضًا جودة إجراءات العلاج. تمتد جودة العلاج هذه بدءًا من الخدمات المهنية التي يقدمها أطباء الأسنان التابعين للشبكة وصولاً إلى الكيافة التي يقدمها لك ممثلينا عبر الهاتف. إذا كان لديك أي سؤال أو شكوى بخصوص مدى أهليتك، أو رفض خدمات الأسنان أو المطالبات، أو السياسات أو إجراءات أو عمليات DPA أو جودة خدمات الأسنان التي يؤديها أطباء الأسنان التابعين للشبكة، فيحق لك تقديم تظلم أو طعن لدى Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9 (الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون والشكاوى))** لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم تظلم أو طعن. إذا كانت لديك أسئلة، اتصل بـ DPA على رقم **1-866-247-2486 [TTY: 711]** من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (أرقام الهواتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند).

الاستثناءات العامة لخطة HMO للأسنان

- أي إجراء غير مدرج على وجه التحديد في جدول إجراءات مزايا طب الأسنان.
- أي إجراء يعتبر ضمن الرأي المهني لطبيب الأسنان التابع للشبكة:
 - ينطوي على توقع ضعيف للحصول على نتيجة ناجحة ومدة معقولة بناءً على حالة السن أو الأسنان و/أو الهياكل المحيطة بها، أو
 - غير متوافق مع المعايير المقبولة عمومًا لطب الأسنان.
- الخدمات التي تكون فقط لأغراض تجميلية أو لحالات ناتجة عن عيوب وراثية أو متعلقة بالنمو، مثل الحنك المشقوق وتشوهات الفك العلوي والسفلي والأسنان المفقودة خلقيًا والأسنان التي تغير لونها أو التي تفتقر إلى المينا.
- الأجهزة المفقودة أو المسروقة مثل أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية والتيجان.
- الإجراءات أو الأجهزة أو الترميم إذا كان الغرض تغيير البعد الرأسي أو تشخيص أو علاج الحالات غير الطبيعية لاضطراب المفصل الفكي الصدغي (Temporomandibular Joint, TMJ) ما لم يكن مدرجًا في جدول إجراءات مزايا طب الأسنان.
- المعادن الثمينة المستخدمة في التركيبات القابلة للإزالة، والقواعد المعدنية أو القواعد اللينة الدائمة لأطقم الأسنان، وأسنان أطقم الأسنان الخزفية، والمرتكزات الدقيقة للتركيبات الجزئية القابلة للإزالة أو الثابتة (بما في ذلك التغطيات، والغرسات، والتركيبات المرتبطة بها)، وتخصيص أطقم الأسنان الكاملة والجزئية وإضفاء الطابع المميز عليها.
- أجهزة وملحقات طب الأسنان المدعومة بزراعة الأسنان ووضع الزرعة والصيانة والإزالة وجميع الخدمات الأخرى المرتبطة بزراعة الأسنان.
- استشارات بشأن المزايا غير الخاضعة للتغطية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



- خدمات الأسنان التي يتم تلقيها من أي عيادة أسنان بخلاف طبيب الأسنان التابع للشبكة المعين أو أخصائي أسنان معتمد مسبقًا.
- جميع الرسوم ذات الصلة بدخول المستشفى أو مركز الجراحة الخارجية أو منشأة الرعاية الممتدة أو أي منشأة رعاية أخرى مماثلة، أو استخدامها أو الإقامة فيها.
- الأدوية المقررة بوصفات طبية.
- مصاريف طب الأسنان الناشئة عن أي إجراء لطب الأسنان بدأت قبل تأهيل العضو في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. تشمل الأمثلة: الأسنان المعدة للتيجان وأطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية التي تم أخذ طبعة لها.
- الأجهزة و/أو العلاجات الوظيفية العضلية وشبه الوظيفية.

F. الدعم المجتمعي

قد تحصل على الدعم بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. يُعد الدعم المجتمعي عبارة عن خدمات بديلة مناسبة طبيًا وفاعلة من حيث التكلفة أو الترتيبات لأولئك المشمولين بتغطية Medi-Cal State Plan. تُعد هذه الخدمات اختيارية للأعضاء. إذا كنت مؤهلاً، قد تساعدك هذه الخدمات في الحياة بشكل أكثر استقلالية. لا تحل هذه الخدمات محل المزايا التي تحصل عليها بالفعل بموجب برنامج Medi-Cal.

تشمل أمثلة الدعم المجتمعي الذي نقدمه الأطعمة والوجبات الداعمة طبيًا أو الوجبات المصممة طبيًا، أو المساعدة لك أو لمقدم الرعاية الخاص بك، أو قضبان الأمان ومنحدرات الاستحمام. يُعد الدعم المجتمعي خدمات اختيارية (ليست ضمن المزايا) تقدمها Blue Shield Promise Health Plan لأعضاء برنامج Medi-Cal المؤهلين. توفر هذه الخدمات الدعم للأعضاء بما يتجاوز الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (Long Term Care Support Services, LTSS) لتعزيز ودعم رعاية الأعضاء. ستختلف هذه الخدمات بناءً على احتياجات العضو ومعايير الأهلية الخاصة بخطة Blue Shield Promise Health Plan. يلزم الحصول على تصريح مسبق. تقدم Blue Shield Promise Health Plan الدعم المجتمعي للأعضاء المؤهلين في مقاطعتي لوس أنجلوس وسان دييغو:

الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى	مكان للأعضاء ذوي الاحتياجات الطبية أو السلوكية العالية الذين ليس لديهم مكان إقامة لمواصلة التعافي فورًا بعد خروج المرضى الداخليين من مستشفى أو مرفق رعاية سكني.
انتقال/تحويل مركز خدمات التمريض إلى مرافق المعيشة المدعومة	وهذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب الإيواء المؤسسي إذا أمكن.
برامج التأهيل اليومي	وهذا يساعد أعضاء برنامج Medi-Cal في بيئة خارج المرافق على تطوير المساعدة الذاتية، والتنشئة الاجتماعية، ومهارات التكيف اللازمة للنجاح في بيئاتهم المنزلية.
خدمات الانتقال المجتمعي/انتقال مركز خدمات التمريض إلى المنزل	وهذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب المزيد من الإيواء المؤسسي.
خدمات التوجيه لانتقال السكن	يتلقى الأعضاء المساعدة في الحصول على السكن.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

خدمات العناية الشخصية والمنزلية	يتلقى الأعضاء المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (Activities of Daily Living, ADL) مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو استخدام المرحاض أو التنقل أو التغذية، وخدمات العناية الشخصية مثل إعداد الوجبات وتسوق البقالة وإدارة الأموال للأعضاء الذين لا يمكنهم البقاء في منازلهم بدون هذه الخدمات.
الخدمات المؤقتة لمقدمي الرعاية لأعضاء برنامج Medi-Cal	إعفاء غير طبي قصير الأجل من واجبات تقديم الرعاية لأولئك الذين يعتنون بأعضاء برنامج Medi-Cal الذين يحتاجون إلى إشراف مؤقت متقطع.
خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة	يحصل الأعضاء على المساعدة في الحفاظ على إيجار آمن ومستقر بعد العثور على السكن.
رعاية التعافي (الرعاية الطبية المؤقتة)	رعاية سكنية قصيرة الأجل لأولئك الذين لم يعودوا بحاجة إلى العلاج بالمستشفى، ولكنهم ما زالوا بحاجة إلى الشفاء من إصابة أو مرض، بما في ذلك حالة الصحة العقلية التي قد تتفاقم في بيئة معيشية غير مستقرة.
علاج مرض الربو	تغييرات مادية في البيئة المنزلية للفرد تضمن الصحة والرفاهية والسلامة، أو تمكن من أداء وظائفه في المنزل إذا كانت نوبات مرض الربو الحادة قد تؤدي إلى العلاج بالمستشفى أو طلب خدمات الطوارئ.
مراكز تحسين الوعي	أماكن آمنة وداعمة للأفراد ليصبحوا متيقظين بعد العثور عليهم في حالة سكر علناً بسبب الكحول أو المخدرات ومساعدة الأفراد الذين يعانون من التشرد أو أوضاع معيشية غير مستقرة والذين سيتم إرسالهم إلى قسم الطوارئ أو السجن.
وجبات مصممة طبيًا/أغذية داعمة طبيًا	يعد الدعم الغذائي للأعضاء، وخاصة أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، عند تحقيق الأهداف الغذائية أمراً بالغ الأهمية للحصول على صحة جيدة والبقاء في صحة جيدة.
ودائع الإسكان	يتلقى الأعضاء المساعدة في العثور على الخدمات اللازمة لتجهيز منزل أساسي أو تنسيقه أو تأميره أو تمويله لمرة واحدة.
وسائل تكييف الإمكانات البيئية (التعديلات المنزلية)	التكيفات المادية للمنزل لضمان صحة الفرد ورفاهيته وسلامته والسماح للأعضاء الذين قد يحتاجون إلى الإقامة في مؤسسات بالبقاء في منازلهم.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو ترغب في معرفة المساعدات المجتمعية التي قد تتوفر لك، فاتصل على رقم، 1-800-452-4413 (TTY 711) أو اتصل بموفر الرعاية الصحية الخاص بك.

معلومات للأعضاء

- الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Promise Health Plan في منطقتك خلال أيام الأسبوع بين الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م: لوس أنجلوس: 1-800-605-2556 / سان دييغو: 1-855-699-5557

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- اتصل بخيارات الرعاية الصحية (Health Care Options, HCO) على رقم 1-800-430-4263 (TTY 800-430-7077)
- تفضل بزيارة قسم خدمات الرعاية الصحية لمزيد من المعلومات:
<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

G. المزايا المغطاة خارج خطتنا

نحن لا نغطي الخدمات التالية، ولكنها متوفرة من خلال خدمة الرسوم مقابل الخدمة المقدمة من برنامج Medi-Cal.

G1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)

يستخدم برنامج الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (California Community Transitions, CCT) المنظمات الرائدة المحلية لمساعدة المستفيدين المؤهلين في Medi-Cal، الذين عاشوا في منشأة للمرضى الذين يتلقون علاج داخل المستشفى لمدة 60 يومًا متتالية على الأقل، على العودة مرة أخرى إلى البيئة المجتمعية والبقاء فيها بأمان. يمول برنامج CCT خدمات تنسيق الانتقالات خلال فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين على العودة إلى البيئة المجتمعية.

يمكنك الحصول على خدمات تنسيق الانتقالات من أي منظمة رائدة في CCT تخدم المقاطعة التي تعيش فيها. يمكنك العثور على قائمة بمنظمات CCT الرائدة والمقاطعات التي تخدمها على الموقع الإلكتروني لوزارة خدمات الرعاية الصحية على: www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT

فيما يخص خدمات تنسيق انتقالات CCT

يدفع برنامج Medi-Cal تكاليف خدمات تنسيق الانتقالات. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

فيما يخص الخدمات غير المرتبطة بانتقالات CCT الخاصة بك

يرسل موفر الرعاية الفواتير إلينا مقابل خدماتك. وتدفع خطتنا مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

أثناء حصولك على خدمات تنسيق انتقالات CCT، فإننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا المدرج في القسم D.

لا يوجد تغيير في مزايا التغطية الدوائية

لا يغطي برنامج CCT الأدوية. ستستمر في الحصول على مزايا الدواء المعتادة عبر خطتنا. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية انتقالات غير تابعة لدى CCT، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. رعاية الانتقالات غير التابعة لدى CCT هي رعاية لا تتعلق بانتقالك من مؤسسة أو منشأة.

G2. برنامج Medi-Cal Dental

تتوفر بعض خدمات الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental.

يتوفر المزيد من المعلومات على موقع SmileCalifornia.org الإلكتروني. يشمل برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان، وحشوات سد الشقوق، والعلاجات بالفلورايد؛



- الترميم والتيجان
- علاج قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، وتعديلها وإصلاحها وإعادة تبطينها

لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على رقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على رقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal Dental متاحون لمساعدتك من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org/ لمزيد من المعلومات.

في مقاطعات لوس أنجلوس، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من برنامج Medi-Cal من خلال خطة الرعاية المُدارة للأسنان (Dental MCP). إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول خطط برنامج Medi-Cal للأسنان أو ترغب في إجراء تغييرات، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على رقم 1-800-430-4263 (يتصل مستخدمو TTY على رقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. جهات اتصال DMC متاحة أيضًا هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx www.hpsm.org/dental

راجع جدول المزايا في القسم D لمزيد من المعلومات.

G3. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)

- سيساعدك برنامج IHSS في دفع ثمن الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. تُعتبر IHSS بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل دور التمريض أو مرافق الإيواء والرعاية.
- لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، والغسيل، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل الرعاية لقضاء الحاجة سواء التبرز أو التبول، والاستحمام، والتزين، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على IHSS من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب IHSS في لوس أنجلوس على رقم 1-888-944-4477 ومكتب IHSS في سان دييغو على رقم 1-800-339-4661 لتقديم الطلب.

G4. 1915(c) برامج التنازل عن الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS). التنازل عن المساعدة على المعيشة (ALW)

- يوفر برنامج التنازل عن المساعدة على المعيشة (Assisted Living Waiver, ALW) للمستفيدين المؤهلين في برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للعيش طويل الأجل في مركز خدمات التمريض. يتمثل هدف برنامج ALW في تيسير انتقال المستفيدين من مركز خدمات التمريض إلى بيئة منزلية ومجتمعية، أو منع إدخالهم إلى مراكز التمريض المتخصصة، وذلك للمستفيدين الذين لديهم حاجة وشيكة إلى الإقامة في مركز خدمات تمريض.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج ALW البقاء مسجلين في ALW بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة ALW لتنسيق الرعاية الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- إن ALW متاح حاليًا فقط في المقاطعات التالية: مقاطعات ألآميدا وكونترا كوستا وفريسنو وكيرن ولوس أنجلوس وأورانج وريفرسايد وساكرامنتو وسان برناردينو وسان دييغو وسان فرانسيسكو وسان خواكين وسان ماتيو وسانتا كلارا وسونوما.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج ALW. يمكنك العثور على الوكالات المحلية التي يمكنها تنسيق رعايتك ضمن برنامج ALW هنا: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

إعفاء HCBS لسكان كاليفورنيا ذوي الإعاقات النمائية (HCBS-DD)

إعفاء برنامج تقرير المصير في كاليفورنيا (Self-Determination Program, SDP) للأفراد ذوي الإعاقات النمائية

- هناك إعفاءان بموجب المادة 1915(c)، وهما إعفاء HCBS-DD وإعفاء SDP، اللذان يوفران الخدمات للأشخاص الذين تم تشخيص إصابتهم بإعاقة إنمائية تبدأ قبل عيد ميلاد الفرد الثامن عشر ومن المتوقع أن تستمر إلى أجل غير مسمى. كلا الإعفاءين وسيلتان لتمويل خدمات معينة تسمح للأشخاص ذوي الإعاقات النمائية بالعيش في المنزل أو في المجتمع بدلاً من الإقامة في منشأة صحية مرخصة. يتم تمويل تكاليف هذه الخدمات بشكل مشترك من قبل برنامج Medicaid التابع للحكومة الفيدرالية وولاية كاليفورنيا. يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في توصيلك بخدمات إعفاء DD.

إعفاء البدائل المنزلية والمجتمعية (Home and Community-Based Alternative, HCBA)

- يوفر إعفاء HCBA خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر لدار التمريض أو التنسيب المؤسسي. تُقدم خدمات إدارة الرعاية من قبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتكون من ممرضة وأخصائي اجتماعي. يقوم الفريق بتنسيق خدمات الإعفاء وخطة الولاية (مثل الصحة الطبية والسلوكية وخدمات الدعم المنزلية وغير ذلك)، ويرتب للخدمات الأخرى والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل المتاحة في المجتمع المحلي. تُقدم خدمات إدارة الرعاية والإعفاء في السكن المجتمعي للمشاركة. يمكن أن يكون هذا السكن مملوكًا للقطاع الخاص، أو مؤمناً من خلال ترتيبات إيجار المستأجر، أو مسكن أحد أفراد عائلة المشارك.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج إعفاء HCBA البقاء مسجلين في إعفاء HCBA بينما يتلقون المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج HCBA.
- اعتمادًا على الرمز البريدي في مقاطعة لوس أنجلوس، إما Partners in Care أو Access TLC هي وكالة HCBA المحلية الخاصة بك. لمعرفة الوكالة التي تساعد منطقة الرمز البريدي الذي تعيش فيه، يُرجى زيارة: [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx) أو الاتصال مع Partners in Care على رقم 1-800-251-6764 أو الاتصال مع Access TLC على رقم 1-800-852-9887.



- إن San Ysidro Health هي وكالة HCBA المحلية في مقاطعة سان دييغو. تواصل مع San Ysidro Health على رقم 1-833-503-5910، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.

برنامج إعفاء Medi-Cal (Medi-Cal Waiver Program, MCWP)

- يوفر برنامج إعفاء Medi-Cal (MCWP) إدارة شاملة للحالات وخدمات الرعاية مباشرة للأشخاص المصابين بفيروس HIV كبديل للرعاية في مركز خدمات التمريض أو العلاج بالمستشفى. إدارة الحالات هي نهج جماعي يركز على المشاركين ويتكون من ممرضة مسجلة ومدير حالة للعمل الاجتماعي. يعمل مديرو الحالة مع المشاركون وموفر (موفر) الرعاية الأولية، والأسرة، ومقدم (مقدمي) الرعاية، وموفري الخدمات الآخرين، لتقييم احتياجات الرعاية لإبقاء المشاركون في منزلهم ومجتمعهم.
- أهداف MCWP هي: (1) توفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV) الذين قد يحتاجون إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين في إدارة صحة المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)؛ (3) تحسين سبل الحصول على الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي (4) التنسيق بين موفري الخدمات والقضاء على ازدواجية الخدمات.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج MCWP Waiver البقاء كما هم في MCWP Waiver بينما يتلقون أيضاً المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة أعفاء MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج MCWP. نظام المعلومات والتقييم الإقليمي لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (ARIES) مفتوح من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م (بتوقيت المحيط الهادئ). للوصول إلى مكتب المساعدة:
- اتصل برقم 1-866-411-ARIES (2743) أو
- قدم طلباً لمكتب مساعدة ARIES إلى aries@cdph.ca.gov وقم بتضمين اسمك والوكالة ورقم الهاتف والسؤال/المشكلة. لا تقم بتضمين أي معلومات عن العميل.

برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)

- يوفر برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.
- في حين أن معظم المشاركين في البرنامج يتلقون أيضاً خدمات دعم منزلية، فإن برنامج MSSP يوفر تنسيقاً مستمراً للرعاية، ويربط المشاركين بالخدمات والموارد المجتمعية الأخرى المطلوبة، وينسق مع مقدمي الرعاية الصحية، ويشتري بعض الخدمات اللازمة التي لا تكون متاحة بطريقة أخرى للوقاية من المرض أو تأخير الاعتماد على المؤسسة. يجب أن يكون إجمالي التكلفة السنوية المجمعة لإدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني.
- يقوم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية بتزويد كل مشارك في MSSP بتقييم صحي ونفسي اجتماعي كامل لتحديد الخدمات المطلوبة. يعمل الفريق بعد ذلك مع المشاركين في MSSP وأطبائهم وعائلاتهم وغيرهم لتطوير خطة رعاية فردية. تشمل الخدمات ما يلي:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- إدارة الرعاية
- الرعاية اليومية للبالغين
- إصلاح/صيانة منزلية بسيطة
- الأعمال الروتينية الإضافية في المنزل، والرعاية الشخصية، وخدمات الإشراف الوقائي
- خدمات الرعاية المؤقتة
- خدمات النقل
- الإرشاد والتوجيه والخدمات العلاجية
- خدمات الوجبات
- خدمات التواصل.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج MSSP Waiver البقاء كما هم في MSSP Waiver بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع موفر الرعاية لدى MSSP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج MSSP. يمكنك تحديد موقع موفر الرعاية لدى MSSP في منطقتك عن طريق الاتصال بإدارة الشيوخة بكاليفورنيا على رقم 1-800-510-2020 أو عن طريق تحديد مقاطعتك على صفحة البحث عن الخدمات في مقاطعتي (Find Services in My County) على موقع إدارة الشيوخة بكاليفورنيا: https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

G5. خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج خططنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)

يمكنك الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. نحن نوفر إمكانية الحصول على خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare والرعاية المُدارة من برنامج Medi-Cal. لا توفر خططنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة أو خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من برنامج Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال وكالات الصحة السلوكية في المقاطعة.

تتاح لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal عبر خطة الصحة العقلية (Mental Health Plan, MHP) التابعة لمقاطعتك إذا استوفيت المعايير الطبية الضرورية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal. تتضمن خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal التي تقدمها خطة MHP في مقاطعتك ما يلي:

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- خدمات التدخل في الأزمات

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- خدمات استقرار الحالة في الأزمات
 - خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
 - خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات
 - خدمات مراكز الصحة النفسية
 - خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى للمرضى النفسيين
 - إدارة الحالات المستهدفة
 - الخدمات السلوكية العلاجية
 - رعاية بديلة علاجية
 - تنسيق الرعاية المركزة
 - الخدمات المنزلية المكثفة
 - إعادة تأهيل ودمج الخارجين من السجون أو المؤسسات الإصلاحية
 - العلاج المجتمعي الإلزامي (Assertive Community Treatment, ACT)
 - العلاج المجتمعي الإلزامي الجنائي (Forensic Assertive Community Treatment, FACT)
 - الرعاية المتخصصة المنسقة (Coordinated Specialty Care, CSC) للذهان الأولي (First Episode Psychosis, FEP)
 - خدمات النادي المجتمعي
 - خدمات العاملين في صحة المجتمع المعززة (Community Health Worker, CHW)
- تتوفر لك خدمات الأدوية من برنامج Medi-Cal (DMC) من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات.
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
 - علاج اضطراب تعاطي المخدرات أثناء الإقامة قبل الولادة
 - خدمات العلاج في العيادات الخارجية
 - برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
 - أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
 - خدمات التدخل المبكر (للأعضاء دون 21 عامًا)
 - الفحص المبكر والدوري للتشخيص والعلاج (للأعضاء دون 21 عامًا)

تتضمن خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج
Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS)

- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية
- خدمات إدارة أعراض الانسحاب
- برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية
- خدمات التدخل المبكر (للأعضاء دون 21 عامًا)
- الفحص المبكر والدوري للتشخيص والعلاج (للأعضاء دون 21 عامًا)
- خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى

بالإضافة إلى الخدمات المذكورة أعلاه، قد يكون لديك إمكانية الوصول إلى خدمات إزالة السموم الاختيارية للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى إذا استوفيت المعايير.

إتاحة خدمات الصحة السلوكية

تتوفر لك مجموعة كبيرة من الخدمات. يمكنك الإحالة بنفسك إلى موفر رعاية متعاقد، ويمكن أيضًا إحالتك من قبل PCP الخاص بك أو أحد أفراد العائلة أو غير ذلك. "كل الطرق صحيحة" للحصول على الخدمات. يمكنك الاتصال بما يلي للحصول على مساعدة في الحصول على الخدمات:

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K بالفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)
- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها (يُرجى الاتصال برقم (TTY: 711) 1-888-742-7900، على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع)
- الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو - خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (يُرجى الاتصال برقم (TTY: 711) 1-888-724-7240، على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع)
- خط خدمات الصحة السلوكية في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal (يُرجى الرجوع إلى القسم D بالفصل 2 من كتيب الأعضاء لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)
- خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة أسفل هذه الصفحة)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

عمليات تحديد الخدمات الضرورية من الناحية الطبية

يحدد موفر رعاية مُرخّص له الضرورة من الناحية الطبية على نحو صحيح. تُستخدم معايير الضرورة الطبية من قبل كل من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قبل خبراء الصحة السلوكية وأصحاب المصلحة الآخرين، وهي متوافقة مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal والمقاطعة

إذا كنت تتلقى الخدمات من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك لأي من الجهتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تُحال من خلال Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو المقاطعة بالاتصال بالجهة التي تتم الإحالة إليها. كما سيتم استكمال نموذج الإحالة من قبل موفر الرعاية المُحيل، وسيتم إرساله إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.

عمليات تسوية المشكلات

إذا نشأ خلاف أو نزاع بينك وبين المقاطعة أو Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، فسوف تستمر في تلقي رعاية الصحة السلوكية الضرورية من الناحية الطبية، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية، حتى تتم تسوية الخلاف أو النزاع. عملت Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan مع المقاطعة لوضع عمليات التسوية التي تتسم بأنها ملائمة ولا تؤثر على الخدمات التي يحتاج العضو للحصول عليها سلبياً. يمكنك أيضاً استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan أو المقاطعة، اعتماداً على الجهة التي تتنازع معها. للحصول على معلومات حول إجراءات الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الذي حصلت عليه.

H. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

يوضح هذا القسم المزايا المستثناة في خطتنا. ونعني بلفظ "مستثناة" أننا لا ندفع نظير تلك المزايا. كما لا يدفع برنامج Medicare و Medi-Cal تكلفتها كذلك.

تسرد القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لا نغطيها في أي ظروف، والبعض الآخر الذي نستثنيه في بعض الحالات فقط.

لا ندفع نظير الميزات الطبية المستثناة من الخطة والتي نوردها في هذا القسم (أو في أي موضع آخر من كتيب الأعضاء هذا) باستثناء الشروط المحددة المُدرجة. حتى لو حصلت على الخدمات في منشأة طوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل الخدمات. إذا كنت تعتقد أنه يجب على خطتنا الدفع مقابل خدمة غير مغطاة، يمكنك طلب طعن. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موضحة في جدول المزايا، لن تغطي خطتنا العناصر والخدمات التالية:

- الخدمات التي لا تُصنّف على أنها "مناسبة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقاً لبرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، ما لم تكن مدرجة على أنها خدمات خاضعة للتغطية
- العلاجات الطبية والجراحية التجريبية والأصناف والأدوية ما لم تكن خاضعة لتغطية برنامج Medicare أو جزءاً من دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare أو خاضعة للتغطية في خطتنا. راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على مزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية. العلاج التجريبي والعناصر هي تلك التي لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- العلاج الجراحي للبدانة المرضية، باستثناء الحالات التي يكون فيها ضروريًا من الناحية الطبية ويغطي برنامج Medicare تكلفته.
- الغرفة الخاصة في المستشفى، باستثناء الحالات التي تكون ضرورية من الناحية الطبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة
- الأشياء الشخصية في غرفتك في المستشفى أو في مركز خدمات التمريض، مثل الهاتف أو التلفزيون
- رعاية تمريضية بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يفرضها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك
- وجبات الطعام التي يتم توصيلها إلى منزلك باستثناء ما هو موضح في قسم توصيل الوجبات المنزلية في جدول المزايا في القسم D
- إجراءات أو خدمات تحسين الحالة سواء كانت اختيارية أو تطوعية (ومنها فقدان الوزن ونمو الشعر والقدرة الجنسية والنشاط البدني والأغراض التجميلية وعلاج أمراض الشيخوخة والقدرة العقلية)، إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية
- جراحة أو عمليات تجميل أخرى، إلا إذا كانت مطلوبة بسبب إصابة عرضية أو لتحسين جزء من الجسم غير صحيح. ومع ذلك، ندفع نظير استثناء ثدي بعد استئصاله، ومعالجة الثدي الآخر ليبدو متناسقًا معه.
- الرعاية بتقويم العمود الفقري، بخلاف المعالجة اليدوية للعمود الفقري المتوافقة مع إرشادات التغطية، باستثناء ما هو موضح في قسم خدمات الرعاية التقييمية للعمود الفقري (الخدمات غير المشمولة بموجب برنامج Medicare) في القسم D من جدول المزايا.
- العناية الروتينية بالقدم، باستثناء ما هو موضح في خدمات طب الأقدام في القسم D من جدول المزايا
- أحذية تقويم العظام، ما لم تكن الأحذية جزءًا من دعامة الساق ومُدْرَجَة في تكلفة الدعامة أو ما لم تكن الأحذية مخصصة لشخص يعاني من مرض القدم السكري
- أجهزة دعم الأجهزة الداعمة للقدم، باستثناء أحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري
- جراحة القرنية الشعاعية، وجراحة الليزك، ووسائل المساعدة الأخرى في علاج ضعف الرؤية
- إلغاء إجراءات التعقيم
- خدمات ممارس الطب الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة)
- الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (Veterans Affairs, VA). ومع ذلك، عند تلقي أحد المحاربين القدامى خدمات الطوارئ في أحد مستشفيات VA وعندما يكون مبلغ المشاركة في تحمل التكاليف VA أعلى من نظيره بموجب خطتنا، سنسدد الفارق لقدامى المحاربين. لا تزال مسؤولاً عن دفع مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف الخاصة بك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



الفصل 5: الحصول على أدوية العيادات الخارجية

مقدمة

يشرح هذا الفصل قواعد الحصول على أدوية العيادات الخارجية. وهذه هي الأدوية التي يطلبها موفر الرعاية لك وتحصل عليها من الصيدلية أو بخدمة التوصيل إلى المنزل. وهي تتضمن الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D في برنامج Medicare و Medi-Cal. يوضح لك **الفصل 6** من كُتِيب الأعضاء هذا المبلغ الذي تدفعه للحصول على هذه الأدوية. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كُتِيب الأعضاء هذا.

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

- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب القسم A في برنامج Medicare** وتشمل بشكل عام الأدوية التي تقدم لك أثناء وجودك في المستشفى أو مركز خدمات التمريض.
- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب القسم B في برنامج Medicare**، وتتضمن بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض أنواع أدوية الحقن التي توصف لك خلال فترة زيارة عيادة طبيب أو موفر رعاية آخر، بالإضافة إلى الأدوية التي توصف لك في وحدات الغسيل الكلوي. لمعرفة المزيد عن أدوية القسم B في برنامج Medicare، يرجى الرجوع إلى جدول المزايا **بالفصل 4** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.
- بالإضافة إلى القسم D في برنامج Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد تتم تغطية أدويةك بواسطة Original Medicare إذا كنت في رعاية الأمراض العضال لدى برنامج Medicare. لمعرفة المزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **القسم F3 بالفصل 5** "في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare".

قواعد خطتنا لتغطية أدوية مرضى العيادات الخارجية

نغطي الأدوية عادةً طالما تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

يجب أن يكتب موفر الرعاية (الطبيب أو طبيب الأسنان أو أي مقدم وصفات طبية آخر) الوصفة الطبية الخاصة بك، والتي يجب أن تكون سارية بموجب قانون الولاية المعمول به. وهذا الشخص هو غالبًا موفر الرعاية الأولية (PCP). ويمكن أن يكون موفر رعاية آخر إذا أحالك PCP الخاص بك للحصول على الرعاية.

يجب ألا يكون مقدم الوصفات الطبية الخاص بك مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الاستثناء لدى برنامج Medicare أو أي قوائم مماثلة لبرنامج Medi-Cal.

يجب أن تستخدم بشكل عام إحدى الصيدليات التابعة للشبكة لصرف الوصفة الطبية. (راجع **القسم A1** لمزيد من المعلومات). أو يمكنك صرف الوصفة الطبية الخاصة بك من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل التابعة للخطة.

يجب أن تكون الأدوية المقررة بوصفة طبية لك مدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية بخطتنا. ونطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا. (راجع **القسم B** من هذا الفصل).

- إذا لم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية، فقد يكون بإمكاننا تغطيته بمنحك استثناء.

- ارجع إلى **الفصل 9** للتعرف على طلب الحصول على استثناء.



- يرجى أيضًا ملاحظة أنه سيتم تقييم طلب تغطية الدواء الموصوف لك وفقًا لمعايير برنامجي Medicare و Medi-Cal.

يجب استخدام أدويةك لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. يُقصد بهذا أن يكون استخدام الدواء معتمد من هيئة الدواء والغذاء (Food and Drug Administration, FDA) أو مدعوم بواسطة مراجع طبية معينة. قد يكون مقدم الوصفات الطبية لك قادرًا على المساعدة في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب للدواء الموصوف. الأدوية المستخدمة في علاج حالات لا تدعمها FDA أو كتب مرجعية تسمى ذات استعمال "غير معتمد". الأدوية المستخدمة ذات الاستعمال "غير المعتمد" ليست "لاستعمال مقبول طبيًا" ولذا لا تخضع لمزايا التغطية إلا إذا تمت الإشارة إلى هذا الاستعمال "غير المعتمد" في أحد الكتب المرجعية المعتمدة من CMS.

قد يتطلب الدواء الخاص بك موافقة من خطتنا بناءً على معايير معينة قبل أن نقوم بتغطيته. (راجع القسم C في هذا الفصل).

جدول المحتويات

A.	سرف الوصفات الطبية المقررة لك	152
A1.	سرف الوصفة الطبية المقررة لك من صيدلية تابعة للشبكة	152
A2.	استخدام بطاقة مُعرّف عضويتك عند سرف وصفة طبية	152
A3.	الإجراءات الواجب اتباعها عند تغيير صيدلية تابعة للشبكة	152
A4.	الإجراءات الواجب تنفيذها إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة	152
A5.	الاستعانة بصيدلية متخصصة	153
A6.	استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل للحصول على الأدوية الخاصة بك	153
A7.	الحصول على سرفية أدوية طويلة الأجل	154
A8.	الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا	155
A9.	استرداد تكلفة وصفة طبية لك	155
B.	قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا	156
B1.	الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا	156
B2.	كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية لدينا	156
B3.	الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا	157
B4.	فئات مبالغ المشاركة في تحمل تكاليف قائمة الأدوية	158
C.	القيود على بعض الأدوية	159
D.	أسباب عدم تغطية دواءك	160
D1.	الحصول على سرفية مؤقتة	160



- 161 D2. طلب صرفية مؤقتة
- 162 D3. طلب استثناء
- 162 E. تغييرات التغطية للأدوية الخاصة بك
- 164 F. تغطية الدواء في حالات خاصة
- 164 F1. في مستشفى أو مركز خدمات تريض مهني لقضاء فترة إقامة تغطيتها الخطة
- 164 F2. في مركز رعاية طويلة الأجل
- 164 F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من برنامج Medicare
- 165 G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارتها
- 165 G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان
- 165 G2. برامج تساعدك على إدارة أدويةك
- 165 G3. برنامج إدارة الأدوية (Drug Management Program, DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية
- 166 الأفيونية بأمان



A. صرف الوصفات الطبية المقررة لك

A1. صرف الوصفة الطبية المقررة لك من صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، لا ندفع مقابل الوصفات الطبية المقررة إلا عند صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي الصيدلية التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي صيدلية تابعة للشبكة لدينا. (راجع القسم A8 للحصول على معلومات حول الحالات التي نغطي فيها الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات غير التابعة للشبكة).
للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، راجع دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو اتصل بخدمة العملاء.

A2. استخدام بطاقة مُعرّف عضويتك عند صرف وصفة طبية

لصرف الوصفة الطبية، أظهر بطاقة مُعرّف عضويتك في الصيدلية التابعة للشبكة الخاصة بك. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة بتقديم فاتورة بقيمة حصتنا من تكلفة الدواء الخاضع للتغطية. وقد تحتاج إلى دفع حصة مشاركتك في الدفع للصيدلية عند الحصول على الوصفة الطبية.

تذكر أنك تحتاج إلى بطاقة برنامج Medi-Cal أو بطاقة تعريف مزاي برنامج Medi-Cal (BIC) للحصول على الأدوية الخاضعة لتغطية Medi-Cal Rx:

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

ومع ذلك، إذا تعذر على الصيدلية الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الطبية كاملةً عند استلامها. ومن ثم يمكنك مطالبة خطتنا برد حصتك التي دفعناها. إذا لم تستطع دفع تكلفة الدواء، فاتصل بخدمة العملاء على الفور. وسنبذل قصارى جهدنا للمساعدة.

- لمطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته، راجع الفصل 7 من كُتِيب الأعضاء.

- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في صرف وصفة طبية، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك.

A3. الإجراءات الواجب اتباعها عند تغيير صيدلية تابعة للشبكة

إذا غيّرت الصيدليات واحتجت إلى صرف وصفة طبية مقررة، يمكنك إما أن تطلب الحصول على وصفة طبية جديدة يكتبها موفر الرعاية أو أن تطلب من الصيدلية تحويل الوصفة الطبية لصيدلية جديدة إذا لم يتم إعادة صرف أي أدوية متبقية.

إذا احتجت إلى مساعدة لتغيير الصيدلية التابعة لشبكتك، تواصل مع خدمة العملاء أو بمنسق رعايتك.

A4. الإجراءات الواجب تنفيذها إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

إذا خرجت الصيدلية التي تتعامل معها من الشبكة التابعة لخطتنا، فستحتاج إلى العثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، راجع دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بخدمة العملاء أو بمنسق رعايتك.



A5. الاستعانة بصيدلية متخصصة

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

- الصيدليات التي توفر أدوية العلاج بالحقن في المنزل.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مركز رعاية طبية طويلة الأجل، مثل مراكز خدمات التمريض.
 - عادةً ما تمتلك مراكز الرعاية الطبية طويلة الأجل صيدليات خاصة بها. إذا كنت مقيمًا في مركز رعاية طويلة الأجل، فإننا نتأكد من أنه يمكنك الحصول على الأدوية التي تحتاجها من صيدلية المركز.
 - إذا لم تكن الصيدلية التابعة لمركز الرعاية طويلة الأجل تابعة لشبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدويةك في أحد مراكز الرعاية طويلة الأجل، فاتصل بخدمة العملاء.
- الصيدليات التابعة لموفري الرعاية الصحية للهنود (Indian Health Care Provider, IHCP) يحق للهنود الأمريكيين وسكان ألاسكا الوصول إلى الصيدليات التابعة لموفري الرعاية الصحية للهنود (IHCP) وذلك في حدود وجود صيدلية تجزئة مسجلة لديهم. إذا لم تكن من سكان أمريكا الأصليين أو سكان ألاسكا الأصليين، فلا يزال بإمكانك الحصول على الخدمات من صيدلية البيع بالتجزئة تابعة لـ IHCP إذا أسندت حالتك للعيادة أو لحالة طارئة.
- الصيدليات التي توزع الأدوية التي تحظرها FDA على مواقع معينة أو التي تتطلب تعاملًا خاصًا، أو تنسيقًا مع موفر الرعاية، أو توعية حول كيفية استخدامها. (ملاحظة: نادرًا ما يحدث هذا السيناريو.)
- للعثور على صيدلية متخصصة، يرجى الرجوع إلى دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو زيارة موقعنا الإلكتروني، أو الاتصال بخدمة العملاء أو بمنسق رعايتك.

A6. استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل للحصول على الأدوية الخاصة بك

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل التابعة للشبكة في خطتنا. على وجه العموم، الأدوية المتاحة من خلال التوصيل إلى المنزل هي أدوية تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. يتم تمييز الأدوية غير المتوفرة من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا بالرمز NDS في قائمة الأدوية لدينا.

تتيح لك خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا طلب صرفية لمدة تصل إلى 100 يوم من الأدوية الخاضعة للتغطية من الفئات 1 إلى 4. الصرفية التي تغطي مدة 100 يومًا لها نفس مبلغ حصة المشاركة في الدفع مثل الصرفية التي تغطي شهرًا واحدًا.

صرف الوصفات الطبية بالبريد

للحصول على معلومات حول صرف الوصفات الطبية الخاصة بك عن طريق التوصيل إلى المنزل، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب. إذا كنت تستخدم صيدلية توفر خدمة التوصيل المنزلي غير تابعة لشبكة الخطّة، فلن تتم تغطية الوصفة الطبية الخاصة بك.

عادةً، تصل الوصفة الطبية من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل في غضون 5 أيام. ستتلقى إشعارًا إذا كان هناك تأخير في طلب الوصفة الطبية للتوصيل المنزلي الخاص بك. إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن ذلك، يُرجى الاتصال بفريق خدمة العملاء المخصص لـ Amazon Pharmacy's Blue Shield على رقم 1-856-208-4665، على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711. إذا لزم الأمر، يمكن لخدمة عملاء خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal مساعدتك في الحصول على كمية كافية من الأدوية من الصيدليات المحلية للبيع بالتجزئة التابعة للشبكة، حتى لا تبقى دون دواء إلى أن تصل شحناتك المنزلية. قد يتطلب ذلك الاتصال بطبيبك المعالج ليرسل وصفة طبية جديدة عبر هاتفه أو الفاكس إلى صيدلية البيع بالتجزئة التابعة للشبكة للحصول على كمية الأدوية اللازمة حتى تتلقى الدواء عبر خدمة التوصيل إلى المنزل.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

إذا تجاوز التأخير 5 أيام من تاريخ طلب الوصفة الطبية من مقدم خدمة توصيل الأدوية إلى المنزل، وكان التأخير ناتجًا عن فقدان الدواء في نظام البريد، فيمكن لفريق خدمة عملاء Amazon Pharmacy تنسيق طلب بديل.

إجراءات التوصيل إلى المنزل

يكون لدى خدمة التوصيل إلى المنزل إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من مكتب موفر الرعاية الخاص بك، وإعادة صرف الوصفات الطبية الخاصة بك عند التوصيل إلى المنزل.

1. الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية منك

تقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف وتسليم الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك.

2. الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية من مكتب موفر الرعاية الخاص بك

بعد أن تحصل الصيدلية على وصفة طبية من موفر الرعاية الصحية، سوف تتصل بك لمعرفة ما إذا كنت تريد صرف الدواء فورًا أم لاحقًا.

- يتيح لك هذا فرصة للتأكد من أن الصيدلية تقدم الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والكمية والشكل) وإذا لزم الأمر، يسمح لك بإيقاف الطلب أو تأخيره قبل إصدار الفاتورة وشحنه.
- قم بالرد في كل مرة تتصل فيها الصيدلية بك لإعلامها بما يجب فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

3. إعادة صرف الوصفات الطبية من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل

لإعادة صرف أدويةك، لديك خيار التسجيل للحصول على برنامج إعادة الصرف تلقائيًا. في إطار هذا البرنامج، سنبدأ في إجراءات إعادة صرف أدويةك التالية تلقائيًا عندما تُظهر سجلاتنا أن أدويةك على وشك النفاد.

- تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل إعادة صرف للتأكد من أنك بحاجة إلى مزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من أدويةك أو إذا تم تغيير أدويةك.

- في حالة اختيارك عدم استخدام برنامج إعادة صرف الأدوية التلقائي لدينا، فاتصل بالصيدلية الخاصة بك قبل 14 يومًا من نفاذ الوصفة الطبية الحالية للتأكد من شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بإعداد إعادة صرف الطلبات المنزلية، اتصل بنا عن طريق الاتصال بـ Amazon Pharmacy على رقم 1-856-208-4665، على مدار 24 ساعة يوميًا/ طوال أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي TTY الاتصال على رقم 711.

أخبر الصيدلية بأفضل طرق الاتصال بك حتى يتمكنوا من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن. يرجى التأكد من أن معلومات الاتصال الخاصة بك محدثة دائمًا مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. إذا كنت بحاجة إلى تحديث رقم هاتفك أو عنوانك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan (رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة).

A7. الحصول على صرفية أدوية طويلة الأجل

يمكنك الحصول على صرفية أدوية تكفي لفترة طويلة من الأدوية الدورية من قائمة الأدوية في خطتنا. الأدوية الدورية هي الأدوية التي تتناولها بصورة منتظمة لعلاج مرض مزمن أو حالة طبية طويلة الأجل.



تتيح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة التابعة لشبكتنا الحصول على صرفية تكفي لفترة طويلة من الأدوية الدورية. الصرفية التي تغطي مدة 100 يومًا لها نفس مبلغ حصة المشاركة في الدفع مثل الصرفية التي تغطي شهرًا واحدًا. يوضح لك دليل موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا، والتي يمكنها تقديم صرفية تكفي لفترة طويلة من الأدوية الدورية. يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل التابعة للشبكة في خطتنا للحصول على صرفية أدوية دورية على المدى الطويل. راجع قسم A6 لمعرفة خدمات التوصيل إلى المنزل.

A8. الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا

بصفة عامة، لا نغطي الأدوية التي تصرفها من صيدلية غير تابعة للشبكة إلا عندما يتعذر عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة. لدينا صيدليات غير تابعة للشبكة خارج منطقة خدمتنا حيث يمكنك صرف الوصفات الطبية الخاصة بك بصفتك عضوًا في خطتنا. في هذه الحالات، راجع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء أولاً لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

ندفع نظير الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تم صرفها من صيدليات غير تابعة للشبكة في الحالات التالية:

- إذا لم تتمكن من الحصول على دواء من الأدوية الخاضعة للتغطية في الوقت المناسب داخل منطقة خدمتنا نظرًا لعدم توفر صيدليات تابعة للشبكة ضمن مسافة قيادة معقولة توفر خدمة على مدار 24 ساعة.
- إذا كنت تحاول صرف دواء موصوف طبيًا خاضع للتغطية ولا يتم توافره بشكل منتظم في إحدى صيدليات البيع بالتجزئة أو خدمة البريد التابعة للشبكة المؤهلة (تشمل هذه الأدوية أدوية الأمراض النادرة، والأدوية عالية التكلفة والفريدة من نوعها، أو المستحضرات الصيدلانية المتخصصة الأخرى).
- بعض الأمصال التي يتم إعطاؤها في عيادة طبيبك المعالج والتي لا يغطيها القسم B في برنامج Medicare ولا يمكن الحصول عليها بشكل معقول من صيدلية تابعة للشبكة قد تتم تغطيتها من خلال صيدليات غير تابعة للشبكة لدينا.
- تقتصر الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات غير تابعة للشبكة على صرفية لمدة 30 يومًا من الأدوية الخاضعة للتغطية.

A9. استرداد تكلفة وصفة طبية لك

إذا تعيّن عليك استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة، فيتعين عليك عادةً دفع التكاليف كاملة بدلاً من قيمة المبلغ العادي الذي تدفعه كحصة مشاركة في الدفع عند صرف الوصفة الطبية. ويمكنك مطالبتنا بدفع الجزء الذي نتحمله من التكلفة.

إذا قمت بدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية الخاصة بك والتي قد يغطيها Medi-Cal Rx، فقد تتمكن من تعويضك من الصيدلية بمجرد قيام Medi-Cal Rx بدفع تكلفة الوصفة الطبية. وبدلاً من ذلك، يمكنك أن تطلب أن يسدد Medi-Cal Rx المبلغ لك عن طريق تقديم مطالبة "تعويض مصروفات Medi-Cal النثرية (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/).

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



B. قائمة الأدوية الخاصة بخططنا

تتوفر لدينا قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا.

نختار الأدوية الواردة بقائمة الأدوية بفضل مساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. كما تُخبرك قائمة الأدوية بالقواعد التي تحتاج إلى اتباعها كي تحصل على أدوية.

وبشكل عام، توفر التغطية لكل الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا ما دمت تلتزم بالقواعد التي نشرحها في هذا الفصل.

B1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

تتضمن قائمة الأدوية الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D ببرنامج Medicare.

معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدلية مغطاة من قبل خططنا. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 1-800-977-2273. يُرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على وصفاتك الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

تتضمن قائمة الأدوية تلك الأدوية ذات العلامات التجارية والأدوية المماثلة والمنتجات البيولوجية (التي قد تشمل البدائل الحيوية).

الدواء ذو العلامة التجارية هو الدواء المُباع تحت اسم علامة تجارية تمتلكها شركة مصنعة للدواء. المنتجات البيولوجية هي أدوية تكون أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية. في قائمة الأدوية لدينا، عندما نشير إلى "الأدوية"، فهذا قد يعني دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

الأدوية المماثلة لديها نفس المكونات الفعالة في الأدوية ذات العلامة التجارية. المنتجات البيولوجية لها بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية المماثلة والبدائل الحيوية بنفس كفاءة الأدوية ذات العلامات التجارية أو المنتجات البيولوجية الأصلية وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. هناك بدائل للأدوية المماثلة المتاحة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية والبدائل الحيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض البدائل الحيوية هي البدائل الحيوية القابلة للتبادل، ووفقًا لقانون الولاية، قد يتم استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا مثل الأدوية المماثلة، يمكن استبدالها بالأدوية ذات العلامات التجارية.

راجع الفصل 12 لمعرفة تعريفات أنواع الأدوية التي قد تكون مدرجة في قائمة الأدوية.

B2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية لدينا

كي تتأكد من وجود دواء ما في قائمة الأدوية لدينا، يمكنك إجراء أي مما يلي:

- زيارة الموقع الإلكتروني لخططنا على blueshieldca.com/medformulary2027. دائمًا ما يكون إصدار قائمة الأدوية الموجود على موقعنا الإلكتروني هو الإصدار الأحدث.
- اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان هذا الدواء أو ذلك متوفرًا ضمن قائمة الأدوية لدينا أم لا، أو لطلب نسخة من القائمة.
- الأدوية التي لا يغطيها القسم D قد تتم تغطيتها بواسطة Medi-Cal Rx. يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد من المعلومات.

- استخدم "أداة Real Time Benefit" الخاصة بنا على blueshieldca.com/medicare للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة. يمكنك أيضًا الاتصال بمنسّق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة.
- كيفية الوصول إلى أداة التحقق من أسعار الوصفات الطبية Rx:
 - أنشئ حساب العضو الخاص بك على الإنترنت أو يمكنك تسجيل الدخول إليه.
 - انتقل إلى myblueshield، ثم اضغط على Pharmacy (صيدلية) تحت العنوان Benefits (المزايا).
 - تحت "Price check my Rx" (التحقق من سعر الوصفة الطبية)، انقر فوق "Check current prescriptions" (التحقق من الوصفات الطبية الحالية).

B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

نحن لا نغطي جميع الأدوية.

- فبعض الأدوية غير مدرجة في قائمة الأدوية لدينا لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية هذه الأدوية.
- وفي حالات أخرى، قررنا عدم تضمين دواء معين في قائمة الأدوية لدينا.
- في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء ليس مدرجًا في قائمة الأدوية. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 9.

خطتنا لا تدفع تكاليف أنواع الأدوية الموضحة في هذا القسم. ويُطلق عليها اسم الأدوية المستبعدة. فإذا حصلت على وصفة لدواء مستبعد، قد تحتاج أن تدفع تكلفته بنفسك. وإذا اعتقدت أننا يجب أن ندفع مقابل دواء مستبعد بسبب حالتك، يمكنك إجراء طعن. راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول الطعون.

فيما يلي القواعد الثلاث العامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية أدوية العيادات الخارجية الخاصة بخططنا (والتي تتضمن القسم D في برنامج Medicare) أن تدفع ثمن دواء يخضع بالفعل لتغطية القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. تغطي خططنا الأدوية المغطاة بموجب القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare مجانًا، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءًا من مزايا الأدوية لمرضى العيادات الخارجية.
2. لا يمكن أن تغطي خططنا دواءً تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.
3. يجب أن يكون استخدام الدواء إما معتمدًا من FDA، أو أن يكون مدعومًا في مراجع طبية معينة باعتباره علاجًا لحالتك. قد يصف طبيبك أو موفر رعاية آخر دواءً ما لعلاج حالتك، حتى وإن لم يُعتمد ذلك الدواء لعلاج حالتك. ويُسمى هذا "الاستعمال غير المعتمد". والخطوة عادةً لا تغطي الأدوية الموصوفة لاستعمالات غير معتمدة.



كما أن أنواع الأدوية المدرجة أدناه لا يغطيها برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal وفقاً للقانون.

- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة
 - الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد*
 - الأدوية المستخدمة في أعراض التجميل أو لزيادة نمو الشعر
 - الفيتامينات والمنتجات المعدنية الموصوفة طبيًا، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة والفلورايد*
 - الأدوية المستخدمة في علاج الخلل الجنسي أو ضعف الانتصاب
 - الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادة الوزن*
 - أدوية مرضى العيادات الخارجية التي تصنعها شركة تنص على أنه يجب إجراء اختبارات أو خدمات بواسطتها فقط
- *قد تتم تغطية منتجات محددة بواسطة برنامج Medi-Cal. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

B4. فئات مبالغ المشاركة في تحمل تكاليف قائمة الأدوية

يندرج كل عقار دوائي موجود في قائمة الأدوية لدينا في فئة واحدة من الخمس الفئات. الفئة هي عبارة عن مجموعة من الأدوية من نفس النوع بشكل عام (مثل اسم العلامة التجارية، أو الأدوية المماثلة، أو أدوية OTC). وبصفة عامة، كلما ارتفعت فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف، كلما زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.

- الفئة 1 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: الأدوية المماثلة المفضلة (أقل فئة من حيث مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف - تشمل الأدوية المماثلة المفضلة).
- الفئة 2 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: الأدوية المماثلة - تشمل الأدوية المماثلة والبدائل الحيوية.
- الفئة 3 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية - بما في ذلك الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة.
- الفئة 4 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: (تشمل الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة)
- الفئة 5 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: أدوية الفئة المتخصصة (أعلى فئة من حيث مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف) - تشمل الأدوية ذات العلامة التجارية عالية التكلفة، والبدائل الحيوية، والأدوية المماثلة التي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة.

لمعرفة فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي يقع فيها دواؤك، ابحث عنه في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطوة.

يوضح الفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل فئة.



C. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يتم تطبيق قواعد خاصة تقيّد الأسلوب الذي تتبعه خطتنا لتغطيتها وموعد تغطيتها. بشكل عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على دواء يناسب حالتك الطبية ويكون آمنًا وفعالاً. عندما يعمل دواء آمن أقل تكلفة بفعالية طبية جيدة مثل الدواء الأعلى تكلفة، نتوقع من موفر الرعاية الذي تتعامل معه استخدام ذلك الدواء الأقل تكلفة.

لاحظ أن الدواء قد يظهر أحياناً أكثر من مرة في قائمة الأدوية. وذلك لأن نفس الأدوية يمكن أن تختلف بناءً على تركيز أو كمية أو شكل الدواء الموصوف من قبل موفر الرعاية الخاص بك، وقد تنطبق قيود مختلفة على الإصدارات المختلفة من الأدوية (على سبيل المثال، 10 ملغ مقابل 100 ملغ؛ مرة واحدة في اليوم مقابل مرتين في اليوم؛ قرص مقابل سائل).

إذا كانت هناك قاعدة خاصة بالدواء الذي تحتاجه، فعادة ما يعني هذا أنه يتعين عليك أو على موفر الرعاية الذي تتعامل معه اتخاذ خطوات إضافية لكي تتم تغطية الدواء. فمثلاً، قد يجب على موفر الرعاية إخبارنا بالتشخيص وتقديم نتائج اختبارات الدم الخاصين بك أولاً. إذا كنت تعتقد أنت أو موفر الرعاية الخاص بك أن القاعدة لا يجب أن تنطبق على حالتك، فاطلب منا استخدام عملية قرار التغطية لإجراء استثناء. وقد نسمح - أو لا نسمح - لك باستخدام الدواء دون اتخاذ الخطوات الإضافية.

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

1. تقييد استخدام دواء ذي علامة تجارية أو منتجات حيوية أصلية عند توفر نسخة بديل حيوي مماثلة أو قابلة للتبادل

بشكل عام، يقوم الدواء المماثل أو البديل الحيوي القابل للتبادل بنفس وظيفة الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي وعادةً ما يكون أقل تكلفة. في معظم الحالات، إذا كان هناك إصدار حيوي مماثل أو قابل للتبادل من دواء ذي علامة تجارية أو منتج حيوي أصلي متاح، فستمنحك صيدليات شبكتنا الإصدار الحيوي المماثل أو القابل للتبادل.

- عادةً لا ندفع مقابل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي عندما يكون هناك إصدار مماثل متاح.
- ومع ذلك، إذا أخبرنا موفر الرعاية الخاص بك بالسبب الطبي الذي يجعل الدواء المماثل أو البديل الحيوي القابل للتبادل غير مجدي بالنسبة لك، فإننا نغطي الدواء ذي العلامة التجارية.
- قد تكون حصة مشاركتك في الدفع للدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي أكبر بالنسبة للدواء المماثل أو البدائل الحيوية.

2. الحصول على موافقة الخطأ مسبقاً

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو مقدم الوصفات الطبية لك على موافقة من خطتنا قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. ويطلق على هذا الإجراء اسم تصريح مسبق. يتم وضع هذا موضع التنفيذ لضمان سلامة الأدوية والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. في حالة عدم حصولك على الموافقة، فربما لا نقوم بتغطية الدواء. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2027 لمزيد من المعلومات حول التصريح المسبق.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

بصفة عامة، سنطلب منك تجربة أدوية أقل تكلفة (تتسم بنفس الفعالية) قبل أن نتحمل تغطية أدوية أكثر تكلفة. على سبيل المثال، إذا كان كلٌّ من الدواء "أ" والدواء "ب" يعالجان نفس الحالة الطبية، والدواء "أ" أقل تكلفة من الدواء "ب"، فقد نطلب منك تجربة الدواء "أ" أولاً.



إذا لم يفيدك الدواء "أ"، فستحمل تغطية الدواء "ب"، وهو ما يسمى بالعلاج المرحلي. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2027 لمزيد من المعلومات حول العلاج المرحلي.

4. حدود الكمية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، نضع قيودًا على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. ويُسمى هذا بحد الكمية. على سبيل المثال، إذا كان من المعتاد أن يعتبر آمنًا تناول قرص واحد فقط في اليوم لدواء معين، فقد نضع قيودًا على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تقوم فيها بصرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

لمعرفة ما إذا كانت هذه القيود سارية على دواء تأخذه أو ترغب في أخذه أم لا، راجع قائمة الأدوية لدينا. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بخدمة العملاء، أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2027. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب طعن. يرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.

D. أسباب عدم تغطية دواءك

نجتهد في أن تصبح تغطية الأدوية فعالة معك، غير أنه أحيانًا، قد لا تتم تغطية أحد الأدوية على النحو الذي يعجبك. على سبيل المثال:

- خططنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا. قد نغطي إصدار دواء مماثل ولكن ليس إصدار الدواء ذو العلامة التجارية الذي تريد تناوله. وقد يكون الدواء جديدًا ولم تتم مراجعته من حيث الأمان أو الفعالية.
- تغطي خطتنا الدواء، ولكن هناك قواعد أو حدود خاصة للتغطية. كما هو موضح في القسم أعلاه، بعض الأدوية الخاضعة لتغطية الخطأ لها قواعد إضافية لتقييد استخدامها. في بعض الأحيان، قد ترغب أنت أو مقدم الوصفات لك في طلب استثناء.
- الدواء خاضع للتغطية، ولكن في فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي تجعل تكلفة الدواء أكثر تكلفة مما تعتقد أنه يجب أن يكون.

هناك أمور يمكنك القيام بها إذا لم نغط الدواء بالطريقة التي تريدها منا.

D1. الحصول على صرفية مؤقتة

في بعض الحالات، يمكننا أن نعطيك صرفية مؤقتة من دواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو عندما يفرض عليه قيد من نوع ما. ويتيح لك ذلك الوقت اللازم لمناقشة أمر الحصول على دواء مختلف مع موفر الرعاية أو أن تطلب منا تغطية الدواء.

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

1. أن الدواء الذي تناولته:

- لم يعد في قائمة الأدوية، أو
- لم يُذكر في قائمة الأدوية من الأساس، أو
- أصبح الآن خاضعًا لبعض القيود.



2. يجب أن تنطبق أحد المواقف الموضحة أدناه عليك:

- لقد كنت في خطتنا العام الماضي.
 - نقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويةك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
 - هذه الصرفية المؤقتة تصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كُتِبت وصفتك الطبية لعدد أيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الدواء بكميات أقل في المرة لمنع الهدر.
- أنت جديد في خطتنا.
 - نقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويةك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.
 - هذه الصرفية المؤقتة تصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كُتِبت وصفتك الطبية لعدد أيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الدواء بكميات أقل في المرة لمنع الهدر.
- كنت مشتركًا في خطتنا لأكثر من 90 يومًا وكنت مقيمًا في مركز للرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى صرفية على الفور.
 - توفر التغطية لصرفية واحدة تكفي لمدة 31 يومًا، أو أقل في حالة كتابة الوصفات الطبية الخاصة بك لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى الصرفية المؤقتة المذكورة أعلاه.

D2. طلب صرفية مؤقتة

- اطلب صرفية مؤقتة من دواء ما، اتصل بخدمة العملاء.
- خلال فترة حصولك على صرفية مؤقتة من الأدوية، قم بمراجعة موفر الرعاية الذي تتعامل معه في أسرع وقت ممكن لتحديد ما ينبغي فعله عند نفاذ الصرفية المؤقتة. وإليك بعض الاختيارات:

● التغيير إلى دواء آخر.

قد تغطي خطتنا دواءً مختلفًا يناسبك. اتصل بخدمة العملاء للاستفسار عن قائمة الأدوية التي نغطيها والتي تعالج نفس الحالة الطبية. ويمكن أن تساعد هذه القائمة موفر الرعاية الذي تتعامل معه في العثور على دواء خاضع للتغطية قد يكون فعالاً معك.

أو

● اطلب استثناء.

يمكنك أنت أو موفر الرعاية مطالبنا بإجراء استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو أن تطلب منا تغطية الدواء بلا قيود. إذا أوضح موفر الرعاية أن لديك سببًا طبيًا معقولاً للاستثناء، فيمكنه مساعدتك هو طلب استثناء.



D3. طلب استثناء

إذا كان الدواء الذي تتناوله سيتم حذفه من قائمة الأدوية لدينا أو سيتم تقييده بطريقة ما في العام المقبل، فإننا نسمح لك بطلب استثناء قبل العام المقبل.

- ن خبرك عن أي تغيير في تغطية الدواء الخاص بك للعام المقبل. اطلب منا إجراء استثناء وتغطية دواء للعام المقبل بالطريقة التي تريدها.
 - نقوم بالرد على طلبك للحصول على استثناء في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طلبك (أو البيان الداعم لمقدم الوصفات الطبية الخاص بك).
 - إذا وافقنا على طلبك، فسنصرح بتغطية الدواء قبل سريان التغيير.
- لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناء، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب الحصول على استثناء، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية المعني بك.

E. تغييرات التغطية للأدوية الخاصة بك

معظم التغييرات في تغطية الأدوية تحدث في 1 يناير، ولكن قد نضيف أو نزيل أدوية من قائمة الأدوية لدينا خلال العام. قد نغير أيضًا قواعدها الخاصة بالأدوية. على سبيل المثال، يجوز لنا:

- أن نقرر طلب أو عدم طلب تصريح مسبق للحصول على دواء (إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها ("حدود الكمية").
- إضافة أو تغيير وضع قيود للعلاج المرحلي على الدواء (يجب عليك تجربة الدواء قبل أن نغطي دواءً آخر).
- استبدال منتج حيوي أصلي بنسخة حيوية مماثلة قابلة للاستبدال من المنتج الحيوي.

يجب علينا اتباع متطلبات برنامج Medicare قبل تغيير قائمة الأدوية الخاصة بخططنا. لمزيد من المعلومات حول قواعد الأدوية، قم بالاطلاع على القسم C.

إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا للتغطية في بداية العام، فإننا بشكل عام لن نقوم بإلغاء أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال باقي العام إلا إذا:

- توفر دواء جديد وأرخص في السوق يعمل بشكل جيد مثل الدواء الموجود حاليًا في قائمة الأدوية، أو
- علمنا أن الدواء غير آمن، أو
- تم سحب الدواء من السوق.

ماذا يحدث إذا تغيرت التغطية لدواء تتناوله؟

للحصول على مزيد من المعلومات حول ما يحدث عندما تتغير قائمة الأدوية لدينا، يمكنك دائمًا:

- التحقق من قائمة الأدوية الحالية عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2027 أو
- الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للتحقق من قائمة الأدوية الحالية لدينا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

التغييرات التي قد نجربها على قائمة الأدوية التي تؤثر عليك خلال عام الخطة الحالي

قد تحدث بعض التغييرات على الفور على قائمة الأدوية. على سبيل المثال:

عندما يتوفر دواء مماثل جديد. في بعض الأحيان، يظهر دواء مماثل أو بديل حيوي جديد في السوق يعمل بشكل جيد مثل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي في قائمة الأدوية الآن. وعند حدوث ذلك، يمكننا إلغاء الدواء ذي العلامة التجارية وإضافة الدواء المماثل الجديد ولكن تظل تكلفة الدواء الجديد عليك ثابتة أو أقل. وعند إضافة الدواء المماثل الجديد، قد نقرر أيضًا الإبقاء على الدواء ذي العلامة التجارية في القائمة لكن مع تغيير قواعد تغطيته أو حدودها.

○ قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، لكننا نرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.

○ يمكنك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك طلب "استثناء" من هذه التغييرات، ونرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من هذا الكتيب.

إزالة الأدوية غير الآمنة والأدوية الأخرى غير المدرجة في السوق. أحيانًا يمكن العثور على دواء غير آمن أو حذفه من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك، فقد نقوم بحذفه فورًا من قائمة الأدوية الخاصة بنا. إذا كنت تتناول الدواء، فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير. سيعلم مقدم الوصفات الطبية الخاص بك أيضًا بهذا التغيير ويمكنه العمل معك للعثور على دواء آخر لحالتك.

إجراء تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. نخبرك مسبقًا بهذه التغييرات الأخرى التي تُجرى على قائمة الأدوية لدينا. وقد تحدث هذه التغييرات إذا:

● قدمت FDA إرشادات جديدة أو كانت هناك إرشادات سريرية جديدة لأحد الأدوية.

عند إجراء هذه التغييرات، فإننا نقوم بما يلي:

● إخبارك قبل 30 يومًا من إجراء التغييرات على قائمة الأدوية أو

● إعلامك وتوفير صرفيات لمدة 30 يومًا من الدواء بعد طلبك لإعادة صرفه.

وهذا يتيح لك الفرصة لمناقشة الأمر مع طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر. يمكنهم مساعدتك على اتخاذ قرار بشأن:

● إذا ما كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك تناوله أو

● إذا ما كان يجب عليك طلب استثناء من هذه التغييرات لمواصلة تغطية الدواء أو إصدار الدواء الذي كنت تتناوله. لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا.

التغييرات على قائمة الأدوية التي لا تؤثر عليك خلال سنة الخطة هذه

قد نقوم بإجراء تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لم يتم وصفها أعلاه ولا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعًا للتغطية في بداية العام، فإننا بشكل عام لا نقوم بإلغاء أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال باقي العام.

على سبيل المثال، إذا قمنا بإزالة دواء تتناوله أو قمنا بالحد من استخدامه، فلن يؤثر التغيير على استخدامك للدواء لبقية العام.



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

لن نخبرك عن هذه الأنواع من التغييرات مباشرة خلال العام الحالي. ستحتاج إلى التحقق من قائمة الأدوية لعام الخطة التالية (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوحة) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات ستؤثر عليك خلال سنة الخطة التالية.

F. تغطية الدواء في حالات خاصة

F1. في مستشفى أو مركز خدمات تريض مهني لقضاء فترة إقامة تغطيتها الخطة

في حال دخولك مستشفى أو مركز خدمات تريض مهني لقضاء فترة إقامة تغطيتها خطتنا، فسوف بصفة عامة تغطية تكلفة أدويةك أثناء إقامتك. لن تدفع حصة المشاركة في الدفع. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مركز خدمات التريض المهني، تتم تغطية أدويةك التي تحتاجها طالما أن الأدوية متوافقة مع جميع قواعد التغطية لدينا.

لمعرفة المزيد حول تغطية الدواء وما تدفعه، راجع الفصل 6 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

F2. في مركز رعاية طويلة الأجل

عادةً ما يمتلك مركز الرعاية طويلة الأجل، مثل مركز خدمات التريض، صيدلية خاصة به، أو صيدلية تورد الأدوية لكل المقيمين بها. فإذا كنت تعيش في مركز للرعاية طويلة الأجل، يمكنك الحصول على أدويةك من صيدلية المركز إذا كانت تابعة لشبكتنا.

راجع دليل موفري الرعاية والصيديات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مركز الرعاية طويلة الأجل تابعة لشبكتنا أم لا. وإذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بخدمة العملاء.

F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من برنامج Medicare

لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من رعاية الأمراض العضال وخطتنا في نفس الوقت.

- قد تكون مسجلًا في مأوى رعاية الأمراض العضال وتحتاج إلى أدوية معينة (مثل الألم أو الأدوية المضادة للغثيان أو الأدوية الملينة أو المضادة للقلق) التي لا تغطيها رعاية الأمراض العضال الخاصة بك لأنها لا تتعلق بتشخيصك النهائي وحالاتك المرضية. في هذه الحالة، يجب أن تحصل خطتنا على إشعار من مقدم الوصفات الطبية أو موفر رعاية الأمراض العضال الخاص بك بأن الدواء لا علاقة له بالمرض قبل أن نتمكن من تغطيته.

- لمنع التأخير في الحصول على أي أدوية لا علاقة لها بالمرض والتي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من موفر رعاية الأمراض العضال أو مقدم الوصفات الطبية الخاص بك التأكد من حصولنا على إشعار بأن الدواء لا علاقة له بالمرض قبل أن تطلب من الصيدلية صرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

إذا غادرت رعاية الأمراض العضال، فإن خطتنا تغطي جميع أدويةك. لمنع أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء مزايا رعاية الأمراض العضال لدى برنامج Medicare، خذ المستندات إلى الصيدلية للتحقق من أنك غادرت رعاية الأمراض العضال.

ارجع إلى الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي تتحدث عن الأدوية التي تغطيها خطتنا. لمزيد من المعلومات حول مزايا رعاية الأمراض العضال، يرجى الرجوع إلى الفصل 4 من كتيب الأعضاء هذا.



G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارتها

G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان

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

- قد لا تكون هناك حاجة إليها، لأنك تتناول دواء آخر يؤدي نفس الفاعلية
- قد تكون غير آمنة بسبب العمر أو الجنس
- قد تضر بصحتك إذا تناولتها في نفس الوقت
- تحتوي على مكونات لديك، أو قد تكون لديك، حساسية منها
- قد يكون بها خطأ في الكمية (الجرعة)
- بها كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا اكتشفنا مشكلة محتملة عند استخدامك للأدوية، فإننا نتعاون مع موفر الرعاية الذي نتعامل معه لحل المشكلة.

G2. برامج تساعدك على إدارة أدويةك

تحتوي خططنا على برنامج لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات، دون أي تكلفة عليك، من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (Medication Therapy Management, MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. يساعدك هذا البرنامج وموفر الرعاية الخاص بك على التأكد من أن أدويةك تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسوف يقدم لك الصيدلي أو أي متخصص صحي آخر مراجعة شاملة لجميع أدويةك ويتحدث معك حول:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها
- أي مخاوف لديك، مثل تكاليف الدواء والتفاعلات الدوائية
- أفضل طريقة لتناول أدويةك
- أي أسئلة أو مشكلات لديك بشأن الوصفة الطبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية

ثم، سوف يعطيك:

- ملخص مكتوب لهذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة عمل دوائية توصي بما يمكنك فعله لتحقيق أفضل استخدام لأدويةك.
- قائمة الأدوية الشخصية التي تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها، والكمية التي تتناولها، ووقت وسبب تناولها.
- معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية المقررة بوصفات طبية والتي تعتبر مواد خاضعة للرقابة.
- من الجيد أن تتحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.
- خذ خطة العمل وقائمة أدويةك معك إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع الأطباء والصيدال وموفري الرعاية الصحية الآخرين.
- خذ قائمة أدويةك معك إذا ذهبت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

إن برامج MTM اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فسنجلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل لك المعلومات المتعلقة به. إذا كنت لا تريد الانضمام للبرنامج، أخبرنا، وسوف نخرجك منه. إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق رعايتك.

G3. برنامج إدارة الأدوية (Drug Management Program, DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان

لدينا برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بشكل آمن المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي تتكرر إساءة استخدامها. يُسمى هذا البرنامج برنامج إدارة الأدوية (DMP).

إذا كنت تستخدم الأدوية الأفيونية التي تحصل عليها من العديد من الأطباء أو الصيدليات أو إذا كنت قد تناولت جرعة زائدة من المواد الأفيونية مؤخرًا، يمكنك التحدث مع مقدمي الوصفات الطبية المعنيين بك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري من الناحية الطبية. العمل مع مقدمي الوصفات الطبية، إذا قررنا أن استخدامك للمواد الأفيونية الموصوفة طبيًا أو أدوية البنزوديازيبين (benzodiazepine) قد لا تكون آمنة، قد نضع قيودًا على كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا وضعناك في برنامج DMP الخاص بنا، فقد تشمل القيود ما يلي:

- مطالبتك بالحصول على جميع وصفاتك الطبية للأدوية الأفيونية والبنزوديازيبين (benzodiazepine) من صيدلية (صيدليات) معينة
- مطالبتك بالحصول على جميع وصفاتك الطبية للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين (benzodiazepine) من مقدمي وصفات طبية معينين
- الحد من كمية الأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين (benzodiazepine) التي نغطيها لك

إذا كنا نخطط لتحديد كيفية الحصول على هذه الأدوية أو الكمية التي يمكنك الحصول عليها، فسنرسل إليك خطابًا مقدمًا. ستخبرك الرسالة ما إذا كنا سنضع قيودًا على تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا ما كان سيُطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من موفر الرعاية أو صيدلية معينة.

سيكون لديك فرصة لإخبارنا عن مقدمي الوصفات الطبية أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات تعتقد أنه من المهم أن نعرفها. بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا وضع قيودًا على تغطيتك لهذه الأدوية، سنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد القيود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو كنت لا توافق على قرارنا أو القيد، فيمكنك أنت ومقدم الوصفات الطبية الخاص بك تقديم طعن. إذا قدمت طعنًا، فسنراجع حالتك ونصدر لك قرارًا جديدًا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طعنك المتعلق بالقيود التي تنطبق على حصولك على الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى منظمة المراجعة المستقلة (Independent Review Organization, IRO). (لمعرفة المزيد حول الطعون و IRO، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.)

- قد لا ينطبق DMP عليك إذا كنت:
- تعاني من حالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي،
- تحصل على رعاية الأمراض العضال، أو الرعاية المخففة للألام أو رعاية الاحتضار، أو
- تعيش في مركز رعاية طويلة الأجل.

الفصل 6: ما تدفعه مقابل أدوية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal الخاصة بك

مقدمة

يركز هذا الفصل على المبلغ الذي تدفعه للحصول على أدوية العيادات الخارجية. ونقصد بكلمة "أدوية":

- أدوية القسم D في برنامج Medicare، و
- الأدوية والعناصر التي تخضع للتغطية بموجب Medi-Cal Rx.

نظرًا لأنك مؤهل للاشتراك في برنامج Medi-Cal، ستحصل على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) من برنامج Medicare للمساعدة في سداد تكاليف أدوية القسم D في برنامج Medicare. أرسلنا لك مرفقًا منفصلاً، يسمى "دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) في دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية" (المعروف أيضًا باسم "الدعم المالي لأصحاب الدخل المنخفض" أو دليل برنامج تمويل أصحاب الدخل المنخفض LIS)، والذي يخبرك عن تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا المرفق، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء وطلب "دليل برنامج تمويل أصحاب الدخل المنخفض LIS".

برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) هو أحد برامج Medicare التي تساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية من القسم D في برنامج Medicare، مثل أقساط التأمين والمبالغ المستقطعة وحصص المشاركة في الدفع. ويطلق على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) أيضًا اسم "الدعم المالي لأصحاب الدخل المنخفض" أو اختصارًا "LIS".

تظهر المصطلحات الأساسية الأخرى وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

لمعرفة المزيد عن الأدوية، يمكنك الاطلاع على هذه المواضيع:

- قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بنا.
 - ونطلق عليها "قائمة الأدوية". وهي تعلمك بما يلي:
 - الأدوية التي نغطي تكلفتها
 - والدرجة التي يقع فيها كل دواء من الدرجات الخمس
 - إذا كانت هناك أي قيود أو حدود مفروضة على الأدوية
 - إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية لدينا، فاتصل بخدمة العملاء. يمكنك أيضًا العثور على أحدث نسخة من قائمة الأدوية الخاصة بنا على موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2027.



- معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدلية مغطاة من قبل Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) يمكنك أيضاً الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على رقم 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

● **الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا.**

- يشرح كيفية الحصول على أدوية العيادات الخارجية الخاصة بك من خلال خطتنا.
- ويتضمن القواعد التي يتعين عليك اتباعها. كما يوضح لك أنواع الأدوية التي لا تغطيها خطتنا.
- عند استخدام "أداة Real Time Benefit Tool" الخاصة بالخطوة للبحث عن تغطية الأدوية (راجع القسم B2 بالفصل 5)، فإن التكلفة المعروضة هي تقدير للتكاليف النثرية التي من المتوقع أن تدفعها. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

● **دليل موفري الرعاية والصيدليات الخاص بنا.**

- في معظم الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على أدويةك الخاضعة للتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات توافق على التعاون معنا.
- يسرد دليل موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا. لمزيد من المعلومات حول الصيدليات التابعة للشبكة، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا.



جدول المحتويات

169	A. شرح الاستحقاقات (EOB)
170	B. كيفية تتبع تكاليف أدويةك
171	B1. ماذا لو وجدت أخطاء في هذا الملخص؟
171	B2. ماذا عن الاحتيال المحتمل؟
172	C. مراحل دفع التكلفة لأدوية القسم D في برنامج Medicare
172	D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية
173	D1. اختيارائك للصيدلية
173	D2. الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل
173	D3. ما تدفعه
176	D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية
176	E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
176	F. تكاليف دوائك في حال وصف لك طبيبك صرفية لأقل من شهر كامل
177	G. ما تدفعه مقابل أمصال القسم D
177	G1. معلومات يجب معرفتها قبل الحصول على المصل
178	G2. ما تدفعه مقابل المصل الذي يغطيه القسم D في برنامج Medicare

A. شرح الاستحقاقات (EOB)

تتبع خطتنا تكاليف أدويةك والمدفوعات التي تدفعها عندما تحصل على الوصفات الطبية في الصيدلية. هناك نوعان من التكاليف التي نتتبعها:

- **تكاليفك النثرية.** هذا هو مبلغ المال الذي تدفعه، أو يدفعه لك الآخرون نيابةً عنك، مقابل الوصفات الطبية المقررة لك. ويشمل ذلك ما دفعته عندما تحصل على دواء من القسم D خاضع للتغطية، وأي مدفوعات لأدويةك تقوم بها الأسرة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات مقدمة لأدويةك من قبل برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) من برنامج Medicare أو الخطط الصحية الخاصة بجهة العمل أو نقابات الخطط الصحية، وخدمة الصحة الهندية، وبرامج المساعدة في علاج AIDS، والمؤسسات الخيرية، ومعظم برامج المساعدة الدوائية الحكومية (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- **إجمالي تكاليف أدويةك.** هذا هو إجمالي جميع الدفعات التي تتم مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية. ويتضمن ما دفعته خطتنا، والبرامج أو المنظمات الأخرى مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية التي تستخدمها.
- عند الحصول على أدويةك من خلال خطتنا، نرسل لك ملخصًا يسمى شرح الاستحقاقات (EOB, *Explanation of Benefits*). ونطلق عليه EOB اختصارًا. لا يُعد EOB فاتورة. يتضمن شرح الاستحقاقات معلومات أكثر حول الأدوية التي تتناولها مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة مع مبالغ مشاركة أقل في تحمل التكاليف. يمكنك التحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. يتضمن EOB ما يلي:
- **معلومات متعلقة بالشهر.** يوضح لك الملخص الأدوية التي حصلت عليها خلال الشهر السابق. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، إضافة إلى ما دفعته أنت أو دفعه آخرون عنك.
- **المبالغ الإجمالية للعام منذ 1 يناير.** يوضح ذلك إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات مقابل أدويةك منذ بداية العام.
- **معلومات حول أسعار الأدوية.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء والتغييرات في سعر الدواء منذ الصرفية الأولى لكل مطالبة بوصفة طبية بنفس الكمية.
- **بدائل أقل تكلفةً.** عند الاقتضاء، معلومات حول الأدوية الأخرى المتاحة مع مبالغ مشاركة أقل في تحمل التكاليف لكل وصفة طبية.
- **نوفر تغطية لأدوية لا تشملها التغطية ببرنامج Medicare.**
- لا تحتسب مدفوعات هذه الأدوية ضمن إجمالي التكاليف النثرية.
- معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدلية تغطيها الخطة. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء برنامج Medi-Cal على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.
- لمعرفة المزيد عن الأدوية التي تغطيها خطتنا، راجع "قائمة الأدوية".

B. كيفية تتبع تكاليف أدويةك

لنظل دائمًا على دراية بتكاليف أدويةك وما أدبته من مدفوعات، نستخدم سجلات نحصل عليها من الصيدليات التي تتعامل معها. وإليك كيف يمكنك مساعدتنا:

1. استخدام بطاقة مُعرّف عضويتك.

أظهر بطاقة مُعرّف عضويتك في كل مرة عند صرف الوصفة الطبية. فهذا يساعدنا في أن نظل على علم بما تصرفه من وصفات طبية وما تدفعه.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

2. تأكد من تزويدنا بما نحتاج إليه من المعلومات.

- يمكنك مطالبتنا بأن نرد لك قيمة الجزء الذي نتحمله من تكلفة الدواء. قدم إلينا نسخًا من الإيصالات للأدوية الخاضعة للتغطية التي دفعت مقابلها. فيما يلي أمثلة عن الحالات التي يجب عليك فيها تسليمنا نسخًا من الإيصالات فيها:
 - عند شرائك دواءً من الأدوية الخاضعة للتغطية من أحد الصيدليات التابعة للشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا.
 - عندما تدفع مبلغ حصة المشاركة في الدفع مقابل أدوية تحصل عليها بموجب برنامج مساعدة للمرضى مقدم من جهة تصنيع دواء.
 - عند شرائك أدوية خاضعة للتغطية من صيدلية غير تابعة للشبكة.
 - عندما تدفع السعر الكامل لدواء خاضع للتغطية في ظل ظروف خاصة.
- لمزيد من المعلومات حول مطالبتنا برد حصتنا من تكلفة الدواء، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء هذا.

3. أرسل لنا معلومات المدفوعات التي يجريها آخرون نيابةً عنك.

يتم احتساب الدفعات التي يسدها أفراد ومؤسسات أخرى معينة كذلك من التكاليف النثرية. على سبيل المثال، تُحتسب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة الصيدلانية التابع للولاية، أو برنامج المساعدة في علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP)، أو خدمة الصحة الهندية، ومعظم المؤسسات الخيرية، ضمن التكاليف النثرية للمبالغ التي تدفعها من مالك الخاص. وهذا يمكن أن يساعدك في أن تصبح مؤهلاً لدخول مرحلة تغطية الكوارث. عندما تصل إلى مرحلة تغطية الكوارث، ستدفع خطتنا كافة تكلفة أدويةك من القسم D في برنامج Medicare حتى نهاية العام الميلادي.

4. تحقق من EOB الذي نرسله إليك.

عندما تحصل على EOB بالبريد، تأكد من أنه صحيح وكامل.

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

B1. ماذا لو وجدت أخطاء في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء غير واضح أو يبدو غير صحيح في EOB هذا، يُرجى الاتصال بنا على خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. كما يمكنك العثور على الإجابات على العديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: blueshield.com/medicare.

B2. ماذا عن الاحتيال المحتمل؟

إذا كان هذا الملخص يوضح الأدوية التي لا تتناولها أو إذا كان هناك أي شيء آخر يبدو مريبًا بالنسبة لك، يرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- أو تواصل مع Medicare على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا.
 - في حالة الشك أنّ موفر رعاية ضمن برنامج Medi-Cal ارتكب احتيالاً أو تبيدياً أو إساءة استخدام، فمن حقك الإبلاغ عنه بالاتصال على الرقم المجاني السري 1-800-822-6222. يمكن العثور على طرق أخرى للإبلاغ عن الاحتيال في برنامج Medi-Cal على: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.
- إذا رأيت أن هناك ما هو خاطئ أو غير كامل، أو إذا كانت لديك أي استفسارات، اتصل بخدمة العملاء. احتفظ ببيانات EOB هذه. فهي سجل مهم لنفقات الأدوية الخاصة بك.

C. مراحل دفع التكلفة لأدوية القسم D في برنامج Medicare

هناك مرحلتان لدفع لتغطية أدوية القسم D في برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل كل وصفة طبية على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي تحصل عليه، وعلى المرحلة التي تكون فيها عند صرف أو إعادة صرف وصفة طبية. هاتان هما المرحلتان:

المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
خلال هذه المرحلة، ندفع جزءاً من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك. ويُطلق على حصتك اسم حصة المشاركة في الدفع. تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام.	في هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويةك خلال 31 ديسمبر 2027. تبدأ هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.

D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية

أثناء مرحلة التغطية المبدئية، ندفع حصة من تكلفة أدويةك الخاضعة للتغطية، وكذلك تدفع أنت حصتك. ويُطلق على حصتك اسم حصة المشاركة في الدفع. تعتمد حصة المشاركة في الدفع على فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي ينتمي إليها الدواء والمكان الذي تحصل من خلاله عليه.

وفئات مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف هي مجموعات الأدوية بنفس مبالغ حصص المشاركة في الدفع. يندرج كل دواء موجود في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا في فئة من فئات المشاركة في تحمل التكاليف الخمس. بشكل عام، كلما ارتفع رقم الفئة، كلما زادت حصة المشاركة في الدفع. للعثور على فئات تقاسم تكلفة لأدويةك، راجع قائمة الأدوية الخاصة بنا.

- الفئة 1 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: الأدوية المماثلة المفضلة (أقل فئة من حيث مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف - تشمل الأدوية المماثلة المفضلة). تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0.
- الفئة 2 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: الأدوية المماثلة - تشمل الأدوية المماثلة والبدايل الحيوية. تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- الفئة 3 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية - بما في ذلك الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة. تبلغ حصة المشاركة في الدفع من \$0 إلى \$14.40، اعتمادًا على دخلك.
- الفئة 4 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: (تشمل الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة) تبلغ حصة المشاركة في الدفع من \$0 إلى \$14.40، اعتمادًا على دخلك.
- الفئة 5 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: أدوية الفئة المتخصصة (أعلى فئة من حيث مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف) - تشمل الأدوية ذات العلامة التجارية عالية التكلفة، والبدائل الحيوية، والأدوية المماثلة التي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة. تبلغ حصة المشاركة في الدفع من \$0 إلى \$14.40، اعتمادًا على دخلك.

D1. اختياراتك للصيدلية

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

صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة أو

- صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة تقدم مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف المفضل المفضلة. قد تكون التكاليف أقل في الصيدليات التي تقدم مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف المفضلة.
- صيدلية غير تابعة للشبكة. في حالات محدودة، نغطي الأدوية المقررة بوصفه طبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة للشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة متى نفعل ذلك.
- صيدلية التوصيل إلى المنزل التابعة لخطتنا.

لمعرفة المزيد حول هذه الاختيارات، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك ودليل موفري الرعاية والصيدليات الخاص بنا.

D2. الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على صرفية طويلة الأجل (وتسمى أيضًا "صرفية ممتدة") عند صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. الصرفية طويلة الأجل تصل إلى 100 يوم. وتُكلفك نفس تكلفة صرفية شهر واحد.

للاطلاع على تفاصيل حول مكان وكيفية الحصول على صرفية أدوية تكفي لفترة طويلة، ارجع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك أو دليل موفري الرعاية والصيدليات الخاص بخطتنا.

D3. ما تدفعه

أثناء مرحلة التغطية الأولية، قد تدفع حصة المشاركة في الدفع في كل مرة تقوم فيها بصرف دواء موصوف طبيًا. وإذا كانت تكاليف دوائك الخاضع للتغطية أقل من مبلغ حصة المشاركة في الدفع، فستدفع المبلغ الأقل. اتصل بخدمة العملاء لمعرفة المبلغ الذي تدفعه مقابل أي دواء خاضع للتغطية.



حصدتك من التكلفة عند حصولك على صرفية شهر واحد لدواء خاضع للتغطية من:

صيدلية تابعة للشبكة	صيدلية تابعة للشبكة	خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية تكفي لمدة تصل إلى 30 يومًا. وتقتصر التغطية على حالات معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على التفاصيل.	صرفية تكفي لمدة تصل إلى 31 يومًا	صرفية تكفي لمدة شهر واحد أو صرفية قد تصل إلى 30 يومًا	صرفية تكفي لمدة شهر واحد أو صرفية قد تصل إلى 30 يومًا	
الفئة 1 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية المماثلة المفضلة)	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 1.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0
الفئة 2 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية المماثلة)	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 2.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0
الفئة 3 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 3.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.
الفئة 4 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية غير المفضلة)	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 4.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



صيدلية تابعة للشبكة	صيدلية تابعة للشبكة	خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية تكفي لمدة تصل إلى 30 يومًا. وتقتصر التغطية على حالات معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على التفاصيل.	صرفية تكفي لمدة تصل إلى 31 يومًا	صرفية تكفي لمدة شهر واحد أو صرفية قد تصل إلى 30 يومًا	صرفية تكفي لمدة شهر واحد أو صرفية قد تصل إلى 30 يومًا	
تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	الفئة 5 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (أدوية الفئة المتخصصة)

حسبك من التكلفة عند حصولك على صرفية طويلة الأجل لدواء خاضع للتغطية من:

صيدلية تابعة للشبكة	خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	
صرفية طويلة الأجل أو صرفية تصل إلى 100 يوم	صرفية طويلة الأجل أو صرفية تصل إلى 100 يوم	
تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	الفئة 1 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية المماثلة المفضلة)
تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0	الفئة 2 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية المماثلة)
تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	الفئة 3 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية طويلة الأجل أو صرفية تصل إلى 100 يوم	صرفية طويلة الأجل أو صرفية تصل إلى 100 يوم	
تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تبلغ حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.00 أو \$14.40 بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	الفئة 4 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (الأدوية غير المفضلة)
الصرفية طويلة الأجل غير متاحة للأدوية في الفئة 5.	الصرفية طويلة الأجل غير متاحة للأدوية في الفئة 5.	الفئة 5 من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف (أدوية الفئة المتخصصة)

للحصول على معلومات عن الصيدليات التي يمكنك من خلالها الحصول على صرفيات طويلة الأجل، ارجع إلى دليل موفري الرعاية والصيدليات.

D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية

تنتهي مرحلة التغطية المبدئية عندما يصل إجمالي تكاليف النثرية إلى \$2,400. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. ونغطي جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام.

سيساعدك EOB على تتبع تكلفة ما دفعته مقابل أدويةك طوال العام. وسنخبرك إذا وصلت إلى الحد البالغ \$2,400. كثير من الأعضاء لا يصلون إلى هذا المبلغ خلال عام واحد.

E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث

عندما يصل حد المصروفات النثرية \$2,400 مقابل أدويةك، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. وستظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية العام التقويمي. خلال هذه المرحلة، لن تدفع شيئاً مقابل أدويةك الخاضعة للتغطية في القسم D.

F. تكاليف دوائك في حال وصف لك طبيبك صرفية لأقل من شهر كامل

في بعض الحالات، عليك سداد مبلغ حصة المشاركة في الدفع لتغطية صرفية شهر كامل من الدواء الخاضع للتغطية. على الرغم من ذلك، يمكن لطبيبك أن يصف لك صرفية من الأدوية لمدة أقل من شهر.

- في بعض الأحيان، قد ترغب في أن تطلب من طبيبك وصف صرفية من الدواء لمدة أقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرب دواءً لأول مرة).
- في حالة موافقة طبيبك، لن تسدد تكلفة صرفية شهر كامل من أدوية معينة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



عندما تحصل على صرفية دواء لفترة تقل عن شهر، فإن المبلغ الذي تدفعه سيتم تحديده استنادًا إلى عدد أيام الدواء الذي حصلت عليه. ونحسب المبلغ الذي تدفعه في اليوم الواحد الذي تتناول فيه الدواء ("قيمة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف اليومية")، ثم نضربه في عدد الأيام التي تتناول فيها الدواء.

- إليك مثالاً: لنفترض أن حصة المشاركة في الدفع لدوائك لصرفية شهر كامل (صرفية 30 يومًا) تبلغ \$1.35. يعني ذلك أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أقل من \$0.05 يوميًا. وإذا حصلت على صرفية 7 أيام من دوائك، فسيكون المبلغ الذي ستدفعه أقل من \$0.05 عن كل يوم مضروبًا في 7 أيام، فيكون إجمالي المبلغ أقل من \$0.35.
- تتيح لك مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف اليومية التأكد من أن الدواء نتيجته فعالة لحالتك قبل أن تدفع مقابل صرفية شهر كامل.
- يمكنك أيضًا أن تطلب من موفر الرعاية الخاص بك أن يصف لك صرفية دواء تكفي لمدة أقل من شهر كامل لمساعدتك:

○ خطة أفضل عند إعادة صرف أدويةك،

○ تنسيق إعادة الصرف لأدوية أخرى حتى تتمكن من اتخاذ رحلات أقل إلى الصيدلية

G. ما تدفعه مقابل أمصال القسم D

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل الأمصال: تعتبر بعض الأمصال من المزايا الطبية ويتم تغطيتها بموجب القسم B في برنامج Medicare. تعتبر الأمصال الأخرى من الأدوية في القسم D في برنامج Medicare. يمكنك الاطلاع على هذه الأمصال في قائمة الأدوية الخاصة بنا. تغطي خطتنا معظم أمصال القسم D في برنامج Medicare للبالغين دون أي تكلفة عليك. ارجع إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اتصل بخدمة العملاء للحصول على تفاصيل التغطية وتقاسم التكاليف بشأن أمصال معينة.

تنقسم تغطيتنا للأمصال في القسم D في برنامج Medicare إلى جزئين:

1. الجزء الأول خاص بتكلفة المصل نفسه.
2. الجزء الثاني خاص بتكلفة إعطائك المصل. على سبيل المثال، أحيانًا قد تحصل على المصل كحقنة يعطيها لك طبيبك.

G1. معلومات يجب معرفتها قبل الحصول على المصل

نوصي بالاتصال بخدمة العملاء إذا كنت تخطط لتلقي مصل ما.

- يمكننا أن نخبرك بطريقة تغطية خطتنا للمصل وشرح حصتك التي تتحملها من التكلفة.
- يمكننا أن نخبرك بكيفية تخفيض تكاليفك عن طريق الاستعانة بصيدليات وموفري رعاية تابعين للشبكة. توافق الصيدليات وموفرو الرعاية التابعين للشبكة على العمل وفقًا لخطتنا. يعمل موفر رعاية تابع للشبكة معنا لضمان عدم تحملك أي تكاليف مقدمة مقابل أي مصل من أمصال القسم D في برنامج Medicare.



G2. ما تدفعه مقابل المصل الذي يغطيه القسم D في برنامج Medicare

يعتمد ما تدفعه مقابل المصل على نوع المصل (ما يتم تطعيمك من أجله).

- بعض الأمصال لها فوائد صحية عن كونها أدوية علاجية. تتم تغطية هذه الأمصال دون أي تكلفة عليك. لمعرفة المزيد عن تغطية هذه الأمصال، ارجع إلى جدول المزايا **بالفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.
- تُعتبر بعض الأمصال الأخرى من أدوية القسم D في برنامج Medicare. يمكنك معرفة هذه الأمصال في قائمة الأدوية بخطتنا. قد تضطر إلى دفع حصة المشاركة في الدفع مقابل أمصال القسم D في Medicare. إذا تمت التوصية بمصل للبالغين من قبل منظمة تُدعى **اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP)**، فلن يكلفك المصل شيئاً.

فيما يلي ثلاث طرق شائعة يمكنك من خلالها الحصول على مصل ضمن القسم D في برنامج Medicare.

1. يمكنك الحصول على مصل من القسم D في برنامج Medicare وحقتك في إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
 - بالنسبة لمعظم الأمصال المحددة في القسم D للبالغين، لن تدفع شيئاً.
 - أما بالنسبة للأمصال الأخرى المحددة في القسم D، ستدفع حصة المشاركة في الدفع مقابل المصل.
2. أنت تحصل على المصل المحدد بالقسم D في برنامج Medicare في عيادة طبيبك، ويعطيك طبيبك الحقنة.
 - تدفع حصة المشاركة في الدفع إلى الطبيب مقابل المصل.
 - ستدفع خطتنا تكلفة إعطائك الحقنة.
 - يجب أن يتصل مكتب الطبيب بخطتنا في هذه الحالة حتى نتمكن من التأكد من أنهم يعلمون أنه يتعين عليك دفع حصة المشاركة في الدفع للمصل فقط.
3. أنت تحصل على دواء المصل المحدد في القسم D في برنامج Medicare من إحدى الصيدليات وتأخذه لعيادة طبيبك ليعطيك الحقنة.
 - بالنسبة لمعظم الأمصال المحددة في القسم D للبالغين، لن تدفع شيئاً مقابل المصل نفسه.
 - أما بالنسبة للأمصال الأخرى المحددة في القسم D، ستدفع حصة المشاركة في الدفع مقابل المصل.
 - ستدفع خطتنا تكلفة إعطائك الحقنة.



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

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن كيفية ووقت إرسال الفاتورة لنا لطلب الدفع. وسيخبرك كذلك عن كيفية تقديم طعن إذا لم توافق على قرار التغطية. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويةك	180
B. إرسال طلب للدفع لنا	183
C. قرارات بيان المزايا المغطاة	184
D. الطعون	184



A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويةك

يجب على موفري الرعاية ضمن شبكتنا إعداد فاتورة بالتكلفة التي تتحملها الخطة نظير خدماتك وأدويةك الخاضعة للتغطية بعد أن تتلقاها بالفعل. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية.

نحن لا نسمح لموفري الرعاية ضمن Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan بإصدار فاتورة لك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. وذلك، حيث إننا ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحمي حقك في عدم دفع أي رسوم.

إذا حصلت على فاتورة بالتكلفة الإجمالية للرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفع الفاتورة وأرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع القسم B بالفصل 7.

- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرة.
- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية وكنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك في التكلفة، فمن حقك أن تسترد أموالك.
 - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، فسندفع لك.
- إذا قمت بالدفع مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيناها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض (استرداد) إذا كنت تستوفي جميع الشروط التالية:
 - الخدمة التي تلقيناها هي خدمة مغطاة من برنامج Medi-Cal ونحن مسؤولون عن دفعها. لن نقوم بتعويضك عن خدمة لا تغطيها خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal.
 - أن تكون تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية بعد أن أصبحت عضوًا مؤهلاً في خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal.
 - أن تطالب برد المبلغ لك في غضون عام واحد من تاريخ تلقيك الخدمة الخاضعة للتغطية.
 - أن تقدم ما يثبت أنك دفعت مقابل الخدمة الخاضعة للتغطية، مثل إيصال تفصيلي من موفر الرعاية.
 - أن تكون تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية من موفر رعاية مسجل في برنامج Medi-Cal ضمن شبكة Blue Shield Medicare + Medi-Cal. لا يتعين عليك استيفاء هذا الشرط إذا تلقيت رعاية الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو خدمات أخرى يسمح برنامج Medi-Cal لموفري الرعاية غير التابعين للشبكة بأدائها دون موافقة مسبقة (تصريح مسبق).
- في حال تطلبت الخدمة الخاضعة للتغطية موافقة مسبقة (تصريح مسبق) بشكل اعتيادي، فإنك تحتاج إلى توفير دليلًا من موفر الرعاية يثبت وجود ضرورة طبية للخدمة الخاضعة للتغطية.
- ستخبرك خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal إذا كانت ستقوم بتعويضك في خطاب يسمى "إشعار بالإجراء". في حال استيفائك لجميع الشروط المذكورة أعلاه، يجب على موفر الرعاية المسجل في برنامج Medi-Cal أن يرد لك كامل المبلغ الذي دفعته. في حال رفض موفر الرعاية أن يرد لك المبلغ، سترد لك Blue Shield Medicare + Medi-Cal كامل المبلغ الذي دفعته. سنقوم بتعويضك خلال 45 يوم عمل من تاريخ استلام المطالبة. إذا كان موفر الرعاية مشتركًا في برنامج Medi-Cal، ولكنه ليس ضمن شبكتنا ورفض رد المبلغ لك، سترد Blue Shield Medicare + Medi-Cal المبلغ لك، ولكن فقط بما لا يتجاوز القيمة التي يدفعها برنامج Medi-Cal وفق نظام FFS. سوف ترد Blue Shield Medicare +

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

Medi-Cal Plan مبلغ المصاريف النثرية بالكامل مقابل خدمات الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو أي خدمة أخرى يسمح برنامج **Medi-Cal** بتقديمها من قبل موفري الرعاية غير التابعين للشبكة دون موافقة مسبقة. إذا لم تستوف أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن نرد لك المبلغ.

● لن نرد لك المبلغ إذا:

- طلبت وتلقيت خدمات غير مغطاة بموجب برنامج **Medi-Cal**، مثل خدمات التجميل.
- لم تكن الخدمة من الخدمات الخاضعة للتغطية في خطة **Blue Shield Medicare + Medi-Cal**.
- ذهبت إلى طبيب ليس تابعًا لبرنامج **Medi-Cal** ووقعت على نموذج يفيد بأنك تريد زيارة أي موفر رعاية وأنك ستدفع مقابل الخدمات بنفسك.

● إذا كنا لا نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك بذلك.

اتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك إذا كان لديك أي أسئلة. إذا لم تكن تعرف القيمة التي ينبغي عليك دفعها، أو تلقيت فاتورة ولا تعرف الإجراء المتخذ بشأنها، فيمكننا مساعدتك. ويمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تريد أن نخبرنا بمعلومات تتعلق بطلب للدفع أرسلته إلينا من قبل.

أمثلة على الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد ما دفعته أو دفع التكلفة التي نتحملها بموجب فاتورة تلقيناها:

1. عندما تتلقى رعاية طوارئ أو رعاية صحية عاجلة من موفر رعاية غير تابع للشبكة

اطلب من موفر الرعاية أن يعد لنا فاتورة.

● في حال دفعت المبلغ كاملاً عند تلقيك الرعاية، فاطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة. أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.

● قد تتلقى فاتورة من موفر الرعاية تطلب منك دفع مبلغ تعتقد أنه لا يتوجب عليك دفعه. أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.

○ إذا كان موفر الرعاية يستحق أي مبالغ، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرةً.

○ إذا كنت قد دفعت أكثر من حصتك في التكلفة مقابل خدمة من برنامج **Medicare**، فسنددد المبلغ الذي دفعته، وسنرد لك نظير الجزء الذي نتحمله من التكلفة.

2. عندما يرسل إليك موفر رعاية تابع للشبكة فاتورة

يجب على موفري الرعاية التابعين للشبكة أن يُعدوا لنا فاتورة دائمًا. من المهم إظهار بطاقة مُعرّف عضويتك عندما تتلقى أي خدمات أو وصفات طبية؛ ومع ذلك، يرتكب موفرو الرعاية التابعون للشبكة أحيانًا أخطاء، ويطلبون منك دفع مقابل خدماتك أو أكثر من قيمة مبلغ تقاسم التكاليف الذي يجب أن تتحمله. **اتصل بخدمة العملاء** أو منسق الرعاية الخاص بك على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا تلقيت أي فواتير.

● بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك لا تدفع سوى حصة المشاركة في الدفع عندما تحصل على الخدمات التي نغطيها. ولا نسمح لموفري الرعاية بإصدار فاتورة لك بأكثر من هذا المبلغ. وهذا يسري أيضًا إذا دفعنا لموفر الرعاية رسومًا أقل من رسومه مقابل الخدمة. إذا قررنا ألا ندفع بعض الرسوم، فليس عليك دفعها.



- متى تلقيت من موفر الرعاية التابع للشبكة فاتورةً تعتقد أن قيمتها أكبر مما يتوجب عليك دفعه، فأرسل لنا هذه الفاتورة. سنتصل بموفر الرعاية مباشرةً ونتولى حل المشكلة.
- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة لموفر رعاية تابع للشبكة مقابل الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare، ولكنك ترى أنك دفعت مبلغًا كبيرًا جدًا، فأرسل إلينا الفاتورة وأي مستندات بأي مبالغ قمت بدفعها. سنعيد إليك المبالغ التي دفعناها مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية، أو الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ الذي كنا سندفعه بموجب خطتك.

3. إذا كنت مسجلًا في خطتنا بأثر رجعي

- أحيانًا، يمكن أن يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلك قد فات. ربما كان ذلك في العام الماضي.)
- إذا قمت بالتسجيل بأثر رجعي ودفعت الفاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا سداد المبلغ لك.
- أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.

4. عند استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة لصرف وصفة طبية

- إذا استخدمت صيدلية غير تابعة للشبكة، ستدفع تكلفة الأدوية الموصوفة طبياً بالكامل.
- في حالات قليلة فقط، سنغطي الأدوية المقررة بوصفة طبية التي يتم صرفها من صيدليات غير تابعة للشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد قيمة حصتنا من التكلفة.
- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.
- قد لا نرد لك الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والمبلغ الذي سندفعه في صيدلية تابعة للشبكة.

5. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة للقسم D في برنامج Medicare لأنك لم تكن تحمل بطاقة مُعرّف عضويتك معك

- إذا لم تكن تحمل بطاقة مُعرّف عضويتك معك، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.
- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل بنفسك أو العودة إلى الصيدلية باستخدام بطاقة مُعرّف عضويتك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد قيمة حصتنا من التكلفة.
- قد لا نرد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه للوصفة الطبية.



6. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة للقسم D من برنامج Medicare لدواء غير مشمول بالتغطية

يمكنك دفع تكلفة الوصفة الطبية كاملة لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية) على موقعنا الإلكتروني، أو قد يكون له متطلبات أو قيود لا تعرف عنها أو لا تعتقد أنها تنطبق عليك. فإذا قررت الحصول على الدواء، فقد يتعين عليك دفع تكلفته كاملةً.

○ إذا لم تدفع مقابل الدواء، لكنك تظن أنه خاضع للتغطية، يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة (ارجع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك).

○ إذا كنت تعتقد أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر أنك بحاجة إلى الدواء على الفور، (في غضون 24 ساعة)، فيمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع (ارجع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك).

- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد ما دفعته. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على المزيد من المعلومات من طبيبك أو مقدم وصفات آخر لكي نرد إليك الجزء الذي تتحمله من تكلفة الدواء. قد لا نرد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تم التفاوض عليه للوصفة الطبية.

عندما ترسل إلينا طلباً للدفع، فإننا نراجع ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء أم لا. وهذا ما يُطلق عليه اسم "قرار بيان المزايا المغطاة". وفي حال قررنا أنه ينبغي أن تتم تغطية الخدمة أو الدواء، فسندفع حصتنا من تكلفتها.

وإذا رفضنا مطالبتك لنا بالدفع، يمكنك الطعن في قرارنا. لمعرفة كيفية إجراء طعن، ارجع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.

B. إرسال طلب للدفع لنا

أرسل لنا فاتورتك وإثباتاً بأي مبلغ قمت بدفعه مقابل خدمات برنامج Medicare. يمكن أن يكون إثبات الدفع نسخة من الشيك الذي حررته أو إيصال من موفر الرعاية. يستحسن الاحتفاظ بنسخة من الفواتير والإيصالات لتكون ضمن سجلاتك. يمكنك طلب المساعدة من منسق الرعاية الخاص بك. يجب عليك إرسال معلومات مطالبتك الطبية إلينا خلال عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة أو العنصر أو الدواء. يجب أن تقدم لنا مطالبتك بالدواء المقرر بوصفة طبية من القسم D في غضون ثلاثة أعوام من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء.

للتأكد من تزويدنا بجميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ القرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لطلب الدفع.

- ليس مطلوباً منك استخدام النموذج، ولكنه يساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك الحصول على النموذج من موقعنا الإلكتروني (blueshieldca.com)، أو يمكنك الاتصال بخدمة العملاء وطلب النموذج.

أرسل طلبك للدفع مع أي فواتير أو إيصالات إلى هذا العنوان:



المطالبات الطبية:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 272640
Chico, CA 5927-2640

مطالبات الأدوية المقررة بوصفها طبية من القسم D:
Claims Processing
Ponce de Leon Ave 1606
San Juan, PR 00909-4830

C. قرارات بيان المزايا المغطاة

عندما نتلقى منك طلبًا بالدفع، فإننا نتخذ قرارًا بالمزايا المغطاة. وهذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء الخاص بك. وسوف نحدد أيضًا المبلغ الذي يجب عليك دفعه، إن وُجد.

- سنخبرك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو البند أو الدواء وإذا اتبعت جميع القواعد المتعلقة بالحصول عليها، فسوف ندفع لك حصتك من تكلفتها. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك شيكًا بحصتنا من التكلفة عبر البريد. إذا دفعت التكلفة الكاملة لدواء ما، فقد لا يتم تعويضك بالمبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على دواء من صيدلية غير تابعة للشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه لدينا). إذا لم تدفع، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرة.

يشرح الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا قواعد تغطية خدماتك.

يشرح الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا قواعد تغطية أدوية القسم D في برنامج Medicare.

- في حال قررنا ألا ندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك خطابًا به الأسباب. ويشرح لك الخطاب أيضًا حقوقك في الطعن.

- لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع الفصل 9.

D. الطعون

إذا كنت تظن أننا أخطأنا في رفض طلبك بالدفع، يمكنك مطالبتنا بتغيير قرارنا. وهذا يسمى "تقديم طعن". يمكنك أيضًا تقديم طعن إذا لم توافق على المبلغ الذي سندفعه.

تتضمن عملية الطعون الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية مفصلة. لمعرفة المزيد حول الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا:

- لتقديم طعن بخصوص رد ما دفعته نظير خدمة رعاية صحية، ارجع إلى القسم F.
- لتقديم طعن بخصوص رد ما دفعته نظير دواء، ارجع إلى القسم G.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك كعضو في خطتنا. يتعين علينا احترام حقوقك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك.....	188
B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة.....	197
C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI).....	198
C1. كيف نحمي معلومات PHI الخاصة بك.....	198
C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية.....	199
D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك.....	199
E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرة.....	200
F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا.....	200
G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية.....	201
G1. حقك في التعرف على الخيارات العلاجية المتاحة لك واتخاذ القرارات.....	201
G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.....	201
G3. الإجراءات المتبعة في حالة عدم اتباع تعليماتك.....	202
H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا.....	202
H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك.....	202
I. مسؤولياتك بصفقتك عضوًا في الخطّة.....	203



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

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

- To get information in a way that you can understand, call your care coordinator or Customer Service. Our plan has free interpreter services available to answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English including Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, and Vietnamese and in formats such as large print, braille, or audio. To get materials in one of these alternative formats, please call Customer Service or write to Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - You can make a standing request to get this document in a language other than English or in an alternate format now and in the future. To make a request, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service will keep your preferred language and format on file for future communications.
 - To make any updates on your preference, please contact Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan Customer Service.

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

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



A. Ծառայությունները և տեղեկությունները ցանկացած ձևով ստանալու Ձեր իրավունքը, որը համապատասխանում է Ձեր կարիքներին

Մենք պետք է ապահովենք, որ բոլոր ծառայությունները, ինչպես կլինիկական, այնպես էլ ոչ կլինիկական, մատուցվեն Ձեզ մշակութային առումով գրագետ և մատչելի ձևով, ներառյալ անգլերենի սահմանափակ հմտություններ, ընթերցանության սահմանափակ հմտություններ, լսողության անբավարարություն կամ մշակութային և էթնիկ բազմազան ծագում ունեցող անձանց համար: Մենք պետք է նաև տեղեկացնենք Ձեզ մեր ծրագրի նպաստների և Ձեր իրավունքների մասին այնպես, որ Դուք կարողանաք հասկանալ: Մենք պետք է Ձեզ տեղեկացնենք Ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, երբ Դուք մեր ծրագրում եք:

- Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկատվություն ստանալու համար զանգահարեք Ձեր խնամքի համակարգողին կամ Հաճախորդների սպասարկման բաժին: Մեր ծրագիրն ունի անվճար թարգմանչական ծառայություններ՝ տարբեր լեզուներով հարցերին պատասխանելու համար:
- Մեր ծրագիրը կարող է նաև Ձեզ նյութեր տրամադրել անգլերենից բացի այլ լեզուներով, այդ թվում՝ արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն ավանդական, չինարեն պարզեցված, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն կամ իսպանական կրեոլերեն, տագալերեն և վիետնամերեն և այնպիսի ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոր տպագիր, բրայլյան այբուբենով կամ աուդիո տարբերակով: Այս այլընտրանքային ձևաչափերից որևէ մեկով նյութեր ստանալու համար խնդրում ենք զանգահարել Հաճախորդների սպասարկման բաժին կամ գրել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ին՝ P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856 հասցեով:
 - Դուք միշտ կարող եք հարցում ներկայացնել այս փաստաթուղթը անգլերենից բացի մեկ այլ լեզվով կամ այլընտրանքային ձևաչափով ստանալու համար՝ այս պահին և հետագայում: Հայտ ներկայացնելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման կենտրոն:
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Customer Service-ը կպահի Ձեր նախընտրած լեզուն և ձևաչափը ֆայլում՝ հետագա հաղորդակցության համար: Ձեր նախապատվությունների վերաբերյալ թարմացումներ կատարելու համար խնդրում ենք դիմել Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan-ի Հաճախորդների սպասարկման բաժին:

Եթե լեզվական խնդիրների կամ հաշմանդամության պատճառով մեր ծրագրից տեղեկություններ ստանալու դժվարություն ունեք, և ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք.

- Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով:



- Medi-Cal-ի քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ (Office of Civil Rights)՝ 916-440-7370 հեռախոսահամարով: TTY-ից օգտվողները պետք է զանգահարեն 711:
- ԱՄՆ Առողջապահության և մարդկային ծառայությունների դեպարտամենտ, Քաղաքացիական իրավունքների գրասենյակ՝ 1-800-368-1019 հեռախոսահամարով: TTY օգտվողները պետք է զանգահարեն 1-800-537-7697 հեռախոսահամարով:

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية على حد سواء، لك بطريقة مختصة ثقافياً ويمكن الوصول إليها بما في ذلك لأولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. ويجب علينا أيضاً أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
 - يمكن أن توفر لك خطتنا أيضاً مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والكمبودية والصينية التقليدية والصينية المبسطة والفارسية والكورية والروسية والإسبانية أو الإسبانية الكريولية والتاغالوغية والفيتنامية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو المراسلة على العنوان التالي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:

- برنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- مكتب Medi-Cal للحقوق المدنية على الرقم 916-440-7370. يتعين على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.
- وزارة الصحة والخدمات البشرية الأمريكية ومكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697.



A. 您有权以满足您需求的方式获取服务和信息

我们必须确保以符合文化要求且易于理解的方式向会员（包括那些英语能力有限、阅读技能有限、存在听力障碍或具有不同文化和族裔背景的人士）提供**所有**服务（包括临床服务和非临床服务）。我们必须用您能理解的方式，告诉您本计划的福利和您的权利。您参保本计划期间，每年我们都必须让您知道您有哪些权利。

- 如欲以您能理解的方式取得信息，请致电您的护理协调员或客户服务部。我们的计划提供免费口译服务，可以用不同语言回答问题。
- 我们的计划也可以提供英文以外其他语言的材料，包括阿拉伯语、亚美尼亚语、柬埔寨语、繁体中文、简体中文、波斯语、韩语、俄语、西班牙语或西班牙语克里奥尔语、他加禄语和越南语，以及大字体、盲文或音频等格式。如欲获取这些替代格式之一的材料，请致电客户服务部或写信至下列地址：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856。
 - 您可以提出长期请求，要求现在和将来以英语以外的语言或其他格式获取此文档。若要提出请求，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。
 - Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部会将您的首选语言和格式存档，以供将来沟通时使用。如要对您的偏好进行任何更新，请联系Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客户服务部。

如果您因为语言问题或残疾难以取得本计划的信息，而想要提出投诉，请致电：

- Medicare，电话1-800-MEDICARE（1-800-633-4227）。听障和语障用户请拨打1-877-486-2048。
- Medi-Cal民权办公室：916-440-7370。听障和语障用户请拨打711。
- 美国卫生与公共服务部民权办公室：1-800-368-1019。听障和语障用户请拨打1-800-537-7697。

A. 您有權以滿足您需求的方式獲得服務與資訊。

我們必須確保向您提供的**所有**服務（包括臨床和非臨床服務）都符合您的文化背景且便於使用，包括英語能力有限、閱讀能力有限、聽力障礙，或有多元文化與族裔背景。我們也必須用您能瞭解的方式，告訴您我們計劃的福利與您的權利。在您加入我們的計劃期間，我們每年都必須把您的權利告訴您。

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- 要以您能瞭解的方式取得資訊，請致電您的護理協調員或客戶服務部。我們的計劃提供免費口譯服務，可以用不同語言回答問題。
- 我們的計劃也能向您提供英語以外的其他語言的資料，包括阿拉伯文、亞美尼亞文、柬埔寨文、繁體中文、簡體中文、波斯文、韓文、俄文、西班牙文或西班牙語混合語、他加祿文和越南文，並以大字版、盲文版或語音版等格式提供。要索取這些替代格式的資料，請致電客戶服務部或寫信至：Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365 - 9856。
- 您可要求現在與將來都收到英文以外的其他語言或不同格式的文件。要提出請求，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。
- Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部會保留您的慣用語言與格式，以供將來通訊之用。要對您的偏好進行任何更新，請聯絡Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan客戶服務部。

如果您因為語言方面的問題或因為殘障而無法自我們的計劃取得資訊，而希望提出投訴，請致電

- Medicare：1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。聽障和語障人士應致電 1-877-486-2048。
- Medi-Cal民權辦公室：916-440-7370。聽障和語障人士可致電711。
- 美國衛生及公共服務部民權辦公室：1-800-368-1019。聽障和語障人士應致電 1-800-537-7697。

A. شما حق دارید اطلاعات را به صورتی دریافت کنید که نیازهای شما را برآورده کند

ما باید اطمینان حاصل کنیم که همه خدمات بالینی و غیر بالینی به شیوه مناسب از نظر فرهنگی و قابل دسترس بودن، به شما ارائه می‌شوند از جمله برای کسانی که دارای مهارت محدود انگلیسی، مهارت‌های خواندن محدود، ناتوانی شنوایی یا کسانی که دارای زمینه‌های فرهنگی و قومیتی متنوع هستند. ما همچنین باید اطلاعات لازم در مورد مزایای طرح خود و حقوق شما در اختیارتان قرار دهیم، به شیوه‌ای که بتوانید آن را درک کنید. ما موظفیم هر سال که در طرح ما عضو هستید، شما را از حقوقتان آگاه کنیم.

- برای دریافت اطلاعات به شیوه‌ای که بتوانید به راحتی آن را درک کنید، با هماهنگی کننده مراقبت یا خدمات مشتریان تماس بگیرید. طرح ما دارای خدمات مترجم شفاهی رایگان برای پاسخ به سؤالات به زبان‌های مختلف است.
- طرح ما همچنین می‌تواند مطالب را به زبان‌های غیر از انگلیسی از جمله عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی سنتی، چینی ساده، فارسی، کره‌ای، روسی، اسپانیایی یا اسپانیایی کریول، تاگالوگ و ویتنامی و در قالب‌هایی مانند چاپ بزرگ، خط بریل یا صوتی به شما ارائه دهد. برای دریافت مطالب در یکی از فرمت‌های جایگزین ذکر شده، لطفاً با خدمات مشتریان تماس بگیرید یا به Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، P.O. Box 927، Woodland Hills، CA 91365-9856 نامه ارسال کنید.

إذا كنت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- شما می‌توانید یک درخواست برای دریافت مداوم مطالب به زبانی غیر از انگلیسی یا به فرمت متفاوت در حال حاضر یا در آینده ارائه کنید. برای ارائه درخواست، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
 - خدمات مشتریان برنامه درمانی Blue Shield Medicare + Medi-Cal زبان و قالب دلخواه شما را برای تماس‌های بعدی در پرونده ثبت می‌کند. برای به روز کردن ترجیحات خود، لطفاً با بخش خدمات مشتریان Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan تماس بگیرید.
- اگر به دلیل مشکلات زبانی یا ناتوانی در دریافت اطلاعات از طرح ما، دچار مشکل شده‌اید و می‌خواهید شکایت کنید:
- با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE (به عبارتی 1-800-633-42274) تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند.
 - دفتر حقوق مدنی Medi-Cal به شماره 916-440-7370 کاربران TTY باید با شماره 711 تماس بگیرند.
 - دفتر حقوق مدنی اداره بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده به شماره 1-800-368-1019 کاربران TTY باید با شماره 1-800-537-7697 تماس بگیرند.

យើងត្រូវតែធានាថា សេវា**ទាំងអស់** ទាំងផ្នែកគ្លីនិក និងមិនមែនផ្នែកគ្លីនិក ត្រូវបានផ្តល់ជូនអ្នកក្នុងលក្ខណៈដែលមានសមត្ថភាពខាងផ្នែកវប្បធម៌ និងងាយស្រួលប្រើប្រាស់ រួមទាំងសម្រាប់អ្នកដែលមានជំនាញភាសាអង់គ្លេសមានកម្រិត ជំនាញអានមានកម្រិត អសមត្ថភាពក្នុងការស្តាប់ ឬអ្នកដែលមានប្រវត្តិវប្បធម៌ និងជាតិសាសន៍ចម្រុះ។ យើងក៏ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នៃគម្រោងរបស់យើង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បានផងដែរ។ យើងត្រូវប្រាប់អ្នកឱ្យបានដឹងពីសិទ្ធិនានានៅក្នុងឆ្នាំនីមួយៗដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរសព្ទទៅអ្នកសម្របសម្រួលការថែទាំរបស់អ្នក ឬផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជន។
គម្រោងរបស់យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏អាចផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវឯកសារជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស រួមមាន ភាសាអារ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិនបុរាណ ចិនសាមញ្ញ ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ ឬអេស្ប៉ាញក្រេអូល តាហ្គាឡុក និងវៀតណាម និងជាទម្រង់ដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាសំឡេង។
ដើម្បីទទួលបានឯកសារក្នុងទម្រង់ជំនួសណាមួយក្នុងចំណោមទម្រង់ទាំងនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅផ្នែកបម្រើសេវាអតិថិជន ឬសរសេរទៅកាន់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856។
 - អ្នកអាចធ្វើការស្នើសុំឯកសារនេះ ជាភាសាផ្សេងក្រៅពីភាសាអង់គ្លេស ឬជាទម្រង់ជំនួសសម្រាប់ពេលបច្ចុប្បន្ន និងពេលអនាគត។ ដើម្បីធ្វើការស្នើសុំ សូមទាក់ទងមកកាន់ផ្នែកសេវាបម្រើអតិថិជនរបស់គម្រោង Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan។
 - សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ Blue Shield Medicare + Medi-Cal នឹងរក្សាទុកភាសា និងទម្រង់ដែលអ្នកពេញចិត្តនៅលើឯកសារសម្រាប់ការប្រាស្រ័យទាក់ទងនាពេលអនាគត។





- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오.
- Medi-Cal 인권국: 916-440-7370. TTY 사용자는 711번으로 전화하십시오.
- 미국 보건 사회복지부 인권국: 1-800-368-1019. TTY 사용자는 1-800-537-7697번으로 전화하십시오.

A. Право получать услуги и информацию с учетом ваших потребностей

Мы должны обеспечить предоставление вам **всех** услуг (клинических и неклинических) культурно компетентным и доступным способом, в том числе для лиц с ограниченным знанием английского языка, ограниченными навыками чтения, нарушениями слуха и лиц с различным культурным и этническим происхождением. Мы также должны рассказать вам о льготах нашего плана и ваших правах так, чтобы вы могли их понять. Мы должны информировать вас о ваших правах каждый год, пока вы являетесь участником нашего плана.

- Чтобы получить информацию в понятной вам форме, позвоните по телефону вашему координатору медицинского обслуживания или в отдел обслуживания клиентов. В нашем плане имеются бесплатные услуги переводчика, позволяющие отвечать на вопросы на разных языках.
- Наш план также может предоставить вам материалы на других языках, кроме английского, включая арабский, армянский, камбоджийский, китайский традиционный, китайский упрощенный, фарси, корейский, русский, испанский или испанский креольский, тагальский и вьетнамский и в таких форматах, как крупный шрифт, шрифт Брайля и аудиоформат. Чтобы получить материалы в одном из этих альтернативных форматов, позвоните в отдел обслуживания клиентов или напишите в план Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Вы можете попросить прислать вам этот документ на языке, отличном от английского, или в альтернативном формате. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Сотрудники отдела обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan сохраняют ваши предпочтения, чтобы в будущем вы получали сообщения на нужном языке и в нужном формате. Чтобы внести изменения в указанные предпочтения, обратитесь в отдел обслуживания клиентов плана Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана из-за сложностей с языком или инвалидности и вы хотите подать жалобу, позвоните сюда:

- Medicare: 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Пользователям линии TTY следует звонить по номеру 1-877-486-2048.
- Управление по гражданским правам Medi-Cal: 916-440-7370. Пользователям линии TTY следует обращаться по номеру 711.
- Министерство здравоохранения и социального обеспечения США, Управление по гражданским правам: 1-800-368-1019. Пользователям TTY следует звонить по номеру 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de la manera que se ajuste a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden en un espacio con sensibilidad cultural y de manera accesible, incluyo a aquellos miembros con conocimientos limitados de inglés, habilidades limitadas de lectura, discapacidad auditiva o a personas de diferentes orígenes culturales y étnicos. También debemos informarle sobre los beneficios de nuestro plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que usted pueda entender, llame a su coordinador de atención o a Servicio al Cliente. Nuestro plan cuenta con servicios de intérprete sin costo disponibles para responder preguntas en diferentes idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en otros idiomas aparte del inglés, como el árabe, armenio, camboyano, chino tradicional, chino simplificado, farsi, coreano, ruso, español o español criollo, tagalo y vietnamita y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicio al Cliente o escriba a Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Puede realizar una solicitud permanente para recibir este documento en un idioma que no sea inglés o en un formato alternativo ahora y en adelante. Para hacer una solicitud, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan dejará registrados su idioma y formato de preferencia para todas las comunicaciones futuras. Para actualizar sus preferencias, comuníquese con Servicio al Cliente de Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- Oficina de Derechos Civiles de Medi-Cal: 916-440-7370. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.
- Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A. Ang inyong karapatan na makakuha ng mga serbisyo at impormasyon para sa inyong mga pangangailangan

Dapat naming siguraduhin na ang **lahat** ng serbisyo, kapwa klinikal at hindi klinikal, ay ibinibigay sa inyo sa isang paraang naaangkop sa kultura at nakukuha, kabilang ng mga may limitadong kasanayan sa Ingles, limitadong mga kasanayan sa pagbabasa, kapansanan sa pandinig, o mga may magkakaibang mga pinanggalingan sa kultura at etniko. Dapat din naming sabihin sa inyo ang tungkol sa mga benepisyo ng plano at ang inyong mga karapatan sa paaraang mauunawaan ninyo. Dapat naming sabihin sa inyo ang tungkol sa inyong mga karapatan kada taon na kayo ay nasa aming plano.

- Upang makatanggap ng impormasyon sa paraang mauunawaan ninyo, tawagan ang inyong coordinator ng pangangalaga o Customer Service. Ang aming plano ay may mga libreng serbisyo ng interpreter na magagamit upang masagot ang mga tanong sa iba't ibang wika.
- Maaari din kayong bigyan ng aming plano ng mga materyales sa mga wikang bukod sa Ingles kabilang ang Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese Traditional, Chinese Simplified, Farsi, Korean, Russian, Spanish o Spanish Creole, Tagalog, at Vietnamese at sa mga anyo na tulad ng malaking titik, braille, o audio. Upang makakuha ng mga materyales sa isa sa mga alternatibong format na ito, mangyaring tumawag sa Customer Service o sumulat sa Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Maaari kayong gumawa ng pangmatagalang kahilingan para makuha ang dokumentong ito sa isang wikang bukod sa Ingles o sa isang alternatibong format ngayon at sa hinaharap. Para makagawa ng kahilingan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Pananatilihin ng Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal ang inyong nais na wika at format sa file para sa mga komunikasyon sa hinaharap. Para makagawa ng anumang update sa inyong mga kagustuhan, mangyaring makipag-ugnayan sa Customer Service ng Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة [blueshieldca.com/medicare](https://www.blueshieldca.com/medicare)



Kung nagkakaroon ka ng problema sa pagtanggap ng impormasyon mula sa aming plano dahil sa mga problema sa wika o sa isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang:

- Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Ang mga user ng TTY ay dapat tumawag sa 1-877-486-2048.
- Opisina ng Medi-Cal sa mga Karapatang Sibil sa 916-440-7370. Dapat tumawag ang TTY users sa 711.
- Departamento ng Mga Serbisyo para sa Kalusugan at Tao ng U.S., Opisina para sa mga Karapatang Sibil sa 1-800-368-1019. Dapat tumawag ang mga gumagamit ng TTY sa 1-800-537-7697.

A. Quyền của quý vị được nhận các dịch vụ và thông tin theo cách đáp ứng nhu cầu của quý vị

Chúng tôi phải đảm bảo **tất cả** các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, được cung cấp cho quý vị theo cách phù hợp về mặt văn hóa và dễ tiếp cận bao gồm cho những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, mất khả năng thính giác hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền lợi của chương trình và các quyền của quý vị theo cách thức quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị mỗi năm khi quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận được thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, vui lòng gọi cho điều phối viên chăm sóc của quý vị hoặc Dịch vụ Khách hàng. Chương trình của chúng tôi cung cấp dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi bằng nhiều ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị các tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh bao gồm tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Truyền thống, tiếng Trung giản thể, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha hoặc tiếng Tây Ban Nha Creole, tiếng Tagalog và tiếng Việt và ở các định dạng như bản in cỡ chữ lớn, chữ nổi braille hoặc âm thanh. Để nhận tài liệu ở một trong những định dạng thay thế này, vui lòng gọi cho Dịch vụ Khách hàng hoặc viết thư cho Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
 - Quý vị có thể đưa ra yêu cầu dài hạn để nhận tài liệu này bằng ngôn ngữ khác tiếng Anh hoặc bằng định dạng thay thế ngay bây giờ và trong tương lai. Để đưa ra yêu cầu, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.
 - Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan sẽ lưu giữ ngôn ngữ và định dạng ưa thích của quý vị trong hồ sơ để liên lạc trong tương lai. Để thực

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



hiện bất kỳ cập nhật nào về tùy chọn của quý vị, vui lòng liên hệ với bộ phận Dịch vụ Khách hàng của Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi vì các vấn đề ngôn ngữ hoặc tình trạng khuyết tật và quý vị muốn gửi khiếu nại, vui lòng gọi:

- Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Người dùng TTY xin gọi số 1-877-486-2048.
- Văn phòng Dân quyền Medi-Cal theo số 916-440-7370. Người dùng TTY xin gọi số 711.
- Văn phòng Dân quyền của Bộ Y tế và Dịch vụ Nhân sinh Hoa Kỳ theo số 1-800-368-1019. Người dùng TTY xin gọi số 1-800-537-7697.

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

لديك حقوق بصفقتك عضوًا في خطتنا.

- يحق لك اختيار موفر الرعاية الأولية (PCP) في شبكتنا. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر رعاية يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع موفري الرعاية الذين قد يعملون باعتبارهم PCP وكيفية اختيار PCP في الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- يرجى الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو بخدمة العملاء أو الاطلاع على دليل موفري الرعاية والصيديات لمعرفة موفري الرعاية التابعين للشبكة والأطباء الذين يستقبلون مرضى جددًا.
- لديك الحق في الاستعانة باختصاصي صحة المرأة دون الحصول على إحالة. الإحالة هي موافقة من PCP الخاص بك على الاستعانة بموفر رعاية غير PCP الخاص بك.
- يحق لك الحصول على خدمات خاضعة للتغطية من موفري الرعاية التابعين للشبكة خلال فترة زمنية مناسبة.
 - يتضمن هذا الحق في الحصول على الخدمات من الاختصاصيين في الوقت المناسب.
 - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات خلال فترة زمنية معقولة، فيجب علينا أن ندفع مقابل الرعاية المقدمة خارج الشبكة.
- يحق لك الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية الطبية العاجلة دون تصريح مسبق (Prior Authorization, PA).
- يحق لك الحصول على أدوية المقررة بوصفة طبية من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخير لفترات طويلة.
- يحق لك معرفة الحالات التي يمكنك فيها الاستعانة بخدمات موفر رعاية غير تابع للشبكة. لمعرفة المزيد عن موفري الرعاية غير التابعين للشبكة، راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا.
- عندما تنضم لخطتنا لأول مرة، يكون لك الحق في الاحتفاظ بخدمات موفري الرعاية وتصريحات الخدمة الحالية لمدة تصل إلى 12 شهرًا في حالة الالتزام بمعايير محددة. لمعرفة المزيد حول الاحتفاظ بموفري الرعاية وتصريحات الخدمات، راجع الفصل 1 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- يحق لك اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية المتابعين لحالتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الفصل 9 من كتيب الأعضاء ما يمكنك فعله إذا ظننت أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويةك خلال فترة زمنية معقولة. كما يوضح ما يمكنك فعله في حال رفضنا تغطية خدماتك أو أدويةك ولكنك لا توافق على قرارنا.

C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية المحمية (PHI)

نحمي معلوماتك الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) على النحو الذي تحدده القوانين الاتحادية وقوانين الولاية.

تتضمن معلوماتك الصحية المحمية (PHI) المعلومات الشخصية التي أعطيناها لنا عند تسجيلك في خطتنا. ويتضمن هذا أيضًا سجلاتك الطبية ومعلوماتك الطبية والصحية الأخرى.

لديك حقوق عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام معلومات PHI الخاصة بك. نحن نقدم لك إشعارًا كتابيًا ينصحك بهذه الحقوق ويشرح لك كيفية حماية خصوصية معلومات PHI الخاصة بك. ويسمى هذا الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".

لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على تصريح من أي عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبات للحصول على خدمات حساسة. ستوجه Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي البديل المعين للعضو، أو عنوان البريد الإلكتروني، أو رقم الهاتف، أو، في حالة عدم تحديد أي منها، تُوجه المراسلات باسم العضو إلى العنوان أو رقم الهاتف المسجل لدينا. لن تفصح Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر دون الحصول على تصريح كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. ستلبي Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan طلبات المراسلات السرية بالشكل والتنسيق المطلوبين، إذا كان يسهل إنتاجها بالشكل والتنسيق المطلوبين، أو في مواقع بديلة. سيكون طلب العضو للمراسلات السرية المتعلقة بالخدمات الحساسة ساريًا حتى يلغي العضو الطلب أو يقدم طلبًا جديدًا بشأن المراسلات السرية.

لطلب نسخة من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا أو طلب وضع مراسلة سرية في ملفك، يمكنك إما:

1- الانتقال إلى blueshieldca.com والنقر على رابط Privacy (الخصوصية) الموجود أسفل الصفحة الرئيسية. هناك يمكنك العثور على إشعار ممارسات الخصوصية ونموذج طلب المراسلات السرية.

2- اتصل برقم هاتف خدمة العملاء الموجود على بطاقة معرف عضوية Blue Shield الخاصة بك.

3- اتصل بمكتب الخصوصية في Blue Shield of California على الرقم المجاني 1-888-266-8080 وعلى مستخدم TTY الاتصال على رقم 711.

4- راسلنا عبر البريد الإلكتروني على: privacy@blueshieldca.com

C1. كيف نحمي معلومات PHI الخاصة بك

نحن نتأكد من عدم قيام أي أشخاص غير مصرح لهم بالاطلاع على سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نعطي معلومات PHI الخاصة بك لأي شخص لا يقدم لك الرعاية أو يدفع مقابل رعايتك. وإذا فعلنا ذلك، فيجب علينا الحصول على تصريح مكتوب منك أولاً. يمكنك أنت أو أي شخص مخول قانونًا باتخاذ القرارات نيابةً عنك منح تصريح كتابي.

أحيانًا لا نحتاج إلى الحصول على تصريح مكتوب منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- يجب علينا إصدار معلومات PHI الخاصة بك للوكالات الحكومية للتحقق من جودة الرعاية التي تقدمها خطتنا.
- يجوز لنا الإفصاح عن PHI إذا أمرت بذلك أي محكمة، ولكن فقط إذا سمح بهذا قانون كاليفورنيا.
- يجب علينا أن نعطي برنامج Medicare معلومات PHI الخاصة بك بما في ذلك معلومات حول أدويةك من القسم D في برنامج Medicare. إذا أفصح برنامج Medicare عن معلومات PHI الخاصة بك لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فإنه يفعل ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية.

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- لك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة منها. قد نرفض عليك رسوماً نظير إعداد نسخة من سجلاتك الطبية.
- لك الحق في مطالبتنا بتحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طلبت منا القيام بذلك، فإننا نعمل مع موفر الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء التغييرات.
- لك الحق في معرفة ما إذا كنا نشارك معلومات PHI الخاصة بك مع الآخرين وكيفية ذلك لأي أغراض ليست روتينية.

إذا كانت لديك أسئلة أو استفسارات بشأن خصوصية معلومات PHI الخاصة بك، اتصل بخدمة العملاء.

D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك

بصفتك عضواً في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا وموفري الرعاية التابعين لشبكتنا وخدماتك الخاضعة للتغطية.

إذا لم تكن تتحدث اللغة الإنجليزية، نوفر لك خدمات الترجمة الفورية للرد على الأسئلة التي لديك عن خطتنا. للاستعانة بمترجم فوري، اتصل بخدمة العملاء. هذه خدمة مجانية لك. يتوفر كتيب الأعضاء وغيره من المواد المهمة بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يمكن أيضاً توفير المواد باللغات العربية والأرمينية والكمبودية والصينية المبسطة والصينية التقليدية والفارسية والهندية والهمونغية واليابانية والكورية واللاوسية والمينية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. يمكننا أيضاً أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بخدمة العملاء.

إذا كنت تريد معلومات حول أي مما يلي، فاتصل بخدمة العملاء:

- كيفية اختيار خططك أو تغييرها
- خطتنا، متضمنة:
 - المعلومات المالية
 - كيفية تقييم أعضاء الخطة لنا
 - عدد الطعون التي قدمها الأعضاء
 - كيفية إلغاء التسجيل في خطتنا

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- موفري الرعاية التابعين لشبكتنا والصيديات التابعة لشبكتنا أيضًا، متضمنة:
 - كيفية اختيار أو تغيير موفري الرعاية الأولية
 - مؤهلات موفري الرعاية والصيديات التابعين لشبكتنا
 - كيفية دفعنا التكاليف لموفري الرعاية في شبكتنا
- الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية، بما في ذلك:
 - الخدمات (راجع الفصلين 3 و 4 من كُتِيب الأعضاء هذا) والأدوية (راجع الفصلين 5 و 6 من كُتِيب الأعضاء هذا) التي تغطيها خطتنا
 - الحدود المفروضة على التغطية والأدوية
 - القواعد التي يجب عليك اتباعها لتحصل على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية
- أسباب عدم خضوع عنصر ما للتغطية وما يمكنك فعله بشأن ذلك (راجع الفصل 9 من كُتِيب الأعضاء هذا)، متضمنة مطالبتنا بما يلي:
 - توضيح سبب عدم تغطيتنا لعنصر ما كتابةً
 - تغيير قرار اتخذناه
 - تسديد قيمة فاتورة تلقيناها

E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرةً

لا يُسمح للأطباء والمستشفيات وغيرهم من موفري الرعاية في شبكتنا بمطالبتك بدفع تكاليف الخدمات الخاضعة للتغطية. ولا يمكنهم أيضًا تحصيل فاتورة أو تكلفة إذا دفعنا أقل مما يطلب موفر الرعاية. لمعرفة الإجراءات التي يجب اتباعها إذا حاول موفر رعاية تابع للشبكة فرض رسوم عليك مقابل خدمات خاضعة للتغطية، راجع الفصل 7 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا

لا يمكن لأحد أن يجبرك على البقاء في خطتنا إذا لم تكن تريد ذلك.

- ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- ويمكنك الحصول على مزايا أدوية القسم D في برنامج Medicare من خلال خطة أدوية أو من خلال خطة MA أخرى.
- راجع الفصل 10 من كُتِيب الأعضاء هذا:
 - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى خطة MA جديدة أو خطة مزايا الأدوية.
 - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على مزايا برنامج Medi-Cal إذا تركت خطتنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطباءك وموفري الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك في اتخاذ القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية الخاصة بك.

G1. حقك في التعرف على الخيارات العلاجية المتاحة لك واتخاذ القرارات

يجب على موفري رعايتك أن يشرحوا لك حالتك الطبية والخيارات العلاجية المتاحة لك بطريقة يسهل عليك فهمها. لديك الحق في:

- التعرف على خياراتك. لك الحق في أن يتم إخبارك بجميع الخيارات العلاجية.
- التعرف على المخاطر. يحق لك إعلامك بأي مخاطر ينطوي عليها العلاج المقدم لك. فنحن ملزمون بإخبارك مسبقًا بما إذا كانت أي خدمة أو علاج يُعد جزءًا من تجربة بحثية أم لا. ولك الحق في رفض وسائل العلاج التجريبية.
- الاستعانة برأي آخر. لك الحق في استشارة طبيب آخر قبل تحديد العلاج.
- يمكنك "الرفض". لك الحق في رفض أي علاج. وهذا يتضمن الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى إذا كان طبيبك ينصحك بألا تفعل ذلك. ويحق لك التوقف عن تناول دواء موصوف لك طبيًا. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول علاج موصوف لك طبيًا، فلن يتم إلغاء تسجيلك في خطتنا. ومع ذلك، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول دواء ما، فأنت بذلك توافق على تحمل المسؤولية كاملة عما يحدث لك.
- اطلب منا تفسير سبب رفض موفر ما لرعايتك. لك الحق في الحصول على تفسير منا في حال رفض موفر الرعاية تقديم رعاية لك ترى أنك تستحقها.
- اطلب منا تغطية خدمة أو دواء رفضناه من قبل أو لا تشمله تغطيتنا عادةً. وهذا ما يُطلق عليه اسم "قرار بيان المزايا المغطاة". يوضح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا كيفية مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.

G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك

أحيانًا لا يمكن للأشخاص اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث هذا لك، يمكنك أن:

- تملأ نموذجًا كتابيًا بمنح شخص ما الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارائك بنفسك.
- تمنح أطباءك تعليمات مكتوبة عن كيفية التعامل مع أمر الرعاية الصحية التي تحصل عليها إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارائك بنفسك، بما في ذلك الرعاية التي لا ترغب بها.
- المستند القانوني الذي تستخدمه لإعطاء توجيهاتك يُسمى "توجيه مسبق". هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المُسبقة وأسماء مختلفة لها. ومن الأمثلة على ذلك وصية الأحياء وتوكيل الرعاية الصحية.
- ليس من الضروري أن يكون لديك توجيه مسبق، ولكن يمكنك ذلك. إليك ما يجب فعله إذا كنت تريد استخدام التوجيه المُسبق:
- الحصول على النموذج. تستطيع أن تحصل على النموذج من طبيبك، أو من محام، أو من الاختصاصي الاجتماعي، أو من بعض متاجر المستلزمات المكتبية. غالبًا ما يكون لدى الصيدليات ومكاتب موفري الرعاية النماذج. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله.



- **ملء النموذج وتوقيعه.** يعد هذا النموذج مستندًا قانونيًا. فكر في الاستعانة بمحامٍ أو أي شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد العائلة أو PCP الخاص بك، لمساعدتك في إكمال ذلك.
 - **اعط نسخًا من النموذج للأشخاص الذي يلزم أن يكونوا على اطلاع به.** يجب أن تعطي نسخة من النموذج لطبيبك. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة منه للشخص الذي عينته ليتخذ القرارات التي تخصك نيابةً عنك. قد ترغب في إعطاء نسخ لأصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.
 - **في حال دخولك المستشفى وكنت قد وقعت على توجيه مُسبق، فخذ معك نسخة منه للمستشفى.**
 - في المستشفى، سيتم سؤالك عما إذا كنت قد وقعت على نموذج توجيه مُسبق أم لا وما إذا كنت قد أحضرته معك أم لا.
 - إذا لم يكن لديك نموذج توجيه مُسبق موقع، فإن المستشفى لديها نماذج وسوف يسألك عما إذا كنت تريد التوقيع على واحد.
- لديك الحق في:

- وضع توجيهاتك المُسبقة في سجلاتك الطبية،
 - تغيير أو إلغاء توجيهك المُسبق في أي وقت.
 - معرفة التغييرات التي تطرأ على القوانين الخاصة بالتوجيهات المُسبقة. ستخبرك Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan بالتغييرات التي طرأت على قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا من التغيير.
- بموجب القانون، لا يمكن لأحد أن ينكر رعايتك أو يمارس التمييز ضدك بناءً على ما إذا كنت قد وقعت على توجيه مُسبق. اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

G3. الإجراءات المتبعة في حالة عدم اتباع تعليماتك

إذا كنت قد وقعت على توجيه مُسبق وتعتقد أن طبيبًا أو مستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى Commence Health (منظمة تحسين الجودة في كاليفورنيا) على رقم 711 [TTY: 588-1123 (877)]، أو المراسلة على: Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.

H. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا

يوضح لك **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا ما يمكنك فعله إذا واجهت أي مشكلات أو مخاوف بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو يمكنك تقديم طعن لتغيير قرار تغطية اتخذناه أو تقديم شكوى. يحق لك الحصول على معلومات حول الطعون والشكاوى التي تقدم بها أعضاء خطة آخرون ضدنا. اتصل بخدمة العملاء للحصول على هذه المعلومات.

H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بطريقة غير عادلة - ولا يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب المذكورة في **الفصل 11** من كتيب الأعضاء هذا - أو إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول حقوقك، يمكنك الاتصال على:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- خدمة العملاء.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على رقم (TTY: 711) 1-800-434-0222 (لمزيد من المعلومات حول HICAP، راجع القسم E بالفصل 2).
- مكتب تظلمات برنامج Medi-Cal على رقم 1-888-452-8609. لمزيد من التفاصيل حول هذا البرنامج، راجع الفصل 2 من كُتَيْب الأعضاء هذا.
- برنامج Medicare على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections" (حقوقك وسبل الحماية في برنامج Medicare) الموجودة على موقع Medicare الإلكتروني على www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

أ. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة

- بصفتك عضوًا في الخطة، تتحمل مسؤولية القيام بالأشياء المذكورة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمة العملاء.
- **اقرأ كُتَيْب الأعضاء** هذا لمعرفة ما تغطيه خطتنا والقواعد الواجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة. لمزيد من التفاصيل حول:
 - الخدمات الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 3 و 4** من كُتَيْب الأعضاء هذا. في هذين الفصلين، سوف تتعرف على ما تتم تغطيته وما لا تتم تغطيته، إضافةً إلى القواعد التي يتعين عليك اتباعها والتكلفة التي ستدفعها.
 - الأدوية الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 5 و 6** من كُتَيْب الأعضاء هذا.
- **أخبرنا عن أي تغطية أخرى تشترك بها للرعاية الصحية أو الأدوية.** يجب علينا التأكد من استخدامك جميع خيارات التغطية المتوفرة لك عند تلقيك الرعاية الصحية. اتصل بخدمة العملاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
- **أخبر طبيبك وموفري الرعاية الصحية الآخرين أنك عضو في خطتنا.** أظهر بطاقة معرفتكَ العضوية الخاصة بك عندما تحصل على الخدمات أو الأدوية.
- **ساعد طبيبك وموفري الرعاية الصحية الآخرين على أن يقدموا لك الرعاية المثلى.**
 - وقّر لهم المعلومات التي يحتاجونها عنك وعن صحتك. تعرف على أكبر قدر ممكن من المعلومات عن مشكلاتك الصحية. اتبع الخطط العلاجية والتعليمات ذات الصلة التي تتفق عليها مع موفري الرعاية.
 - تأكد من أن أطباءك وموفري الرعاية الآخرين على دراية بكل الأدوية التي تتناولها. وهذا يشمل الأدوية الموصوفة طبيًا والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية.
 - اطرح أي أسئلة لديك. يجب على أطباءك وغيرهم من موفري الرعاية أن يشرحوا لك الأمور بطريقة يسهل عليك فهمها. فإذا سألت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
- **العمل مع منسق الرعاية الخاص بك** بما في ذلك استكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- **أحرص على التحلي بخلق مراعاة مشاعر الآخرين.** نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. ونتوقع أيضًا أنك ستتصرف بطريقة نابعة عن الاحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومقرات موفري الرعاية الآخرين.
- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - أقساط التأمين بالقسمين A و B في برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal، يتكفل برنامج Medi-Cal بدفع قسط التأمين للقسم A في برنامج Medicare وقسط التأمين للقسم B في برنامج Medicare نيابةً عنك.
 - بالنسبة إلى بعض الأدوية الخاضعة لتغطية الخطة، يتعين عليك دفع الجزء الذي تتحمله من التكلفة عند حصولك على الدواء. وهذا سيكون مبلغ حصة المشاركة في الدفع (مبلغ ثابت). يوضح **الفصل 6** التكاليف التي يجب عليك سدادها للحصول على أدويةك.
 - إذا كنت تحصل على أي خدمات أو أدوية ليست خاضعة لتغطية خطتنا، يجب عليك دفع التكلفة الكاملة. (ملاحظة: إذا لم تكن موافقًا على قرارنا بعدم تغطية إحدى الخدمات أو أحد الأدوية، يمكنك الطعن فيه. ارجع إلى **الفصل 9** لمعرفة المزيد حول كيفية إجراء طعن.)
- **أخبرنا إذا غيرت محل إقامتك.** إذا كنت تنوي تغيير محل إقامتك، أخبرنا بذلك على الفور. اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء.
 - إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكن أن تبقى في خطتنا. لا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا. ينص **الفصل 1** من كُتِيب الأعضاء هذا بشأن منطقة خدمتنا.
 - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستتقل خارج منطقة خدمتنا. خلال فترة التسجيل الخاص، يمكنك الانتقال إلى Original Medicare أو التسجيل في إحدى خطط برنامج Medicare الصحية أو الأدوية في موقعك الجديد. ويمكننا إخبارك إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
 - أخبر مسؤولي برنامجي Medicare و Medi-Cal بعنوانك الجديد إذا غيرت محل إقامتك. راجع **الفصل 2** من كُتِيب الأعضاء هذا للحصول على أرقام هواتف برنامجي Medicare و Medi-Cal.
 - إذا غيرت محل إقامتك داخل منطقة خدمتنا، سنظل بحاجة إلى معرفة ذلك. يجب علينا الإبقاء على سجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
 - إذا غيرت محل إقامتك، فأخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).
- **أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد أو طريقة أفضل للاتصال بك.**
- **يتصل منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.**



الفصل 9. الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون والشكاوى)

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات عن حقوقك. اقرأ هذا الفصل لتعرف ما الذي يجب عليك فعله إذا:

- واجهتك مشكلة أو كان لديك شكوى بشأن خطتنا.
- تحتاج إلى خدمة أو عنصر أو دواء ذكرت خطتنا إنها لن تدفع تكلفته.
- لم توافق على قرار اتخذته خطتنا بشأن رعايتك.
- كنت تعتقد أن خدماتك الخاضعة للتغطية تنتهي قبل أوانها.
- كانت لديك مشكلة أو شكوى تتعلق بالخدمات والمساعدات طويلة الأجل التي تحصل عليها، والتي تتضمن الخدمات المجتمعية للكبار (Community-Based Adult Services, CBAS) ومركز خدمات التمريض (Nursing Facility, NF).

ينقسم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على ما تبحث عنه بسهولة. إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فافقأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.

يجب أن تحصل على خدمات الرعاية الصحية والأدوية والخدمات والمساعدات طويلة الأجل التي حددها لك طبيبك وغيره من موفري الرعاية بأنها ضرورية لرعايتك بوصفها جزءاً من خطة الرعاية الخاصة بك. وإذا واجهتك مشكلة بشأن رعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombudsman على رقم 1-855-501-3077 لطلب المساعدة. يشرح لك هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لديك لحل المشكلات والشكاوى المختلفة، ولكن يمكنك دائماً الاتصال ببرنامج التظلمات ليكون دليلاً إرشادياً لك في التعامل مع مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع الفصل 2 من كُتِيب الأعضاء.



جدول المحتويات

A.	ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشكلة أو مخاوف.....	208
A1.	حول المصطلحات القانونية.....	208
B.	أماكن الحصول على المساعدة.....	208
B1.	لمزيد من المعلومات والمساعدة.....	208
C.	فهم شكوى وطعون برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا.....	210
D.	المشكلات المتعلقة بالمزايا.....	210
E.	قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون المتعلقة بها.....	210
E1.	قرارات بيان المزايا المغطاة.....	210
E2.	الطعون.....	211
E3.	مساعدة بشأن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون.....	211
E4.	القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل.....	212
F.	الرعاية الطبية.....	212
F1.	استخدام هذا القسم.....	213
F2.	طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة.....	213
F3.	تقديم طعن من المستوى 1.....	215
F4.	تقديم طعن من المستوى 2.....	218
F5.	مشكلات الدفع.....	224
G.	أدوية القسم D في برنامج Medicare.....	225
G1.	قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare.....	225
G2.	استثناءات القسم D في برنامج Medicare.....	226
G3.	أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب استثناء.....	228
G4.	طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء.....	228
G5.	تقديم طعن من المستوى 1.....	230
G6.	تقديم طعن من المستوى 2.....	232



- H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى 234
- H1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare 234
- H2. تقديم طعن من المستوى 1 235
- H3. تقديم طعن من المستوى 2 237
- I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة 237
- I1. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك 238
- I2. تقديم طعن من المستوى 1 238
- I3. تقديم طعن من المستوى 2 239
- J. تصعيد طعنك إلى ما بعد المستوى 2 240
- J1. الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare 240
- J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية 241
- J3. مستويات الطعون 3 و 4 و 5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare 242
- K. كيفية تقديم شكوى 243
- K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها 243
- K2. الشكاوى الداخلية 245
- K3. الشكاوى الخارجية 246



A. ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشكلة أو مخاوف

يشرح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشاكل والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدم عملية واحدة لقرارات بيان المزايا المغطاة والطعون وأخرى لتقديم الشكاوى (ويطلق عليها أيضًا اسم التظلمات). ولضمان تحقيق العدالة والسرعة، تحتوي كل عملية على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب علينا وعليكم اتباعها.

A1. حول المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية في هذا الفصل لبعض القواعد والمواعيد النهائية. ويمكن أن يكون العديد من هذه المصطلحات صعب الفهم، لذا نستخدم كلمات أبسط بدلاً من استخدام مصطلحات قانونية معينة قدر استطاعتنا. كما استخدمنا القليل من الاختصارات بقدر الإمكان. على سبيل المثال، نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
 - "قرار بيان المزايا المغطاة" بدلاً من "قرار المؤسسة" أو "قرار المزايا" أو "قرار المخاطر" أو "البت في موقف دواء من التغطية"
 - "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" بدلاً من "القرار العاجل"
 - "منظمة المراجعة المستقلة" (Independent Review Organization, IRO) بدلاً من "جهة المراجعة المستقلة" (Independent Review Entity, IRE)
- إن معرفة المصطلحات القانونية الملائمة قد تساعدك في التواصل بطريقة أكثر وضوحًا، لذا نقدم لك تلك المصطلحات أيضًا.

B. أماكن الحصول على المساعدة

B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة،

في بعض الأحيان يكون من المربك بدء أو متابعة عملية التعامل مع مشكلة ما. يمكن أن يكون هذا صحيحًا بشكل خاص إذا لم تكن على ما يرام أو كانت لديك طاقة محدودة. وفي أحيان أخرى، قد لا يكون لديك المعلومات التي تحتاجها لاتخاذ الخطوة التالية.

مساعدة من خطتنا

يمكنك الاتصال بخطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية للمساعدة في التعامل مع المشكلات أو الإجابة عن الأسئلة.

مساعدة من برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك التواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على رقم 1-800-434-0222. يمكنك أيضًا الاطلاع على موقعهم الإلكتروني على https://www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/. يمكن لمستشاري برنامج HICAP أن يردوا على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. إن برنامج HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية. ويتوفر لدى HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يُقدّم الخدمات مجانًا. رقم هاتف برنامج (HICAP) هو 1-800-434-0222.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

مساعدة من برنامج تظلمات Medicare Medi-Cal

يمكنك التواصل مع برنامج تظلمات Medicare Medi-Cal والتحدث مع أحد المحامين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. يمكنهم تقديم المساعدة القانونية المجانية. إن برنامج التظلمات ليس مرتبطاً بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. ورقم الهاتف هو 1-855-501-3077، والموقع الإلكتروني هو www.healthconsumer.org.

المساعدة ومعلومات عن برنامج Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك التواصل مع برنامج Medicare. وفيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من Medicare:

- يُرجى الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على (www.medicare.gov).

مساعدة من خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا

يمكن لمكتب التظلمات للرعاية المدارة في برنامج Medi-Cal التابع لخدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (Department of Health Care Services, DHCS) مساعدتك. ويمكنه المساعدة إذا واجهت مشاكل في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو تركها. كما يمكنه المساعدة إذا انتقلت إلى مكان آخر وواجهت صعوبة في نقل خدمات برنامج Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بمكتب التظلمات من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م على رقم 1-888-452-8609.

المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC هي المسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشاكل الفواتير. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يمكنك أيضاً زيارة موقع DMHC الإلكتروني على www.dmhc.ca.gov.

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كنت تريد تقديم تظلم ضد خطتك الصحية، ينبغي عليك أولاً الاتصال هاتفياً بخطتك الصحية على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 واستخدام عملية تقديم التظلمات بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. ولا يحول اتباع إجراءات التظلم هذه دون الحصول على أي حقوق أو تعويضات قانونية محتملة قد تكون مستحقة لك. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن تقديم تظلم يتعلق بحالة طارئة أو تظلم لم تتخذ فيه خطتك الصحية قراراً مرضياً أو تظلم لم يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يوماً، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. كما يمكن أن تكون مؤهلاً للحصول على المراجعة الطبية المستقلة (Independent Medical Review, IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للعلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. توفر الإدارة أيضاً رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD على رقم (1-877-688-9891) للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع والتحدث. يحتوي موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhc.ca.gov على نماذج الشكاوى، ونماذج طلب المراجعة الطبية المستقلة (IMR)، وتعليمات عبر الإنترنت.



C. فهم شكوى وطعون برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا

متاح لديك برنامجي Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا الرعاية المُدارة من قبل برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. يُطلق على هذا أحياناً اسم "العملية المتكاملة" لأنها تجمع بين عمليات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal وتدمج بينهم.

في بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. في تلك الحالات، يمكنك استخدام عملية واحدة للحصول على ميزة برنامج Medicare وعملية أخرى للحصول على ميزة برنامج Medi-Cal. يشرح القسم F4 هذه المواقف.

D. المشكلات المتعلقة بالمزايا

إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فافقأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. يساعدك الجدول أدناه في العثور على القسم الصحيح من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو مخاوفك بشأن المزايا أم التغطية الخاصة بك؟	
يتضمن هذا المشكلات المتعلقة بما إذا كانت رعاية طبية معينة (عناصر طبية و/أو خدمات و/أو أدوية القسم B) مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.	
نعم.	لا.
تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية.	لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية.
راجع القسم E، "قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون".	راجع القسم K، "كيفية تقديم شكوى".

E. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون المتعلقة بها

تعالج عملية طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة وتقديم طعن المشكلات المتعلقة بمزاياك والتغطية الخاصة برعايتك الطبية (الخدمات والعناصر والأدوية من القسم B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير بشكل عام إلى العناصر الطبية والخدمات والأدوية من القسم B باعتبارها رعاية طبية. أنت تستخدم عملية قرار بيان المزايا المغطاة والطعون للمسائل المتعلقة بما إذا كان شيء ما مشمولاً بالتغطية أم لا، وكيفية تقديم التغطية.

E1. قرارات بيان المزايا المغطاة

قرار بيان المزايا المغطاة هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويةك وخدماتك الطبية. يمكنك أنت أو طبيبك أيضاً الاتصال بنا وطلب قرار بيان المزايا المغطاة. قد تكون أنت أو طبيبك غير متأكدين مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل حصولك عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بشأن التغطية.



نتخذ قرار بيان المزايا المغطاة عندما نراجع طلبًا للخدمة أو مطالبة. في بعض الحالات، قد نقرر أن إحدى الخدمات أو الأدوية غير مغطاة أو لم تعد مغطاة من قبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة هذا، فيمكنك تقديم طعن.

E2. الطعون

إذا اتخذنا قرار بيان المزايا المغطاة ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، يمكنك "الطعن" في القرار. الطعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه وتغييره.

عندما تطعن على قرار للمرة الأولى، يُسمى ذلك طعن من المستوى الأول (1). في هذا الطعن، نقوم بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. يتم التعامل مع طعنك من قبل مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير الملائم مع طعنك.

في معظم الحالات، يجب عليك البدء في الطعن من المستوى الأول (1). إذا كانت حالتك الصحية تستدعي اتخاذ إجراء عاجل، أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد وتحتاج إلى قرار أسرع، فيمكنك طلب مراجعة طبية ضمن المراجعة الطبية المستقلة (IMR) من إدارة الرعاية الصحية المُدارة على www.dmhca.ca.gov. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات.

وعندما ننتهي من المراجعة، سنعطيك قرارنا. في ظل ظروف معينة، سيتم شرحها لاحقًا في القسم F2 من هذا الفصل، يمكنك أن تطلب الحصول على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" أو "العاجل" أو "طعن سريع" على قرار بيان المزايا المغطاة.

إذا رفضنا جزءًا مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية رعاية طبية من برنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO) لإجراء طعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من القسم D في برنامج Medicare أو برنامج Medicaid، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الطعن من المستوى 2، فقد تتمكن من المرور إلى مستويات إضافية من الطعن.

E3. مساعدة بشأن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- خدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج Medicare Medi-Cal Ombudsman على رقم 1-855-501-3077.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على رقم 1-800-434-0222.
- مركز المساعدة بإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. تساعد إدارة DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشاكل الفواتير. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني على www.dmhca.ca.gov. في حين أن DMHC يمكن أن تساعد الأشخاص في خطط برنامج Medi-Cal المُدارة، إلا أنها لا يمكن أن تساعد الأشخاص في خطط برنامج Medicare فقط وفي النظم الصحية المنظمة للمقاطعة (County Organized Health Systems, COHS) التالية: Partnership Health Plan، و Gold Coast Health Plan، و CenCal Health، و Central California Alliance for Health، و CalOptima. تنظم الحكومة الفيدرالية خطط برنامج Medicare، وتنظم إدارة خدمات الرعاية الصحية خطط COHS.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- **طبيبك أو موفر رعاية آخر.** يمكن لطبيبك أو موفر رعاية آخر مطالبتنا باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الطعن نيابةً عنك.
 - **صديق أو فرد من أفراد العائلة.** يمكنك اختيار شخص آخر ليتصرف نيابةً عنك بصفته "ممثلاً" لك لطلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.
 - **محامٍ.** يحق لك الاستعانة بمحامٍ، ولكن ليس من الضروري أن يكون لديك محامٍ لطلب قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.
 - اطلب محاميك الخاص، أو احصل على اسم محامٍ من نقابة المحامين في موقعك المحلي أو الاستعانة بخدمة أخرى للإحالة إلى محامٍ. ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك.
 - اطلب محامياً للمساعدة القانونية من برنامج تظلمات Medicare Medi-Cal على رقم 1-855-501-3077.
- املاً نموذج تعيين ممثل إذا أردت توكيل محامٍ أو شخص آخر ليكون ممثلك. ويمنح النموذج شخصاً ما الإذن بالتصرف نيابةً عنك.
- اتصل بخدمة العملاء 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 من النموذج الموقع.

E4. القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل

توجد أربع حالات تتضمن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون. وكل حالة لها قواعدها ومواعيدها النهائية المختلفة. ونقدم تفاصيل كل حالة في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم الذي ينطبق على حالتك:

- **القسم F، "الرعاية الطبية"**
 - **القسم G، "أدوية القسم D في برنامج Medicare"**
 - **القسم H، "مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى"**
 - **القسم I، "مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة"** (ينطبق هذا القسم على الخدمات الآتية فقط: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مركز خدمات التمريض المهني، وخدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (Comprehensive Outpatient Rehabilitation Facility, CORF)).
- إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب الرجوع إليه، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة أو معلومات من المنظمات الحكومية مثل برنامج المساعدة للتأمين الصحي التابع للولاية. راجع **القسم C بالفصل 2** لمزيد من المعلومات.

F. الرعاية الطبية

يشرح هذا القسم ما يجب عليك فعله إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية الرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن ندفع لك حصتنا من تكلفة رعايتك. للحصول على معلومات حول طلب الإقامة لفترة أطول في المستشفى، يرجى الرجوع إلى **القسم H**.

يوضح هذا القسم مزايا الرعاية الطبية الموضحة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا في جدول المزايا. في بعض الحالات، قد تنطبق قواعد مختلفة على أدوية القسم B في برنامج Medicare. وعندما تنطبق القواعد، نوضح مدى اختلاف القواعد لأدوية القسم B في برنامج Medicare عن القواعد الخاصة بالخدمات والعناصر الطبية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

F1. استخدام هذا القسم

يشرح هذا القسم ما يمكنك فعله في أي حالة من الحالات الآتية:

1. نعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاج إليها ولكنك لا تحصل عليها.
ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة. راجع القسم F2.
 2. لم نعتمد الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي موفر رعاية صحية آخر أن يقدمها إليك، ونعتقد أنه ينبغي علينا ذلك.
ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن على قرارنا. راجع القسم F3.
 3. حصلت على رعاية طبية نعتقد أننا نغطيها، لكننا لن ندفع تكلفتها.
ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن على قرارنا بعدم الدفع. راجع القسم F5.
 4. حصلت على رعاية طبية ودفعت مقابلها وكنت نعتقد أننا نغطيها، وتريد منا أن نرد إليك ما دفعته.
ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. راجع القسم F5.
 5. قمنا بتقليل تغطية رعاية طبية معينة خاصة بك أو إيقافها، ونعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.
ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن على قرارنا بتقليل الرعاية الطبية أو إيقافها. راجع القسم F4.
- إذا كانت التغطية خاصة بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات CORF، فسيتم تطبيق قواعد خاصة. راجع القسم H أو القسم I لمعرفة المزيد.
 - بالنسبة إلى جميع الحالات الأخرى التي تتضمن تقليل تغطية رعاية طبية معينة خاصة بك أو إيقافها، ارجع إلى هذا القسم (القسم F) لإرشادك.
6. تواجه تأخيرًا في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.
ما يمكنك القيام به: يمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K2.

F2. طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة

عندما يتعلق قرار بيان المزايا المغطاة بالرعاية الطبية الخاصة بك، فإنه يسمى "قرار المؤسسة المتكامل".

يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك مطالبتنا باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة عن طريق:

• الهاتف: 711 TTY: 1-800-452-4413.

• الفاكس: 877-251-6671.

• المراسلة:



Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan,
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

قرار بيان المزايا المغطاة العادي

عندما نمحك قرارنا، فإننا نتبع المواعيد النهائية "العادية" ما لم نوافق على اتباع المواعيد النهائية "السريعة". يعني قرار بيان المزايا المغطاة العادي أننا سنقدم إليك ردًا خلال:

- خمسة أيام عمل بعد استلامنا طلبك للحصول على خدمة طبية أو عنصر طبي يخضع لقواعد التصريح المسبق لدينا.
- خمسة أيام عمل، على ألا تتجاوز المدة 14 يومًا تقويميًا ميلاديًا من تاريخ استلام طلبك، وذلك لجميع الخدمات أو العناصر الطبية الأخرى.
- 72 ساعة بعد استلامنا طلبك للحصول على دواء القسم B في برنامج Medicare.

بالنسبة إلى عنصر أو خدمة طبية، يمكننا أن نحتاج إلى ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا ميلاديًا إضافيًا إذا طلبنا مزيدًا من الوقت أو إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك (مثل السجلات الطبية من موفري الرعاية غير التابعين للشبكة). إذا استغرقنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا إضافة أيام إضافية إذا كان طلبك يتعلق بدواء من القسم B في برنامج Medicare. إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا إضافة أيام إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإضافة هذه الأيام. عند تقديم شكوى سريعة سنوافيك برد بشأن شكواك خلال 24 ساعة. تختلف عملية تقديم الشكوى عن عملية قرار بيان المزايا المغطاة والطعون. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع القسم K.

قرار بيان المزايا المغطاة السريع

المصطلح القانوني "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" هو "القرار العاجل".

عندما تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن رعايتك الطبية وتطلب صحتك استجابة سريعة، اطلب منا اتخاذ "قرار بيان المزايا المغطاة السريع". يعني قرار التغطية السريع أننا سنوافيك بالرد خلال:

- 72 ساعة بعد استلامنا طلبك للحصول على خدمة طبية أو عنصر طبي.
 - 24 ساعة بعد استلامنا طلبك للحصول على دواء من القسم B في برنامج Medicare.
- بالنسبة إلى عنصر أو خدمة طبية، يمكننا إضافة ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا ميلاديًا إذا تبين لنا أن هناك معلومات قد تفيدك ونفتقدها (مثل السجلات الطبية من موفري الرعاية غير التابعين للشبكة) أو إذا احتجنا إلى وقت للحصول على المعلومات اللازمة لمراجعة الطلب. إذا استغرقنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا إضافة وقت إضافي إذا كان طلبك يتعلق بدواء من القسم B في برنامج Medicare.

إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا إضافة أيام إضافية لاتخاذ قرار بشأن التغطية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإضافة أيام إضافية. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، يُرجى الرجوع إلى القسم K. وسنتصل بك بمجرد اتخاذ القرار.



للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع، يجب عليك تلبية شرطين:

- أن تطلب التغطية للعناصر الطبية و/أو الخدمات التي لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع بشأن دفع ثمن العناصر أو الخدمات التي حصلت عليها بالفعل.
 - أن اتباع المواعيد النهائية العادية قد يسبب لك ضررًا صحيًا بالغًا أو يؤثر بالسلب في قدرتك على أداء وظائفك.
- نمنحك قرار بيان المزايا المغطاة السريع تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تستدعي ذلك. إذا طلبت ذلك من دون دعم طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار بيان المزايا المغطاة السريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلبي متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:
 - نمنحك قرار بيان المزايا المغطاة السريع تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
 - كيفية تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك قرار بيان المزايا المغطاة العادي بدلاً من قرار بيان المزايا المغطاة السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع القسم K.

إذا رفضنا طلبك كليًا أو جزئيًا، فسنرسل إليك خطابًا يوضح الأسباب.

- إذا رفضنا طلبك، فلديك الحق في تقديم طعن. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم طعن هو وسيلة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرارنا وتغييره.
 - إذا قررت تقديم طعن، فستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الطعون (راجع القسم F3).
- في ظروف محدودة، قد نرفض طلبك للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة، ما يعني أننا لن نراجع الطلب. وفي ما يأتي أمثلة على الحالات التي سيتم فيها رفض الطلب:
- إذا كان الطلب غير مكتمل،
 - إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابةً عنك ولكنه غير مخول قانونيًا للقيام بذلك، أو
 - إذا طلبت سحب طلبك.

إذا رفضنا طلبًا للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة، فسنرسل إليك إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض. وتسمى هذه المراجعة طعنًا. وتتم مناقشة الطعون في القسم التالي.

F3. تقديم طعن من المستوى 1

لبدء إجراءات طعن يتعلق بخدمة أو بند مرفوض، أو لمواصلة الحصول على خدمة أو بند تتلقاه بالفعل، يجب عليك أو طبيبك أو ممثلك المعتمد الاتصال بنا. اتصل بنا على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

اطلب طعنًا عاديًا أو طعنًا سريعًا كتابيًا أو عن طريق الاتصال بنا على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

- إذا طلب طبيبك أو موفر رعاية آخر مواصلة تقديم خدمة أو عنصر تحصل عليه بالفعل خلال الطعن، فقد تحتاج إلى تعيينه ليصبح ممثلك ويتصرف نيابةً عنك.



- إذا قام شخص آخر غير طبيبك بتقديم الطعن نيابةً عنك، فقم بتضمين نموذج تعيين ممثل لتفويض هذا الشخص بتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
 - يمكننا قبول طلب الطعن من دون النموذج، ولكن لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليه. إذا لم نتلقَ النموذج قبل الموعد النهائي المحدد لاتخاذ قرار بشأن الطعن المقدم منك:
 - سنرفض طلبك،
 - سنرسل إليك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في مطالبة IRO بمراجعة قرارنا برفض طعنك.
 - يجب عليك طلب الطعن خلال 65 يومًا تقويميًا ميلاديًا من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإخبارك بقرارنا.
 - إذا لم تتمكن من الالتزام بالموعد النهائي ولديك سبب وجيه لذلك، فقد نمحك وقتًا إضافيًا لتقديم الطعن. من أمثلة الأسباب الوجيهة إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك حول الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عند تقديم الطعن.
 - يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. ويمكنك أيضًا أنت وطبيبك تقديم معلومات إضافية لدعم طعنك.
- اطلب إجراء "طعن سريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.**

المصطلح القانوني "الطعن السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

- إذا قدمت طعنًا على قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، يمكنك أنت و/أو طبيبك طلب طعن سريع.
- نمحك طعنًا سريعًا تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تستدعي ذلك. إذا طلبت ذلك من دون دعم طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على طعن سريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلبي متطلبات الطعن السريع، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بذلك وسنستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:
 - نمحك طعنًا سريعًا تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
 - كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك طعنًا عاديًا بدلاً من الطعن السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع القسم K.
- إذا أخبرناك بأننا سنقوم بإيقاف الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل أو تقليلها، فقد تتمكن من مواصلة الحصول على هذه الخدمات أو العناصر خلال النظر في الطعن المقدم منك.
- إذا قررنا تغيير التغطية لخدمة أو عنصر تحصل عليه أو قررنا إيقافها، فسنرسل إليك إشعارًا قبل أن نتخذ أي إجراء.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 1.



- سنستمر في تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت طعنًا من المستوى 1 في غضون عشر أيام تقويمية ميلادية من تاريخ خطابنا أو بحلول تاريخ السريان المقرر للإجراء، أو أيهما أبعد.
- إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو العنصر من دون أي تغييرات أثناء النظر في الطعن المقدم منك من المستوى 1.
- ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (غير المتعلقة بطعنك) دون أي تغييرات.
- إذا لم تقدم الطعن قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على الخدمة أو العنصر أثناء انتظارك قرار الطعن المقدم منك.

ننظر في طعنك ونوافيك بالرد.

- عندما نراجع طعنك، فإننا نلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك لتغطية الرعاية الطبية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما رفضنا طلبك.
- نجمع مزيدًا من المعلومات إذا كنا في حاجة إليها. قد نتواصل معك أو مع طبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.

ثمة مواعيد نهائية للطعن السريع.

- عندما نتبع المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة أسرع. إذا رفضنا طعنًا سريعًا، فسنقدم لك أو لطبيبك أو مقدم الوصفات الطبية أو الممثل تأكيدًا شفهيًا للرفض.
 - إذا لم نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك سترأجه IRO. ستخطر IRO كتابيًا عندما تتلقى طعنك. لاحقًا في هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونشرح لك عملية الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicaid، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية من المستوى 2 بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في ولاية كاليفورنيا، يُطلق على هذه الجلسة اسم جلسة استماع بالولاية. لطلب عقد جلسة استماع بالولاية، راجع القسم F4، حسب الحاجة.
 - إذا وافقنا على طلبك كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة من استلامنا طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
 - إذا رفضنا طلبك كليًا أو جزئيًا، فسنرسل طعنك إلى IRO لإجراء طعن من المستوى 2.
- ثمة مواعيد نهائية للطعن العادي.
- عندما نتبع المواعيد النهائية العادية، يجب أن نوافيك بالرد في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا بعد استلامنا طعنك الخاص بتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.



- إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare ولم تحصل عليه، فسوف نوافيك بالرد في غضون سبعة أيام تقويمية ميلادية بعد استلامنا طعنك أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نوافيك بالرد بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه IRO. لاحقًا في القسم F4 من هذا الفصل، سنخبرك عن هذه المنظمة ونشرح لك عملية الطعون من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicaid، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية من المستوى 2 بنفسك بمجرد انتهاء الوقت. في ولاية كاليفورنيا، يُطلق على هذه الجلسة اسم جلسة استماع بالولاية. لطلب عقد جلسة استماع بالولاية، راجع القسم F4، حسب الحاجة.
- إذا وافقنا على طلبك كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تلقينا طلب الطعن المقدم منك، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون سبعة أيام تقويمية ميلادية من تاريخ استلامنا طعنك إذا كان طلبك يتعلق بدواء من القسم B في برنامج Medicare.

إذا رفضنا طلبك كليًا أو جزئيًا، ف لديك حقوق طعن إضافية:

- إذا رفضنا جزءًا مما طلبته أو كل ما طلبته، فسندرس إليك خطابًا.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى IRO لإجراء طعن من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من برنامج Medi-Cal، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك.

F4. تقديم طعن من المستوى 2

إذا رفضنا جزءًا من طعنك من المستوى 1 أو رفضناه بالكامل، فسندرس إليك خطابًا. وسيخبرك هذا الخطاب بما إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal أو كلا البرنامجين يغطيان الخدمة أو العنصر عادةً.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medicare عادةً، فسندرس حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الطعون بمجرد اكتمال طعن المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medi-Cal عادةً، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. وسيخبرك الخطاب بكيفية إجراء ذلك. وسنذكر أيضًا مزيدًا من المعلومات لاحقًا في هذا الفصل.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر قد يغطيه كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، فستحصل تلقائيًا على طعن من المستوى 2 لدى IRO. بالإضافة إلى الطعن التلقائي من المستوى 2، يمكنك أيضًا طلب عقد جلسة استماع بالولاية ومراجعة طبية مستقلة في الولاية. ومع ذلك، لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية.
- إذا كنت مؤهلًا لمواصلة الحصول على المزايا عند تقديم الطعن من المستوى 1، فقد تستمر أيضًا مزايا الخدمة أو العنصر أو العقار الدوائي موضوع الطعن خلال المستوى 2. راجع القسم F3 للحصول على معلومات بشأن استمرار مزاياك خلال طعن المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medicare فقط، فلن تستمر مزايا هذه الخدمة خلال عملية الطعون من المستوى 2 لدى IRO.



- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medi-Cal فقط، فستستمر مزايا هذه الخدمة إذا قدمت طعنًا من المستوى 2 في غضون عشرة أيام تقويمية بعد تلقي الخطاب الذي يتضمن قرارنا.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيها برنامج Medicare عادةً

تراجع IRO طعنك. وهي منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare.

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة (IRO) هو "جهة المراجعة المستقلة"، وأحيانًا تسمى اختصارًا IRE.

- هذه المنظمة ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. اختار برنامج Medicare الشركة لتكون IRO، وبرنامج Medicare هو من يشرف على عملها.
- نرسل معلومات حول طعنك ("ملف حالتك") إلى هذه المنظمة. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم الطعن المقدم منك.
- يدرس المراجعون في IRO جميع المعلومات المتعلقة بالطعن المقدم منك بعناية.
- إذا كان لديك طعن سريع من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا طعن سريع من المستوى 2.
- إذا قدمت إلينا طعنًا سريعًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على طعن سريع من المستوى 2. يجب على IRO أن توافقك بالرد على طعن المستوى 2 خلال 72 ساعة من تلقي الطعن المقدم منك.
- إذا كان لديك طعن عادي من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا طعن عادي من المستوى 2.
- إذا قدمت إلينا طعنًا عاديًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على طعن عادي من المستوى 2.
- إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية، فيجب على IRO أن توافقك بالرد على طعن المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا من تلقي الطعن المقدم منك.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء من القسم B في برنامج Medicare، يجب على IRO أن توافقك بالرد على طعن المستوى 2 في غضون سبعة أيام تقويمية ميلادية من تلقي الطعن المقدم منك.
- في حال منحتك IRO ردها كتابيًا مع توضيح الأسباب.
- إذا وافقت IRO على طلب الحصول على عنصر طبي أو خدمة طبية كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
 - التصريح بتغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة، أو
 - تقديم الخدمة خلال خمسة أيام عمل بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات العادية، أو
 - تقديم الخدمة خلال 72 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار IRO للطلبات العاجلة.



- إذا وافقت IRO على طلب الحصول على دواء من القسم B في برنامج Medicare، فيجب علينا التصريح بالدواء من القسم B في برنامج Medicare محل النزاع أو تقديمه:
 - خلال 72 ساعة بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات العادية، أو
 - خلال 24 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار IRO للطلبات العاجلة.
- إذا رفضت IRO طعنك كلياً أو جزئياً، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي علينا عدم اعتماد طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".
 - إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدماً في الطعن أم لا.
 - ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعون بعد المستوى 2، أي ما مجموعه خمسة مستويات.
 - إذا تم رفض طعنك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الطعون، فيجب عليك أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم طعن ثالث. ترد التفاصيل بشأن كيفية القيام بذلك في الإشارات الكتابي الذي تحصل عليه بعد الطعن من المستوى 2.
 - يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري (Administrative Law Judge, ALJ) أو محامٍ محكم مع الطعن من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على مزيد من المعلومات حول الطعون من المستويات 3 و 4 و 5.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medi-Cal عادةً

تتوفر طريقتان لإجراء طعن من المستوى 2 بالنسبة إلى الخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة أو (2) جلسة استماع بالولاية.

(1) إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC):

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب لإجراء مراجعة طبية مستقلة (IMR) من خلال مركز المساعدة في DMHC. عند تقديم شكوى، ستقوم DMHC بمراجعة قرارنا. ستجري DMHC تحقيقها الخاص في شكاوك أو تحدد ما إذا كانت الحالة مؤهلة للحصول على IMR. قد تكون IMR متاحة لأي خدمة طبية أو عنصر طبي بطبيعته يغطيه برنامج Medi-Cal. وتتمثل IMR في قيام خبراء غير تابعين لخطتنا أو DMHC بمراجعة حالتك. إذا تم البت في IMR لصالحك، يجب علينا توفير الخدمة أو العنصر الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف نظير IMR.

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب للحصول على IMR إذا كانت خطتنا:

- ترفض خدمة أو علاجاً مقدماً من برنامج Medi-Cal أو تغييره أو تؤخره لأن خطتنا ترى أنه ليس ضرورياً من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاجاً تجريبياً أو خاضعاً للدراسة من برنامج Medi-Cal لحالة طبية خطيرة.
- تجادل بشأن ما إذا كانت إحدى الخدمات أو الإجراءات الجراحية تجميلية أم ترميمية بطبيعتها.
- لن تدفع مقابل خدمات برنامج Medi-Cal الطارئة أو العاجلة التي تلقيتها بالفعل.



- لم تبت في طعنك من المستوى 1 الخاص بإحدى خدمات برنامج Medi-Cal في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا بالنسبة إلى الطعن العادي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك، إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، بالنسبة إلى الطعن السريع.
- في معظم الحالات، يجب عليك تقديم طعن إلينا قبل طلب IMR. راجع القسم F3 للحصول على معلومات حول عملية الطعن من المستوى 1. إذ لم توافق على قرارنا، يمكنك طلب IMR/نموذج شكوى من خلال DMHC.
- ملاحظة:** إذا قدم موفر الرعاية طعنًا نيابةً عنك، ولكننا لم نحصل على نموذج تعيين ممثل، فستحتاج إلى إعادة تقديم الطعن إلينا قبل أن تتمكن من تقديم طلب للحصول على IMR من المستوى 2 لدى DMHC، إلا إذا كان طعنك ينطوي على تهديد وشيك وخطر على صحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو إحدى وظائف الجسم الرئيسية.
- يمكنك طلب إجراء IMR وجلسة استماع بالولاية، ولكن لا يُسمح لك الانتقال إلى IMR إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية أو عقدت جلسة استماع بالولاية بشأن الحالة نفسها.
- إذا تم رفض علاجك لأنه كان تجريبيًا أو خاضعًا للدراسة، فليست مضطرًا إلى المشاركة في عملية الطعن الخاصة بنا قبل التقدم بطلب للحصول على IMR.
- إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك أو إذا كنت تشعر بالألم شديد، فيمكنك إبلاغ DMHC بمشكلتك على الفور من دون المرور أولاً بعملية الطعن الخاصة بنا.
- يجب عليك **التقدم بطلب للحصول على IMR في غضون ستة أشهر** بعد أن نرسل إليك قرارًا كتابيًا بخصوص طعنك. قد تقبل DMHC طلبك بعد ستة أشهر لسبب وجيه، مثل إصابتك بحالة طبية منعتك من طلب IMR في غضون ستة أشهر أو عدم حصولك على إشعار مناسب منا بإجراءات IMR.
- لتقديم شكوى أو طلب IMR:
- املأ نموذج IMR/الشكوى المتاح على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصل بمركز المساعدة في DMHC على رقم 1-888-466-2219. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-688-9891.
- أرفق نسخًا من الخطابات أو المستندات الأخرى المتعلقة بالخدمة أو العنصر الذي رفضناه إذا كانت بحوزتك. فهذا الأمر يمكن أن يسرع من عملية IMR. أرسل نسخًا من المستندات وليس الأصول. لا يمكن لمركز المساعدة إعادة أي مستندات.
- املأ نموذج المساعد المفوض إذا كان هناك شخص ما يساعدك في IMR. يمكنك الحصول على النموذج من www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو الاتصال بمركز المساعدة التابع للإدارة على رقم 1-888-466-2219. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على رقم 1-877-688-9891.
- قدم نموذج IMR/الشكوى وأي مرفقات إلى DMHC عبر الإنترنت: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.



أرسل عن طريق البريد أو الفاكس:

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

في غضون سبعة أيام، ستراجع DMHC طلبك وترسل إليك خطاب إقرار بالاستلام. إذا قررت إدارة DMHC أن الحالة مؤهلة للحصول على IMR، فسيُتخذ قرار IMR في غضون 45 يومًا بعد استلام جميع المستندات المطلوبة. إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للحصول على IMR، فعادة ما يُتخذ قرار IMR في غضون سبعة أيام بعد استلام جميع المستندات المطلوبة. إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة IMR، فلا يزال بإمكانك طلب جلسة استماع بالولاية.

قد تستغرق IMR وقتًا أطول إذا لم تستلم DMHC جميع السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تستعين بطبيب ليس ضمن شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية وترسلها إلينا من ذلك الطبيب. وعلى خطتك الصحية الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء الموجودين في الشبكة.

إذا قررت DMHC أن حالتك غير مؤهلة للحصول على IMR، فستراجع DMHC حالتك من خلال عملية شكاوى العملاء العادية. ينبغي حل شكاوك في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوك عاجلة، فسيتم حلها في وقت أقرب.

(2) جلسة الاستماع بالولاية

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية للخدمات والعناصر الخاضعة لتغطية برنامج Medi-Cal. وإذا طلب طبيبك أو موفر رعاية آخر خدمة أو عنصرًا لن نعتده، أو إذا كنا لن نستمر في دفع تكلفة الخدمة أو العنصر الذي حصلت عليه بالفعل ورفضنا طعنك من المستوى 1، فلديك الحق في طلب عقد جلسة استماع بالولاية.

في معظم الحالات، يكون لديك 120 يومًا لطلب عقد جلسة استماع بالولاية بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الطعن" إليك بالبريد.

ملاحظة: إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تحصل عليها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، فسيبقى لديك عدد أيام أقل لإرسال طلبك إذا أردت الاستمرار في تلقي هذه الخدمة أثناء انتظار جلسة الاستماع بالولاية. اقرأ قسم "هل تستمر المزايا التي أحصل عليها أثناء عملية الطعن من المستوى 2" في الصفحة 272 لمزيد من المعلومات.

يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية من خلال أحد الطرق التالية:

- عبر الإنترنت على www.cdss.ca.gov.
- عبر الهاتف: اتصل على 1-800-743-8525. قد يكون هذا الرقم مشغولاً جدًا. وقد تتلقى رسالة تطلب منك معاودة الاتصال لاحقًا. وإذا لم يكن بمقدورك التحدث أو السماع جيدًا، يُرجى الاتصال بخدمة TTY/TDD على 1-800-952-8349.
- كتابيًا: يمكنك ملء نموذج جلسة الاستماع بالولاية أو كتابة خطاب. أرسله عبر البريد أو الفاكس إلى:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- البريد: California Department of Social Services State Hearings Division P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-433 Sacramento, CA 94244-2430
- الفاكس: 916-309-3487 أو على رقم الهاتف المجاني 1-833-281-0903
- يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع بالولاية" الموجود في الجزء الخلفي من الإشعار بالإجراء. تأكد من إدراج اسمك وعنوانك ورقم هاتفك ورقم الضمان الاجتماعي و/أو رقم تعريف العميل (Client Identification Number, CIN)، وسبب رغبتك في عقد جلسة استماع بالولاية. وإذا كان هناك شخص يساعدك في طلب جلسة الاستماع بالولاية، فُرجى إضافة اسمه وعنوانه ورقم هاتفه إلى النموذج أو الخطاب. وإذا كنت بحاجة إلى مترجم فوري، فأخبر قسم جلسات الاستماع بالولاية باللغة التي تتحدثها. ولا يتعين عليك دفع أي رسوم نظير الحصول على مترجم فوري. سيوفر قسم جلسات الاستماع بالولاية أحد المترجمين الفوريين لك. وإذا كنت من ذوي الاحتياجات الخاصة، فسيقدم لك قسم جلسات الاستماع بالولاية تسهيلات خاصة مجانًا لمساعدتك على المشاركة في جلسة الاستماع. يُرجى تقديم معلومات حول إعاقتك ووسيلة المساعدة التي تحتاجها.
- بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1. يُرجى الاتصال بهم على رقم [TTY: 1-855-887-6668] [1-877-588-1123].
- يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويمًا ميلاديًا بعد اليوم الذي رفضت فيه QIO طعنك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.
- سيقوم مراجعو QIO بالآتي:
 - إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن الذي قدمته.
 - إخبارك بقرارهم بشأن الطعن المقدم منك من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويمًا ميلاديًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.
- في حال كان رد QIO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:
 - يجب علينا أن نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض QIO طعنك من المستوى 1.
 - سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:
 - فإنها توافق على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1 ولن تغيره.
 - سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة DMHC أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.



يقدم إليك قسم جلسات الاستماع بالولاية قراره كتابيًا ويشرح لك الأسباب.

- إذا وافق قسم جلسات الاستماع بالولاية على طلب الحصول على عنصر طبي أو خدمة طبية كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو العنصر أو تقديمهما في غضون 72 ساعة بعد حصولنا على قراره.
- إذا رفض قسم جلسات الاستماع بالولاية طعنك كليًا أو جزئيًا، فهذا يعني أنه يوافق على أنه ينبغي لنا عدم اعتماد طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".

إذا قررت IRO أو جلسة الاستماع بالولاية رفض طلبك بالكامل أو جزء منه، فلديك حقوق طعن إضافية.

إذا تم تحويل الطعن من المستوى 2 إلى IRO، فلا يمكنك التقدم بطعن آخر إلا إذا بلغت القيمة المالية بالدولار للخدمة أو البند المطلوب حدًا أدنى معينًا. ويتولى ALJ أو محام محكم مع طعن المستوى 3. سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من IRO حقوقًا إضافية تتعلق بالطعن قد تتمتع بها.

سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من قسم جلسات الاستماع بالولاية خيار الطعن التالي.

راجع القسم J للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الطعن بعد المستوى 2.

F5. مشكلات الدفع

لا نسمح لموفري الرعاية التابعين لشبكتنا بتحرير فواتير لك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية. وينطبق ذلك حتى إذا دفعنا إلى موفر الرعاية رسومًا أقل من رسومه مقابل الخدمة أو العنصر الخاضع للتغطية. لست مُطالبًا أبدًا بدفع المبلغ المتبقي من أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يجب أن يُطلب منك دفعه هو حصة المشاركة في الدفع للفئة 3: الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة، والفئة 4: الأدوية غير المفضلة، والفئة 5: أدوية الفئة المتخصصة.

إذا حصلت على فاتورة تزيد قيمتها على حصة المشاركة في الدفع المقررة لك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية، فأرسل الفاتورة إلينا. لا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بموفر الرعاية مباشرة وننقل حل المشكلة. وإذا دفعت الفاتورة، فيمكنك استرداد أموالك من خطتنا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو العناصر.

لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 7 من كتيب الأعضاء هذا. وهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته أو دفع فاتورة حصلت عليها من موفر الرعاية. كما يوفر معلومات عن كيفية إرسال المستندات الورقية التي تطالبنا بموجبها بالدفع لك.

إذا طلبت استرداد المبلغ الذي دفعته، فإنك تطلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته خاضعًا للتغطية وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته خاضعًا للتغطية واتبعت القواعد كلها، فسنرسل إليك حصتنا من تكلفة الخدمة أو العنصر في غضون 30 يومًا تقويميًا، ولن نتأخر عن 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو العنصر بعد، فسنرسل المبلغ إلى موفر الرعاية مباشرة. وعندما نرسل المبلغ، يكون الأمر مماثلًا للموافقة على طلبك للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة.
- إذا كانت الخدمة أو العنصر غير خاضعين للتغطية أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو العنصر ونوضح سبب ذلك.



إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، فبإمكانك تقديم طعن. اتبع عملية الطعون الموضحة في القسم F3. عند اتباع هذه التعليمات، لاحظ الآتي:

- إذا قدمت طعنًا إلينا لنرد إليك المبلغ الذي دفعته، فيتعين علينا موافاتك بالرد في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا بعد تلقينا الطعن.
- إذا رفضنا طعنك وكان برنامج Medicare يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فسنرسل حالتك إلى IRO. سنرسل لك خطابًا إذا حدث ذلك.
- إذا ألغت IRO قرارنا وقررت أننا يجب أن ندفع إليك، فيجب علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى موفر الرعاية في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا. إذا تمت الموافقة على الطعن في أي مرحلة من مراحل عملية الطعون بعد المستوى 2، فيجب علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى موفر الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا تقويميًا ميلاديًا.
- إذا رفضت IRO طعنك، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا عدم اعتماد طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن". ستستلم خطابًا يشرح حقوق الطعن الإضافية التي قد تتمتع بها. راجع القسم J للحصول على مزيد من المعلومات حول مستويات الطعن الإضافية.
- إذا رفضنا طعنك وكان برنامج Medi-Cal يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات.

G. أدوية القسم D في برنامج Medicare

تشمل المزايا التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خططنا تغطية كثير من الأدوية. ومعظمها من أدوية القسم D في برنامج Medicare. يوجد عدد قليل من الأدوية التي لا يغطيها القسم D في برنامج Medicare ولكن قد يغطيها برنامج Medi-Cal. لا ينطبق هذا القسم إلا على طعون أدوية القسم D في برنامج Medicare. سنستخدم كلمة "عقار دوائي" في بقية هذا القسم بدلاً من "أدوية القسم D في برنامج Medicare" في كل مرة. بالنسبة للعقاقير الدوائية التي يغطيها برنامج Medi-Cal فقط، اتبع العملية الواردة في القسم E.

يجب استخدام العقار الدوائي لدواعي استعمال مقبولة طبيًا حتى تتم تغطيته. ويعني ذلك أن يكون العقار الدوائي معتمدًا من جانب هيئة الدواء والغذاء (Food and Drug Administration, FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات حول دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا.

G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare.

فيما يلي أمثلة على قرارات بيان المزايا المغطاة التي يمكنك مطالبتنا باتخاذها فيما يتعلق بالعقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare:

- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يأتي:
 - تغطية دواء من القسم D في برنامج Medicare غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا أو
 - إلغاء القيود المفروضة على تغطيتنا لعقار دوائي (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
- سألنا عما إذا كان العقار الدوائي خاضعًا للتغطية (على سبيل المثال عندما يكون العقار الدوائي مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا ولكن يجب علينا اعتماده قبل أن نقوم بتغطيته لك)

ملاحظة: إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية كما هي مكتوبة، فستقدم إليك إشعارًا كتابيًا يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار بيان المزايا المغطاة.

يُطلق على قرار بيان المزايا المغطاة الأولي بشأن العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare اسم "البت في موقف دواء من التغطية".

- يمكنك مطالبتنا بالدفع مقابل عقار دوائي اشتريته بالفعل. ويُعد ذلك مطالبة باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن الدفع. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه، فيمكنك الطعن فيه. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات بيان المزايا المغطاة وكيفية تقديم طعن. استخدم الجدول الوارد أدناه لمساعدتك.

أي من هذه الحالات يمثل حالتك؟

تحتاج إلى عقار دوائي غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، أو تحتاج منا إلى استثناء قاعدة أو قيد مطبق على أحد الأدوية التي نغطيها.	تريد منا تغطية عقار دوائي مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، وتعتقد أنك تستوفي قواعد الخطة أو قيودها (مثل الحصول على موافقة مسبقة) الخاصة بالعقار الدوائي الذي تحتاج إليه.	تريد أن تطلب منا رد تكلفة عقار دوائي حصلت عليه ودفعت مقابلته بالفعل.	أخبرناك بأننا لن نغطي عقارًا دوائيًا أو ندفع تكلفته بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا نوع من أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة).	يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة.	يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. (هذا نوع من أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة).	يمكنك تقديم طعن. (يعني ذلك أنك تطلب منا إعادة النظر).
ابدأ بالقسم G2، ثم راجع القسمين G3 و G4.	راجع القسم G4.	راجع القسم G4.	راجع القسم G5.

G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare

إذا لم تكن نغطي عقارًا دوائيًا بالطريقة التي تريدها، فيمكنك مطالبتنا بإجراء "استثناء". وإذا رفضنا طلبك بإجراء استثناء، فيمكنك الطعن في قرارنا.

عندما تطلب إجراء استثناء، سيتعين على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر شرح الأسباب الطبية لحاجتك إلى الاستثناء.

يُطلق أحيانًا على طلب تغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو إزالة قيد مفروض على عقار دوائي طلب "استثناء كتيب الوصفات".

يُطلق أحيانًا على المطالبة بدفع سعر أقل مقابل عقار دوائي غير مفضل خاضع للتغطية طلب "التجزئة الفنية للاستثناء".



فيما يلي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أن تطلب منا إجرائها أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر:

1. تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا

- إذا وافقنا على إجراء استثناء وتغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فستدفع حصة المشاركة في الدفع التي تنطبق على الأدوية في الفئة 4: فئة الأدوية غير المفضلة.
- لا يمكنك الحصول على استثناء لمبلغ حصة المشاركة في الدفع المطلوب مقابل العقار الدوائي.

2. إزالة قيد مفروض على دواء خاضع للتغطية

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا (راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية الخاصة ببعض العقاقير الدوائية ما يأتي:
 - أن تكون ملزمًا باستخدام الدواء المماثل لأحد الأدوية بدلاً من الدواء ذي العلامة التجارية.
 - الحصول على موافقتنا السابقة قبل أن نوافق على تغطية العقار الدوائي لك. ويُطلق على هذا أحيانًا اسم "التصريح المسبق (Prior Authorization, PA)".
 - أن تكون ملزمًا بتجربة عقار دوائي آخر أولاً قبل أن نوافق على تغطية العقار الدوائي الذي تطلبه. ويُطلق على هذا أحيانًا اسم "العلاج المرحلي".
 - حدود الكمية: بالنسبة إلى بعض العقاقير الدوائية، ثمة قيود على كمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها.
- إذا وافقنا على منحك استثناءً وتعليق أحد القيود، فيمكنك طلب استثناء من حصة المشاركة في الدفع الذي يتعين عليك دفعها.

3. تغيير تغطية عقار دوائي إلى فئة أقل من فئات المشاركة في تحمل التكاليف. يندرج كل عقار دوائي موجود في قائمة الأدوية الخاصة بنا في فئة من فئات المشاركة في تحمل التكاليف الخمس. بشكل عام، كلما انخفض رقم فئة المشاركة في تحمل التكاليف، كلما قل مبلغ حصة المشاركة في الدفع المطلوب.

- تتضمن قائمة الأدوية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة".
- إذا كان العقار الدوائي البديل لحالتك الطبية يقع ضمن فئة مشاركة أقل في تحمل التكاليف من العقار الدوائي الذي تتناوله، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف للبديل. وهذا من شأنه أن يقلل مبلغ حصة المشاركة في الدفع الخاص بك مقابل العقار الدوائي.
 - إذا كان العقار الدوائي الذي تتناوله منتجًا بيولوجيًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف لأقل فئة من بدائل المنتجات البيولوجية لحالتك.
 - إذا كان العقار الدوائي الذي تتناوله دواءً ذا علامة تجارية، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف لأقل فئة من بدائل العلامات التجارية لحالتك.
 - إذا كان العقار الدوائي الذي تتناوله دواءً مماثلًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف لأقل فئة من بدائل العلامة التجارية أو البدائل المماثلة لحالتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



- لا يمكنك مطالبتنا بتغيير فئة المشاركة في تحمل التكاليف لأي عقار دوائي في الفئة 5: أدوية الفئة المتخصصة.
- إذا وافقنا على طلب التجزئة الفئوية للاستثناء الخاص بك وكانت هناك أكثر من فئة واحدة أقل للمشاركة في تحمل التكاليف مع عقاقير دوائية بديلة لا يمكنك تناولها، فعادةً ما تدفع أقل مبلغ.

G3. أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب استثناء

يجب على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر إبلاغنا بالأسباب الطبية

يجب على طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر أن يقدم إلينا بيانًا يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء. للحصول على قرار أسرع، قم بإدراج هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر عند طلب الاستثناء.

تتضمن قائمة الأدوية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة". إذا كان الدواء البديل بنفس فعالية العقار الدوائي الذي تطلبه ولا يسبب مزيدًا من الآثار الجانبية أو المشكلات الصحية الأخرى، فإننا عادةً لا نعتد طلب الاستثناء الخاص بك. إذا طلبت منا التجزئة الفئوية للاستثناء، فإننا عادةً لا نعتد طلب الاستثناء الخاص بك إلا إذا كانت جميع العقاقير الدوائية البديلة في الفئة (الفئات) الأقل للمشاركة في تحمل التكاليف لن تناسبك أو من المحتمل أن تسبب تفاعلًا سلبيًا أو ضررًا آخر.

يمكننا الموافقة على طلبك أو رفضه.

- إذا وافقنا على طلب الاستثناء الخاص بك، فإن الاستثناء عادةً ما يستمر حتى نهاية العام التقويمي. يسري ذلك طالما استمر طبيبك في وصف العقار الدوائي لك وظل هذا العقار الدوائي آمنًا وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا رفضنا طلب الاستثناء الخاص بك، فيمكنك تقديم طعن. راجع القسم G5 للحصول على معلومات حول تقديم طعن إذا رفضنا.

يوضح القسم التالي كيفية طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء.

G4. طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء

- اطلب نوع قرار بيان المزايا المغطاة الذي تريده عن طريق الاتصال برقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 أو إرسال خطاب إلينا أو مراسلتنا عبر الفاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو أي مقدم وصفات طبية آخر) القيام بذلك. يرجى إدراج اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بالمطالبة.
- يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة بنفسك أو عن طريق الطبيب المتابع لحالتك (أو مقدم وصفات طبية آخر) أو شخص آخر يتصرف نيابةً عنك. يمكنك أيضًا تكليف محام للتصرف نيابةً عنك.
- راجع القسم E3 لمعرفة كيفية تعيين شخص ما كممثل لك.
- لست بحاجة إلى إعطاء طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر إذنًا كتابيًا لمطالبتنا باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة نيابةً عنك.
- إذا كنت تريد مطالبتنا برد ما دفعته مقابل عقار دوائي، فراجع الفصل 7 من كُتِيب الأعضاء.
- إذا طلبت استثناء، فقدم إلينا "بيانًا داعمًا". يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية التي ذكرها طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر لطلب الاستثناء.
- يمكن لطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر إرسال البيان الداعم إلينا عبر الفاكس أو البريد. ويمكنه أيضًا إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد.



- يمكنك تقديم طلبات البت في موقف دواء من التغطية إلكترونياً من خلال بوابة الأعضاء الآمنة على:
https://www.blueshieldca.com/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content_en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions

○ تحديد نماذج الأعضاء

○ بدء طلب البت في موقف دواء من التغطية عبر الإنترنت

○ يمكنك بدء عملية الحصول على تصريح مسبق أو استثناء.

إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب منا "قرار بيان المزايا المغطاة السريع".

نلتزم "بالمواعيد النهائية العادية" ما لم نوافق على الالتزام "بالمواعيد النهائية السريعة".

• يعني قرار بيان المزايا المغطاة العادي أننا سنوافيك برد في غضون 72 ساعة بعد تلقي بيان طبيبك.

• يعني قرار بيان المزايا المغطاة السريع أننا سنوافيك برد في غضون 24 ساعة بعد تلقي بيان طبيبك.

يُطلق على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" اسم "البت العاجل في موقف دواء من التغطية".

يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع في الحالات الآتية:

- إذا كان من أجل عقار دوائي لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع إذا كنت تطلب منار د ثمن عقار دوائي اشتريته بالفعل.
- إذا كانت حالتك الصحية أو قدرتك الوظيفية ستتضرر بشكل بالغ إذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية.
- إذا أخبرنا طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر بأن حالتك الصحية تتطلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فسنراجع طلبك بموجب الجدول الزمني لقرار بيان المزايا المغطاة السريع. سنرسل لك خطاباً بهذه المعلومات.
- إذا طلبت قرار بيان المزايا المغطاة السريع من دون دعم من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر، فسيُرجع إلينا القرار بشأن ما إذا كنت ستحصل على قرار بيان المزايا المغطاة السريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تلبي متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
- نرسل إليك خطاباً يخبرك بأننا سنستخدم الموعد النهائي العادي. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن بشأن قرارنا.
- يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على رد في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم K.



المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة السريع

- إذا اتبعتنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نوافيك بالرد خلال 24 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناءً، فسوف نوافيك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسوف نوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعته IRO. راجع القسم G6 لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2.
- إذا وافقنا على طلبك كلياً أو جزئياً، فسندعم إليك التغطية في غضون 24 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك.
- إذا رفضنا طلبك كلياً أو جزئياً، فسنرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه

- إذا اتبعتنا المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناءً، فسوف نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسوف نوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعته IRO.
- إذا وافقنا على طلبك كلياً أو جزئياً، فسندعم إليك التغطية في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك للحصول على استثناء.
- إذا رفضنا طلبك كلياً أو جزئياً، فسنرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي اشتريته بالفعل

- يتوجب علينا الرد عليك في غضون 14 يومًا بعد تلقينا الطلب المقدم منك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعته IRO.
- إذا وافقنا على طلبك كلياً أو جزئياً، فسندد عليك ما دفعته خلال 14 يومًا تقويمياً ميلادياً.
- إذا رفضنا طلبك كلياً أو جزئياً، فسنرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن.

G5. تقديم طعن من المستوى 1

يُطلق على الطعن المقدم إلى خطتنا بشأن قرار بيان المزايا المغطاة للعقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare اسم "إعادة البت" في الخطبة.

- ابدأ الطعن العادي أو السريع عن طريق الاتصال على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711) أو مراسلتنا أو إرسال فاكس لنا. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو أي مقدم وصفات طبية آخر) القيام بذلك. يرجى إدراج اسمك ومعلومات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بالطعن الذي تقدمه.
- يجب عليك طلب الطعن خلال 65 يومًا تقويمياً ميلادياً من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإخبارك بقرارنا.



- إذا لم تتمكن من الالتزام بالموعد النهائي ولديك سبب وجيه لذلك، فقد نمحك وقتًا إضافيًا لتقديم الطعن. من أمثلة الأسباب الوجهية إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك حول الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عند تقديم الطعن.
- يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. ويمكنك أيضًا أنت وطبيبك تقديم معلومات إضافية لدعم طعنك.

اطلب إجراء "طعن سريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

يُطلق على الطعن السريع أيضًا اسم "إعادة البت العاجل".

- إذا قمت بالطعن في قرار اتخذناه بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه، فستقرر أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع.
- متطلبات الطعن السريع هي نفسها متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع. راجع **القسم G4** لمزيد من المعلومات.
- ننظر في طعنك ونوافيك بالرد.

- نراجع طعنك ونلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطعنك للتغطية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا القواعد عندما رفضنا طلبك.
- قد نتصل بك أو بطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 1

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نوافيك بالرد خلال **72 ساعة** من تلقي طعنك.
 - وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
 - إذا لم نوافيك بالرد في غضون **72 ساعة**، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع **القسم G6** للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.
- إذا وافقنا على طلبك كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا عليها في غضون **72 ساعة** من حصولنا على طعنك.
- إذا رفضنا طلبك كليًا أو جزئيًا، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.

المواعيد النهائية للطعن العادي من المستوى 1

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نوافيك بالرد في غضون **سبعة أيام تقويمية** ميلادية من تلقينا طعنك بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه.
- سنمنحك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على العقار الدوائي وكانت حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا كنت تعتقد أن حالتك الصحية تتطلب ذلك، فاطلب إجراء طعن سريع.



إذا لم نتخذ قرارًا بشأن طلبك خلال سبعة أيام تقويمية، فيتعين علينا إحالة طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

إذا وافقتنا على طلبك كليًا أو جزئيًا:

- يجب علينا تقديم التغطية التي وافقتنا عليها في أقرب وقت تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في فترة لا تتعدى سبعة أيام تقويمية بعد تلقي طعنك.
- يجب علينا أن نرسل إليك دفعة مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا بعد تلقي طعنك.

إذا رفضنا طلبك كليًا أو جزئيًا:

- فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.
- يجب علينا الرد عليك بشأن ردنا لك المبلغ الذي دفعته مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 14 يومًا تقويميًا ميلاديًا بعد تلقي طعنك.
- إذا لم نمنحك قرارًا في غضون 14 يومًا تقويميًا ميلاديًا، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.
- إذا وافقتنا على طلبك كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا رد ما دفعته في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طلبك.
- إذا رفضنا طلبك كليًا أو جزئيًا، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.

G6. تقديم طعن من المستوى 2

إذا رفضنا طعنك من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم طعن آخر. إذا قررت تقديم طعن آخر، فستتبع عملية الطعون من المستوى 2. تراجع IRO قرارنا برفض طعنك الأول. وتقرر هذه المنظمة ما إذا كان ينبغي لنا تغيير قرارنا.

الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (Independent Review Organization, IRO) هو "جهة المراجعة المستقلة"، وأحيانًا يُطلق عليها اختصارًا "Independent Review Entity, IRE".

لتقديم طعن من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر التواصل مع IRO كتابيًا وطلب مراجعة حالتك.

- إذا رفضنا طعنك من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن تعليمات حول كيفية تقديم طعن من المستوى 2 إلى IRO. توضح التعليمات من يمكنه تقديم الطعن من المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها، وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عندما تقدم طعنًا إلى IRO، فإننا نرسل المعلومات التي لدينا حول طعنك إلى المنظمة. تسمى هذه المعلومات "ملف الحالة" الخاص بك. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب نسخة مجانية من ملف حالتك، اتصل برقم 1-888-466-2219.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم الطعن المقدم منك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

تراجع IRO طعنك من المستوى 2 بشأن القسم D في برنامج Medicare وتوافقك بالرد كتابيًا. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات حول IRO.

المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 2

اطلب إجراء طعن سريع من IRO إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا وافقت على الطعن السريع، فيجب أن توافقك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي طلب الطعن الخاص بك.
- إذا وافقت على طلبك كليًا أو جزئيًا، فيجب علينا تقديم تغطية العقاقير الدوائية المعتمدة خلال 24 ساعة من الحصول على قرار IRO.

المواعيد النهائية للطعن العادي من المستوى 2

إذا كان لديك طعن عادي من المستوى 2، فيجب أن توافقك IRO بالرد:

- في غضون سبعة أيام تقويمية ميلادية بعد تلقيها طعنك بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه.
 - في غضون 14 يومًا تقويمياً ميلادياً بعد تلقي طعنك بشأن طلب استرداد ثمن عقار دوائي اشتريته.
- إذا وافقت IRO على طلبك كليًا أو جزئيًا:
- يجب علينا تقديم تغطية العقاقير الدوائية المعتمدة خلال 72 ساعة من حصولنا على قرار IRO.
 - يجب علينا أن نرد إليك ما دفعته مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 30 يومًا تقويمياً ميلادياً بعد حصولنا على قرار IRO.
 - إذا رفضت IRO طعنك، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم اعتماد طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".
- إذا رفضت IRO طعنك من المستوى 2، فيحق لك تقديم طعن من المستوى 3 إذا كانت القيمة المالية بالدولار لتغطية العقاقير الدوائية التي تطلبها تستوفي الحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت القيمة المالية بالدولار لتغطية العقاقير الدوائية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. وفي هذه الحالة، يكون قرار الطعن من المستوى 2 نهائيًا. ترسل إليك IRO خطابًا يبلغك بالحد الأدنى للقيمة المالية بالدولار اللازم لمواصلة الطعن من المستوى 3.
- إذا كانت القيمة المالية بالدولار لطلبك تفي بالمتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الطعن أم لا.
- ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعن بعد المستوى 2.
 - إذا رفضت IRO طعنك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الطعن:
 - فإنه يرجع إليك القرار فيما إذا كنت تريد تقديم طعن من المستوى 3.
 - راجع الخطاب الذي أرسلته إليك IRO بعد طعنك من المستوى 2 للحصول على تفاصيل حول كيفية تقديم طعن من المستوى 3.
- يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري (ALJ) أو محامٍ محكم مع الطعن من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعن من المستوى 3 و 4 و 5.



H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى

عند دخولك إلى أحد المستشفيات، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى الخاضعة لتغطيتنا واللازمة لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. لمزيد من المعلومات حول تغطية المستشفيات التابعة لخطتنا، راجع **الفصل 4** من كُتِيب الأعضاء هذا.

أثناء إقامتك الخاضعة للتغطية في المستشفى، يتعاون طبيبك والعاملون في المستشفى معك للتحضير لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. ويساعدون أيضًا على ترتيب إجراءات الرعاية التي قد تحتاج إليها بعد المغادرة.

- يُطلق على اليوم الذي ستغادر فيه المستشفى اسم "ميعاد الخروج من المستشفى".

- سيخبرك طبيبك أو العاملون في المستشفى بميعاد خروجك من المستشفى.

إذا كنت تعتقد أنه قد طُلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر جدًا أو كنت قلقًا بشأن رعايتك بعد مغادرة المستشفى، فيمكنك طلب الإقامة لفترة أطول في المستشفى. يوضح هذا القسم كيفية طلب ذلك.

بغض النظر عن الطعون التي تمت مناقشتها في هذا **القسم H**، يمكنك أيضًا تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

H1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare

في غضون يومين من دخولك إلى المستشفى، سيقدم لك أحد الأشخاص في المستشفى، مثل الممرض أو مسؤول الحالة، إشعارًا كتابيًا بعنوان "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك". يحصل كل شخص لديه برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار عند دخوله إلى المستشفى.

إذا لم تحصل على الإشعار، فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة. يمكنك أيضًا الاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يوميًا، طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048.

- **اقرأ الإشعار بعناية**، واطرح ما لديك من أسئلة إذا لم تفهمه. يبلغك الإشعار بحقوقك كمريض في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:

- الحصول على الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. ويحق لك معرفة طبيعة هذه الخدمات، ومن سيدفع تكلفتها، وأين يمكنك الحصول عليها.

- المشاركة في أي قرارات بشأن مدة إقامتك في المستشفى.

- معرفة الجهة التي يمكنك إبلاغها بأي استفسارات لديك بشأن جودة الرعاية المقدمة إليك في المستشفى.

- تقديم طعن إذا كنت تعتقد أنه سيتم إخراجك من المستشفى في وقت مبكر جدًا.

- **قم بالتوقيع على الإشعار لإثبات استلامك له وفهمك لحقوقك.**

- يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإشعار.



○ إن توقيع الإشعار يوضح فقط أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك. إن التوقيع لا يعني أنك توافق على ميعاد الخروج من المستشفى الذي ربما أخبرك به طبيبك أو العاملون في المستشفى.

● **احتفظ بنسخة** من الإشعار الذي وقعت عليه حتى تكون لديك المعلومات إذا احتجت إليها.

إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من اليوم الذي تغادر فيه المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.

يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مسبقاً إذا:

- اتصلت بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصل ببرنامج Medicare على رقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

H2. تقديم طعن من المستوى 1

لمطالبتنا بتغطية خدمات المستشفى لتلقي العلاج داخل المستشفى لفترة أطول، قدم طعنًا. تراجع منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO) الطعن من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسبًا من الناحية الطبية.

إن QIO هي مجموعة من الأطباء وأخصائيو الرعاية الصحية الآخرين الذين يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. يفحص هؤلاء الخبراء جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة على تحسينها. وهم لا يشكلون جزءًا من خطتنا.

في كاليفورنيا، منظمة تحسين الجودة (QIO) هي Commence Health. اتصل بهم على (877) 588-1123. [TTY: (855) 887-6668]. معلومات الاتصال موجودة أيضًا في الإشعار، "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك"، وفي الفصل 2.

تواصل مع QIO قبل مغادرة المستشفى وفي موعد لا يتجاوز الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى.

- إذا اتصلت قبل المغادرة، فيمكنك البقاء في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك من دون دفع التكاليف أثناء انتظار قرار QIO بشأن طعنك.
- إذا لم تتصل لتقديم الطعن، وقررت مواصلة الإقامة في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منها، فقد يتعين عليك دفع كل تكاليف الرعاية المقدمة إليك في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منها.
- نظرًا إلى أن الإقامة في المستشفى خاضعة للتغطية من خلال كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، فإنه إذا لم تنتظر منظمة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة الإقامة في المستشفى، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، وينطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها. إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا احتجت إلى مساعدة في أي وقت:

- اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على رقم 1-800-434-0222.
- **اطلب إجراء مراجعة سريعة.** تصرف بسرعة وتواصل مع QIO لطلب إجراء مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني "للمراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية" أو "المراجعة العاجلة".

ما يحدث أثناء المراجعة السريعة

- يوجه المراجعون في QIO لك أو من ينوب عنك استفسارات عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر بعد الميعاد المقرر بخروجك من المستشفى. لست ملزمًا بكتابة بيان، لكن يمكنك ذلك.
- يطلع المراجعون على معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها إليهم المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لقيام المراجعين بإبلاغ خطتنا بشأن طعنك، سنتلقى خطابًا يتضمن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى. ويوضح الخطاب أيضًا الأسباب التي تجعلنا نحن وطبيبك والمستشفى نعتقد أن هذا هو الميعاد الصحيح والمناسب طبيًا لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني لهذا التفسير الكتابي هو "الإشعار التفصيلي للخروج من المستشفى". يمكنك الحصول على نموذج عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048). يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im.

توافقك QIO بردها على طعنك في غضون يوم كامل من الحصول على جميع المعلومات التي تحتاج إليها.

في حال كان رد QIO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها تعتقد أن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسب طبيًا.
- ستنتهي تغطيتنا لخدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاصة بك ظهرًا في اليوم التالي لقيام QIO بالرد على طعنك.
- قد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظهر اليوم التالي لقيام QIO بالرد على طعنك.
- يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 إذا رفضت QIO طعنك من المستوى 1 وكنت قد واصلت إقامتك في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منه.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

H3. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1. اتصل بها على رقم [TTY: 1-855-887-6668] 1-877-588-1123.

يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويمًا ميلاديًا بعد اليوم الذي رفضت فيه QIO طعنك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.

سيقوم مراجعو QIO بالآتي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن الذي قدمته.
- إخبارك بقرارهم بشأن الطعن المقدم منك من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويمًا ميلاديًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

في حال كان رد QIO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- يجب علينا أن نرد إليك حصنتنا من تكاليف الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض QIO طعنك من المستوى 1.

- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1 ولن تغيره.
 - سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
 - يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة DMHC أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.
- يتعامل قاض متخصص في القانون الإداري (ALJ) أو محام محكم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

1. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية التمريضية المتخصصة في مركز خدمات ترميز مهني، و
- رعاية إعادة التأهيل بوصفك أحد مرضى العيادات الخارجية في مركز CORF المعتمد من برنامج Medicare. يعني هذا عادةً أنك تتلقى علاجًا لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.



بالنسبة إلى أي نوع من أنواع الرعاية الثلاثة هذه، يحق لك الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية طالما قرر الطبيب أنك في حاجة إليها.

عندما نقرر وقف تغطية أي من هذه الخدمات، يجب علينا أن نخبرك بذلك قبل انتهاء الخدمات. عندما تنتهي تغطيتك لهذه الخدمة، نتوقف عن دفع تكلفتها.

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك الطعن على قرارنا. يوضح هذا القسم كيفية طلب الطعن.

11. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا سننلقاه قبل يومين على الأقل من توقفنا عن دفع تكاليف رعايتك. ويسمى ذلك "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare". يوضح الإشعار التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية الطعن على قرارنا.

يجب عليك أنت أو من يمثلك التوقيع على الإشعار لإثبات استلامك إياه. يثبت توقيع الإشعار حصولك على المعلومات فقط. إن التوقيع لا يعني موافقتك على قرارنا.

12. تقديم طعن من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك الطعن على قرارنا. يوضح هذا القسم عملية الطعن من المستوى 1 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. لذلك احرص على فهم المواعيد النهائية التي تنطبق على الإجراءات التي يتعين عليك اتخاذها والالتزام بها. يجب أن تلتزم خططنا بالمواعيد النهائية أيضًا. إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K لمزيد من المعلومات حول الشكاوى.

- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا احتجت إلى مساعدة في أي وقت:

○ اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

○ تواصل مع HICAP على رقم 1-800-434-0222.

- **اتصل بمنظمة تحسين الجودة (QIO).**

○ راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول QIO وكيفية الاتصال بها.

○ اطلب منهم مراجعة طعنك وتحديد ما إذا كان سيتم تغيير قرار خططنا أم لا.

- **تصرف بسرعة واطلب إجراء "طعن سريع".** اسأل QIO عما إذا كان من الملأن من الناحية الطبية أن نقوم بإنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي الخاص بك للاتصال بهذه المنظمة

- يجب عليك التواصل مع QIO لبدء طعنك بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ سريان "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare" الذي أرسلناه إليك.

- إذا لم تنتظر منظمة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، أو ينطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو **"إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare"**. للحصول على نسخة من النموذج، اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل ببرنامج Medicare على رقم 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE). يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048. أو احصل على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BN/FFS-Expedited-Determination-Notices.

ما يحدث أثناء الطعن السريع

- يوجه المراجعون في QIO لك أو من ينوب عنك استفسارات عن سبب اعتقادك أن التغطية يجب أن تستمر. لست ملزمًا بكتابة بيان، لكن يمكنك ذلك.
- يطلع المراجعون على معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها إليهم خطتنا.
- ترسل إليك خطتنا أيضًا إشعارًا كتابيًا يشرح أسباب إنهاءنا تغطية خدماتك. يصلك الإشعار بحلول نهاية اليوم الذي يبلغنا فيه المراجعون بطعنك.

المصطلح القانوني لتفسير الإشعار هو **"الشرح التفصيلي لعدم التغطية"**.

- يقدم المراجعون قرارهم خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.

في حال كان رد QIO هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:

- سنقدم لك الخدمات الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به:

- تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
- ستدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت الاستمرار في تلقي الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات CORF بعد تاريخ انتهاء تغطيتك.
- يرجع إليك القرار فيما إذا كنت تريد الاستمرار في تلقي هذه الخدمات وتقديم طعن من المستوى 2.

13. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى

1. اتصل بهم على (877) 588-1123 [TTY: (855) 887-6668].



يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويمًا ميلاديًا بعد اليوم الذي رفضت فيه QIO طعنك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا إذا واصلت تلقي الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.

سيقوم مراجعو QIO بالآتي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن الذي قدمته.
- إخبارك بقرارهم بشأن الطعن المقدم منك من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويمًا ميلاديًا من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

في حال كان رد QIO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- سندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء التغطية.
- سنقدم التغطية للرعاية طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن تغيره.
- سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
- يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.
- يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري (ALJ) أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

J. تصعيد طعنك إلى ما بعد المستوى 2

J1. الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare

إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2 بشأن خدمات أو عناصر مقدمة من برنامج Medicare وتم رفض كليهما، فقد يحق لك الانتقال إلى مستويات أخرى من الطعون.

إذا كانت القيمة المالية بالدولار للخدمة أو العنصر المقدم من برنامج Medicare الذي قدمت طعنًا بشأنه لا تطابق حدًا أدنى معينًا بالدولار، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. إذا كانت القيمة المالية بالدولار مرتفعة بقدر كافٍ، فيمكنك مواصلة عملية الطعون. يوضح الخطاب الذي تتلقاه من IRO بشأن الطعن من المستوى 2 الجهة التي يتعين عليك الاتصال بها والإجراءات التي يجب اتخاذها لطلب طعن من المستوى 3.

الطعن من المستوى 3

إن عملية تقديم طعون من المستوى 3 هي جلسة استماع يرأسها ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامٍ محكّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

في حال كان قرار ALJ أو المحامي المحكم هو قبول الطعن المقدم منك، يحق لنا الطعن على قرار من المستوى 3 في صالحك.

- إذا قررنا الطعن على القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الطعن من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة. قد ننتظر قرار الطعن من المستوى 4 قبل التصريح بالخدمة محل النزاع أو تقديمها.
- إذا قررنا عدم الطعن على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا تقويميًا ميلاديًا من الحصول على قرار ALJ أو المحامي المحكم.
 - في حال كان رد ALJ أو المحامي المحكم هو رفض الطعن المقدم منك، قد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقديم طعن من المستوى 4.

الطعن من المستوى 4

يراجع مجلس الطعون في Medicare (المجلس) الطعن الذي تقدمت به ويوافقك بالرد. ويُعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد المجلس هو قبول الطعن من المستوى 4 الذي تقدمت به أو رفض طلبنا بمراجعة قرار الطعن من المستوى 3 الذي في صالحك، يحق لنا الانتقال إلى الطعن من المستوى 5.

- إذا قررنا الطعن على القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا.
 - إذا قررنا عدم الطعن على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا تقويميًا ميلاديًا من الحصول على قرار المجلس.
- في حال كان رد المجلس هو رفض الطعن أو رفض طلبنا بالمراجعة، قد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
 - إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الطعن من المستوى 5 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

الطعن من المستوى 5

- سيراجع أحد قضاة محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات ويقرر قبوله أو رفضه. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعون أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية

تتمتع أيضًا بحقوق طعن أخرى إذا كان طعنك يتعلق بالخدمات أو العناصر التي يغطيها برنامج Medi-Cal عادةً. سيحيطك الخطاب الذي سنتلقاه من قسم جلسات الاستماع بالولاية علمًا بالإجراءات التي يجب اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون.

إذا لم توافق على قرار جلسة الاستماع بالولاية وتريد تحديد قاضٍ آخر لمراجعة القرار، فيجوز لك طلب إعادة جلسة الاستماع و/أو طلب مراجعة قضائية. لطلب إعادة جلسة الاستماع، أرسل طلبًا كتابيًا (خطابًا) بالبريد إلى: يجب إرسال هذا الخطاب إلى



يمكن تمديد هذا الموعد النهائي إلى 180 يومًا إذا كان لديك سبب وجيه للتأخر. وفي طلب إعادة جلسة الاستماع، اذكر تاريخ استلامك للقرار وسبب اعتقادك بوجود منع جلسة إعادة الاستماع. إذا كنت تريد تقديم أدلة إضافية، فوضّح تلك الأدلة الإضافية وشرح أسباب عدم تقديمها من قبل ومدى إمكانية تغييرها للقرار. يمكنك الاتصال بالخدمات القانونية للحصول على المساعدة. وطلب المراجعة القضائية، يجب عليك تقديم التماس إلى المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية، المادة 1094.5) في غضون سنة واحدة من تاريخ استلامك للقرار. قدّم الالتماس للمحكمة العليا بالمقاطعة المذكورة في القرار. ويمكنك تقديم هذا الالتماس دون طلب إعادة جلسة استماع. ولا يتم فرض رسوم على تقديم الالتماس. قد يحق لك الحصول على تعويض مناسب لأتعاب المحاماة والتكاليف المحتملة إذا أصدرت المحكمة قرارها النهائي لصالحك. إذا عُقدت جلسة إعادة الاستماع ولم تكن موافقًا على القرار الصادر عنها، فيجوز لك طلب المراجعة القضائية، ولكن لا يمكنك طلب جلسة إعادة استماع أخرى.

J3. مستويات الطعون 3 و 4 و 5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2، وتم رفض كليهما.

إذا كانت قيمة العقار الدوائي الذي قدمت طعنًا بشأنه تطابق مبلغًا معينًا بالدولار، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الطعون. يوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على الطعن من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها والإجراءات التي يجب اتخاذها لطلب طعن من المستوى 3.

الطعن من المستوى 3

إن عملية تقديم طعون من المستوى 3 هي جلسة استماع يرأسها ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامٍ محكّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد ALJ أو المحامي المحكّم هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- ستنتهي عملية الطعون.
- يجب علينا التصريح بتغطية العقاقير الدوائية المعتمدة أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا من إخطارنا بالقرار.
- في حال كان رد ALJ أو المحامي المحكّم هو رفض الطعن المقدم منك، قد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقديم طعن من المستوى 4.

الطعن من المستوى 4

يراجع المجلس الطعن المقدم منك ويوافقك بالرد. ويُعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد المجلس هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- ستنتهي عملية الطعون.

- يجب علينا التصريح بتغطية العقاقير الدوائية المعتمدة أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا من إخطارنا بالقرار.

في حال كان رد المجلس هو رفض الطعن المقدم منك أو رفض المجلس طلب المراجعة، قد لا تنتهي عملية الطعون.

- إذا قررت قبول القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الطعن من المستوى 5 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

الطعن من المستوى 5

- سيراجع أحد قضاة محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات ويقرر قبوله أو رفضه. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعون أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

K. كيفية تقديم شكوى

K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها

لا تُستخدم عملية تقديم الشكاوى إلا مع أنواع معينة من المشكلات، مثل المشكلات التي تتعلق بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. ترد أدناه أمثلة على أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكاوى.

الشكاوى	مثال
جودة الرعاية الطبية التي تتلقاها	• لست راضيًا عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• تعتقد أن شخصًا ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو أنه كشف معلومات سرية خاصة بك.
عدم الاحترام أو مستوى الجودة الضعيف في خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	• تعامل معك أحد موفري الرعاية الصحية أو الموظفين بطريقة غير مهذبة أو غير محترمة. • تعامل معك موظفونا بطريقة سيئة. • تعتقد أنه يتم إجبارك على الخروج من خطتنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الشكوى	مثال
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	- لا يمكنك الوصول فعليًا إلى خدمات الرعاية الصحية والمرافق المتاحة في عيادة الطبيب أو موفر الرعاية. - لا يوفر طبيبك أو موفر الرعاية الخاص بك مترجمًا فوريًا للغتك غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). - لا يقدم لك موفر الرعاية الخاص بك وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	- تواجه مشكلة في تحديد موعد أو تنتظر وقتًا أطول من اللازم لتحديد. - يتركك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية أو موظفو خدمة العملاء أو غيرهم من موظفي الخطّة منتظرًا لفترة أطول من اللازم.
مستوى النظافة	تعتقد أن بيئة العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب غير نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها من قبلنا	- تعتقد أننا فشلنا في إرسال أحد الإشعارات أو الخطابات التي يجب أن تتسلمها. - تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك من الصعب جدًا فهمها.
الالتزام بالمواعيد فيما يتعلق بقرارات بيان المزايا المغطاة أو الطعون	- تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الرد على طعن تقدمت به. - تعتقد أننا، بعد حصولك على قرار بيان المزايا المغطاة أو قرار متعلق بالطعن لصالحك، لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد الخدمة أو توفيرها لك أو رد المبلغ الذي تستحقه نظير خدمات طبية معينة. - لا نعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى IRO في الوقت المناسب.

ثمة أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. تُقدّم الشكاوى الداخلية إلى خطتنا وتتم مراجعتها من قبلها. بينما تُقدّم الشكاوى الخارجية إلى منظمة غير تابعة لخطتنا وتتم مراجعتها من قبلها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال بخدمة العملاء على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

المصطلح القانوني "الشكوى" هو "النتظلم".

المصطلح القانوني "تقديم شكوى" هو "تقديم نظلم".

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمة العملاء على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 يمكنك تقديم الشكاوى في أي وقت ما لم يكن الأمر يتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare. إذا كانت الشكاوى تتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare، فيجب عليك تقديمها في غضون 60 يومًا تقويميًا ميلاديًا من مواجهة المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان الأمر يتطلب إجراء أي شيء آخر، فسيخبرك موظفو خدمة العملاء بذلك.
- كذلك، يمكنك كتابة الشكاوى وإرسالها إلينا. إذا أرسلت شكواك كتابيًا، فسنرد على شكواك كتابيًا.
- إليك كيف يسير الأمر:

○ الخطوة 1: تقديم تظلم

- لبدء العملية، اتصل بممثل خدمة العملاء في غضون 60 يومًا تقويميًا ميلاديًا من الحدث واطلب تقديم تظلم.
- يمكنك أيضًا تقديم تظلم كتابيًا في غضون 60 يومًا تقويميًا ميلاديًا من الحدث عن طريق إرساله إلى:

Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan
Appeals & Grievances Department
P.O. Box 927
Woodland Hills CA 91365-9856

○ الفاكس: 916-350-6510

- في حال التواصل معنا عن طريق الفاكس أو البريد، يرجى الاتصال بنا لطلب نموذج الطعون والتظلم الخاص بـ Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. سنرسل إليك خطابًا يُعلمك باستلامنا إشعار مشكلتك في غضون 5 أيام تقويمية ميلادية وسنمنحك اسم الشخص الذي يعمل على حلها. سنحل المشكلة عادةً خلال 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا.

- إذا كنت تطلب "تظلمًا عاجلاً" أو "قرارًا عاجلاً" أو "طعنًا عاجلاً"، فيمكنك تقديم طلب الطعن/الشكاوى كتابةً إلى العنوان المذكور في الخطوة 1 أعلاه، أو الاتصال بخدمة العملاء على رقم (TTY: 711) 1-800-452-4413. بخصوص "تظلم عاجل" أو "قرار سريع" أو "طعن سريع"، يجب أن نقدم لك ردنا خلال 72 ساعة من استلام طلب الطعن/التظلم منك كتابةً أو عبر الاتصال بنا. وسنوافيك بالرد في وقت أقصر إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك. إذا طلبت "تظلمًا عاجلاً" لأننا قررنا عدم منحك "قرارًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا"، فسنرسل طلبك إلى مدير شؤون طبية لم يشارك في قرارنا الأصلي. قد نسألك عما إذا كانت لديك معلومات إضافية لم تكن متوفرة في الوقت الذي طلبت فيه "قرارًا أوليًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا". سيراجع مدير الشؤون الطبية طلبك ويحدد ما إذا كان قرارنا الأصلي مناسبًا. وسنرسل إليك خطابًا يتضمن قرارنا خلال 24 ساعة من طلبك "تظلمًا عاجلاً". يجب علينا النظر في تظلمك بالسرعة التي تتطلبها حالتك بناءً على حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا من تلقي شكواك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

• الخطوة 2: جلسة استماع التظلم

- إذا لم تكن راضيًا عن القرار المتخذ بشأن تظلمك المتعلق بمشكلة جودة الرعاية، فيمكنك تقديم طلب كتابي إلى قسم الطعون والتظلمات لدى Blue Shield Medicare لعقد جلسة استماع للتظلم. سنشكل لجنة للاستماع إلى حالتك في غضون 31 يومًا تقويميًا ميلاديًا من تقديم طلبك الكتابي. وستتم دعوتك لحضور جلسة الاستماع التي تضم طبيبًا معالجًا غير مشارك وممثلًا عن قسم قرارات الطعون والتظلمات. يمكنك الحضور شخصيًا أو عن بُعد. بعد جلسة الاستماع، سنرسل إليك خطابًا بالقرار النهائي. إذا لم تكن راضيًا عن القرار المتخذ بشأن تظلمك الذي لا يتضمن جودة الرعاية، مثل أوقات الانتظار أو عدم الاحترام أو خدمة العملاء أو مستوى النظافة، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء Blue Shield Medicare + Medi-Cal لطلب إجراء مراجعة إضافية.

المصطلح القانوني "لشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".

سنرد عليك فورًا إن أمكن. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من الرد عليك في المكالمات الهاتفية نفسها. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنقوم بذلك.

- نرد على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا. إذا لم نتخذ قرارًا في غضون 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا لأننا بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنخطر بك بذلك كتابيًا. نقدم إليك أيضًا تحديث الحالة والوقت المقدّر لحصولك على الرد.
- إذا قدمت شكوى بسبب رفضنا طلبك بالحصول على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" أو "طعن سريع"، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكاوك في غضون 24 ساعة.
- إذا قدمت شكوى لأننا استغرقنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الطعن، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكاوك في غضون 24 ساعة.

إذا لم نوافق على جزء من شكاوك أو شكاوك كلها، فسنخبرك بذلك ونوافيك بالأسباب. وسنوافيك بالرد سواء بالموافقة على شكاوك أو عدم الموافقة عليها.

K3. الشكاوى الخارجية

برنامج Medicare

يمكنك إخطار برنامج Medicare بشكاوك أو إرسالها إليه. يتوفر نموذج شكاوى Medicare على الموقع الإلكتروني: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. لا يجب عليك تقديم شكوى إلى خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal قبل تقديم شكوى إلى برنامج Medicare.

يتعامل برنامج Medicare مع ما تقدمه من شكاوى باهتمام ويستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة خدمات برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أي تعليقات أو استفسارات أخرى، أو إذا كنت تشعر بأن الخطة الصحية لا توفر حلاً لمشكلتك، فيمكنك أيضًا الاتصال برقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.



برنامج Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (DHCS) عن طريق الاتصال برقم 1-888-452-8609. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال برقم 711. اتصل من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). إن DMHC هي المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. يمكنك الاتصال بمركز المساعدة في DMHC للحصول على مساعدة بخصوص شكواك فيما يتعلق بخدمات برنامج Medi-Cal. بالنسبة إلى المسائل غير العاجلة، يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC إذا كنت لا توافق على القرار المتخذ في الطعن من المستوى 1 أو إذا لم تحل الخطة شكواك بعد مرور 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا. ومع ذلك، يمكنك الاتصال بـ DMHC من دون تقديم طعن من المستوى 1 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بخصوص شكوى تتعلق بمشكلة عاجلة أو مشكلة تنطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، أو إذا كنت لا توافق على قرار خطتنا بشأن شكواك، أو إذا لم تحل خطتنا شكواك بعد 30 يومًا تقويميًا ميلاديًا.

إليك طريقتين للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل برقم 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TTY للهاتف المجاني 1-877-688-9891. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لإدارة الرعاية الصحية المُدارة (www.dmhc.ca.gov).

مكتب الحقوق المدنية (Office for Civil Rights, OCR)

يمكنك تقديم شكوى إلى OCR التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية (Department of Health and Human Services, HHS) إذا كنت تعتقد أنه لم يتم التعامل معك بصورة عادلة. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى بشأن عدم القدرة على الوصول إلى الخدمات بسبب إعاقة أو بشأن المساعدة اللغوية. رقم هاتف OCR هو 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-800-537-7697. لمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr

يمكنك أيضًا التواصل مع OCR المحلي على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مركز الاستجابة للعملاء: 1-800-368-1019
الفاكس: 202-619-3818
TTY: 1-800-537-7697
البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

قد تتوفر لك أيضًا حقوق بموجب قانون المعاقين الأمريكيين (Americans with Disability Act, ADA) وبموجب تعديلات القانون لعام 2008 (القانون العام، 110-325). يمكنك الاتصال ببرنامج Medi-Cal Ombuds للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-888-452-8609.



QIO

إذا كانت الشكوى التي تقدمها بخصوص جودة الرعاية، فسيكون أمامك خياران:

- يمكنك تقديم شكواك بشأن جودة الرعاية إلى QIO مباشرة.
 - يمكنك تقديم شكواك إلى QIO وإلى خطتنا. إذا قدمت شكوى إلى QIO، فسنعاون معها لحل شكواك.
- إن QIO هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية نظير قيامهم بفحص الرعاية المقدمة إلى المرضى المسجلين في برنامج Medicare وتحسينها. لمعرفة مزيد من المعلومات عن QIO، راجع القسم H2 أو الفصل 2 من كتيب الأعضاء.
- في كاليفورنيا، يُطلق على منظمة تحسين الجودة (QIO) اسم Commence Health. رقم هاتف Commence Health هو 1-877-588-1123 [TTY: 1-855-887-6668].



الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية المتاحة لك بعد إلغاء تسجيلك في خطتنا. إذا تركت خطتنا، فستظل مشتركاً في برنامجي Medicare و Medi-Cal طالما أنك مؤهل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.



جدول المحتويات

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا.....	251
B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا.....	252
C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل.....	252
C1. خدمات برنامج Medicare الخاصة بك.....	253
C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك.....	256
D. العناصر والخدمات الطبية والأدوية الخاصة بك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا.....	256
E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا.....	257
F. قواعد عدم مطالبتك بالغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة.....	258
G. حقك في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا.....	258
H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة.....	259



A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا إلى أنك مشترك في برنامج Medi-Cal، تتوفر لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- **فترة التسجيل المفتوحة**، والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage (MA)**، التي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس أيضًا للمستفيدين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في خطة، من شهر الاستحقاق للقسمين A و B حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك حالات أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، إذا:

- انتقلت إلى منطقة خارج نطاق منطقة خدمتنا،
- تغيرت أهلك للحصول على برنامج Medi-Cal أو برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، أو
- إذا انتقلت مؤخرًا إلى مركز خدمات ترميز أو مستشفى رعاية طويلة الأجل أو تتلقى حاليًا رعاية بها أو انتقلت للتو منها.

ستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك بمغادرة خطتنا. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير، فستنتهي التغطية التي تحصل عليها من خطتنا في 31 يناير. إذا اشتركت في خطة أخرى، ستبدأ التغطية الجديدة الممنوحة لك في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير في هذا المثال).

إذا غادرت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات برنامج Medicare في الجدول في القسم C1.
- خيارات برنامج Medi-Cal وخدماته في القسم C2.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن كيفية إنهاء عضويتك عن طريق التواصل مع:

- خدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. رقم مستخدمي TTY مدرج أيضًا.
- برنامج Medicare على رقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048.
- تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على رقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP. خيارات الرعاية الصحية على رقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 6 مساءً. ويجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-800-430-7077.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal على رقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م أو عبر البريد الإلكتروني MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة الأدوية (DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات حول برامج إدارة العقاقير الدوائية.

B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك القيام بذلك عن طريق الاشتراك في خطة أخرى لبرنامج Medicare أو التبديل إلى Original Medicare. ومع ذلك، إذا كنت تريد التبديل من خطتنا إلى Original Medicare ولكنك لم تحدد خطة منفصلة للعقاقير الدوائية في برنامج Medicare، يجب عليك أن تطلب إلغاء الاشتراك من خطتنا. ثمة طريقتان يمكنك من خلالهما طلب إلغاء الاشتراك:

- يمكنك تقديم طلب إلينا كتابيًا. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بذلك.
- أو اتصل ببرنامج Medicare على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY (الأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام) الاتصال برقم 1-877-486-2048. عندما تتصل برقم 1-800-MEDICARE، يمكنك أيضًا الاشتراك في خطة أخرى من برنامج Medicare للخدمات الصحية أو العقاقير الدوائية. ويتوفر مزيد من المعلومات عن الحصول على خدمات برنامج Medicare عند إلغاء الاشتراك في خطتنا في الجدول الموجود في الصفحة 295.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على رقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-800-430-7077.
- يتضمن القسم C أدناه الخطوات التي يمكنك اتخاذها للاشتراك في خطة مختلفة، ما سيؤدي أيضًا إلى إنهاء عضويتك في خطتنا.

C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل

تتوفر لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal إذا اخترت إلغاء التسجيل في خطتنا.

C1. خدمات برنامج Medicare الخاصة بك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare المدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة في **Medicare Advantage** أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم **A**. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

إليك كيفية إجراء ذلك: أو اتصل ببرنامج Medicare على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل برقم (7223) 1-855-921-PACE. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على رقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ أو الاشتراك في خطة Medi-Medi الجديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة برنامج Medicare لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. ستتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك لتتوافق مع خطة Medi-Medi التي أنت مسجل فيها.	1. يمكنك التغيير إلى: خطة Medicare Medi-Cal (خطة Medi-Medi) هي أحد أنواع خطط Medicare Advantage Plan. وهي مُخصَّصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal، ويجمعون بين مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تتسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات الخاضعة للتغطية التي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal أو خطة برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE)، إذا كنت مؤهلاً. ملاحظة: مصطلح Medi-Medi Plan هو اسم خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (Dual Eligible Special Needs Plans, D-SNP) في كاليفورنيا.
---	--



إليك كيفية إجراء ذلك: أو اتصل ببرنامج Medicare على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: • تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على رقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ أو الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة للعقاقير الدوائية. سيُبلغى اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك. ستظل مسجلًا في خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك ما لم تختار خطة مختلفة.	2. يمكنك التغيير إلى: Original Medicare مع خطة منفصلة للعقاقير الدوائية من برنامج Medicare، وخطة برنامج Medi-Cal.
---	--



3. يمكنك التغيير إلى:

Original Medicare من دون خطة منفصلة للعقاقير الدوائية في برنامج **Medicare** إذا كان لديك سبب وجيه لإلغاء التسجيل

ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى **Original Medicare** ولم تشترك في خطة أدوية منفصلة لبرنامج **Medicare**، فقد يقوم برنامج **Medicare** بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر برنامج **Medicare** بأنك لا تريد الانضمام إليها.

يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية إلا إذا كانت لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للعقاقير الدوائية، تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على رقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

إليك كيفية إجراء ذلك:

أو اتصل ببرنامج Medicare على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:

- تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على رقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

سيُغى اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية **Original Medicare** الخاصة بك.

ستظل مسجلًا في خطة برنامج **Medi-Cal** الخاصة بك ما لم تختار خطة مختلفة.

إليك كيفية إجراء ذلك: أو اتصل ببرنامج Medicare على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل برقم (7223) 1-855-921-PACE. إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات: تواصل مع برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على رقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. أو الاشتراك في خطة برنامج Medicare جديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة برنامج Medicare لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. يمكن أن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.	4. يمكنك التغيير إلى: أي خطة صحية من برنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة في برنامج Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A.
--	--

C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

للاستفسار عن كيفية الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal بعد إلغاء التسجيل في خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على رقم
1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 ص إلى الساعة 6 م. يجب على مستخدمي TTY الاتصال برقم
1-800-430-7077. أو تفضل بزيارة www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. اسأل كيف يؤثر الاشتراك في خطة
أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.

D. العناصر والخدمات الطبية والأدوية الخاصة بك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا

إذا ألغيت التسجيل في خطتنا، فقد يستغرق إنهاء عضويتك وبدء تغطية برنامج Medicare و Medi-Cal الجديدة لك بعض الوقت.
وأثناء هذه الفترة ستظل تحصل على أدويةك والرعاية الصحية التي تستمتع بها من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استعن بموفري الرعاية التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدم صيدليات شبكتنا، بما في ذلك من خلال خدمات صيدليات التوصيل إلى المنزل لصرف وصفاتك الطبية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات
مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- في حال دخولك المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan، ستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى تخرج منها. سيحدث هذا حتى إذا بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يجب علينا فيها إنهاء عضويتك في خطتنا:

- إذا حدث انقطاع في التغطية التي تحصل عليها بالقسمين A و B في برنامج Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. ملاحظة: إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، يمكنك الاستمرار مؤقتاً في خطتنا مع مزايا برنامج Medicare، يُرجى الاطلاع على المعلومات أدناه حول تحديد الفترة.
- يجب أن يكون المستفيدون من برنامج Medicare الذين يشتركون في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan مؤهلين لكل من القسمين A و B في برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid). إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid)، فسنخطر بكفقدان حالة استحقاق برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) وسنستمر في تغطية مزايا برنامج Medicare الخاصة بك حتى تتمكن من إعادة التأهل لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) خلال الستة (6) أشهر المقبلة بعد الإخطار بفقدان حالة ذوي الاحتياجات الخاصة. قد تلاحظ زيادة في التكاليف النثرية (قيمة المشاركة في التأمين أو حصة المشاركة في الدفع أو أقساط التأمين أو المبالغ المستقطعة) خلال الستة (6) أشهر التي لا تزال فيها مشتركاً في الخطة ولكن ليست لديك تغطية برنامج Medi-Cal.
- نتيح الفرصة للتبديل إلى إحدى خطط D-SNP غير التابعة لـ HMO. يتم تقديم خطة D-SNP غير التابعة لـ HMO إلى المستفيدين الذين يحق لهم الحصول على كل من القسمين A و B في برنامج Medicare، ولكن ليست لديهم مزايا برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid). يسمح برنامج Medicare بفترة تسجيل خاصة (Special Enrollment Period, SEP) للمستفيدين من برنامج Medicare الذين لم يعودوا مؤهلين لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid).
- إذا لم تستوفِ شروط إعادة التأهل لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) أو لم تقبل فرصة الانتقال إلى خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة (non-HMO D-SNP) في غضون 6 أشهر من الإخطار بفقدان حالة ذوي الاحتياجات الخاصة، فسيتم إلغاء اشتراكك إلزامياً من Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan.

- إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا.
- إذا كنت خارج منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
- إذا انتقلت إلى منطقة ما أو سافرت في رحلة تستغرق فترة طويلة، فاتصل بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل فيه أو تسافر إليه يقع في منطقة خدمتنا أم لا.
- إذا كنت مسجوناً أو محبوساً لارتكاب جريمة جنائية.
- إذا كذبت أو حجبت معلومات عن تأمين آخر تشترك به ويوفر لك تغطية للأدوية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين (أجنبيًا) المؤهلين.
 - يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو من رعايا الولايات المتحدة، أو من غير المواطنين (أجنبيًا) المؤهلين لتكون عضوًا في خطتنا.
 - ستخضع مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضوًا على هذا الأساس.
 - يجب علينا إلغاء اشتراكك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.

إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدوها في غضون 6 أشهر، سنستمر في توفير جميع مزايا برنامج Medicare التي تغطيها Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. عندما تنتهي تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك، لن ندفع مقابل مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك. وهذا يعني أيضًا أن تكاليفك النثرية مثل حصص المشاركة في الدفع وأقساط التأمين والمبالغ المستقطعة ستكلف أكثر خلال الأشهر التي فقدت فيها تغطية برنامج Medi-Cal. لمعرفة المزيد والحصول على المساعدة بشأن تجديد الأهلية لبرنامج Medi-Cal، اتصل بفريق الاحتفاظ بأعضاء Blue Shield المؤهلين للتغطية الثنائية على رقم (TTY: 711) 378-4181 (844)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة.

سنساعدك على استعادة أهليتك لبرنامج Medi-Cal ومزايا برنامج Medi-Cal. إذا استعادت أهليتك لبرنامج Medi-Cal أثناء استمرار اشتراكك معنا للحصول على تغطية برنامج Medicare، فسوف نستأنف دفع تكاليف مزايا Medi-Cal الخاصة بك، وسيستمر اشتراكك معنا. إذا لم تتمكن من استعادة برنامج Medi-Cal في غضون 6 أشهر، فسنلغي اشتراكك من خطة Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan. إذا استعادت أهلية برنامج Medi-Cal بعد إلغاء اشتراكك، فسينتبع عليك الاتصال بنا لإعادة الاشتراك في الخطة.

لا يمكننا إلغاء تسجيلك في خطتنا للأسباب التالية إلا إذا حصلنا على تصريح من برنامجي Medicare و Medi-Cal أولاً:

- إذا قدمت إلينا معلومات غير صحيحة عن عمد عند اشتراكك في خطتنا وكانت هذه المعلومات تؤثر في أهليتك لخطتنا.
- إذا واصلت التصرف بطريقة فوضوية، وتسببت هذه الطريقة في صعوبة توفير الرعاية الطبية لك ولأعضاء آخرين في خطتنا.
- إذا سمحت لأحد غيرك باستخدام بطاقة معرف عضويتك لتلقي الرعاية الطبية. (قد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب)

F. قواعد عدم مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يمكننا مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك إلغاء التسجيل في خطتنا لسبب يتعلق بالصحة، فاتصل ببرنامج Medicare على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدم TTY الاتصال على رقم 1-877-486-2048.

G. حَقَّ في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فإنه يتعين علينا إخطارك بأسباب ذلك كتابيًا. يجب علينا أيضًا أن نوضح كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. ويمكنك أيضًا الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات عن كيفية تقديم شكوى.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.



الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل الإشعارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. إشعار بشأن القوانين.....	261
B. إشعار فيدرالي بشأن عدم التمييز.....	261
C. إشعار بشأن عدم التمييز لبرنامج Medi-Cal.....	262
D. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع وبرنامج Medi-Cal بوصفه الحل الأخير لسداد المدفوعات.....	263
E. إشعار بشأن تحصيل مستحقات برنامج Medi-Cal من شركات الأعضاء.....	263
F. استخدام كتيب الأعضاء.....	264
G. تعاون الأعضاء.....	264
H. نقل الملكية.....	264
I. مسؤولية صاحب العمل.....	264
J. مسؤولية الوكالة الحكومية.....	264
K. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية.....	264
L. استرداد المدفوعات الزائدة.....	264
M. عندما تسبب جهة خارجية إصابتك.....	264
N. إشعار بالمشاركة في تبادل المعلومات الصحية.....	265
O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام.....	266



A. إشعار بشأن القوانين

تُطبق العديد من القوانين على كُتِيب الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى في حالة عدم احتواء كُتِيب الأعضاء هذا على نصوص القوانين أو شرحها. القوانين الرئيسية المطبقة هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة ببرنامجي Medicare و Medi-Cal. قد يتم أيضًا تطبيق قوانين أخرى من القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

B. إشعار فيدرالي بشأن عدم التمييز

لا نمارس التمييز بناءً على العرق أو الأصل الإثني أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو سجل المطالبات الخاص بك أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو دليل قابلية التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. يجب على جميع المنظمات التي تقدم خطط Medicare Advantage، مثل خطتنا، أن تلتزم بالقوانين الفيدرالية ضد التمييز، بما في ذلك الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس العمر لعام 1975، وقانون المعاقين الأمريكيين، القسم 1557 من قانون الرعاية ذات الأسعار المعقولة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المنظمات التي تحصل على تمويل فيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

في حال كنت تريد الاطلاع على مزيد من المعلومات أو كانت لديك استفسارات تتعلق بالتمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية على رقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال برقم 1-800-537-7697. لمزيد من المعلومات، يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr
- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على رقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال برقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، تواصل عبر:

● أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى: CivilRights@dhcs.ca.gov

● املا نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

● تتوفر نماذج الشكاوى على: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- إذا كان تظلمك يتعلق بالتمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية عبر الهاتف أو كتابيًا أو إلكترونيًا:
- عبر الهاتف: اتصل على رقم 916-440-7370. وإذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو الكلام، يُرجى الاتصال برقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).
- كتابيًا: املا نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

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 www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx
- يمكن إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov
 - إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو موفر الرعاية، فاتصل بخدمة العملاء. وإذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق باستخدام كرسي متحرك، فبإمكان خدمة العملاء مساعدتك.

C. إشعار بشأن عدم التمييز لبرنامج Medi-Cal

لا نمارس التمييز أو نعاملك بطريقة مختلفة بسبب عرقك أو أصلك الإثني أو أصلك القومي أو لونك أو دينك أو جنسك أو عمرك أو إعاقتك العقلية أو الجسدية أو حالتك الصحية أو سجل المطالبات الخاص بك أو تاريخك الطبي أو معلوماتك الجينية أو إثبات قابليتك للتأمين أو موقعك الجغرافي داخل منطقة الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، لا نمارس التمييز بشكل غير قانوني أو نستبعد أشخاصاً أو نفرق بينهم في المعاملة على أساس النسب أو تحديد المجموعة العرقية أو الهوية الجنسية أو الحالة الاجتماعية أو الحالة الطبية.

في حال كنت تريد الاطلاع على مزيد من المعلومات أو كانت لديك استفسارات تتعلق بالتمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على رقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال برقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، تواصل كما يلي:

- أرسل بريداً إلكترونياً إلى: CivilRights@dhcs.ca.gov

- املاً نموذج الشكاوى أو أرسل خطاباً 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: dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

إذا كان تظلمك يتعلق بالتمييز في برنامج Medi-Cal، فيمكنك أيضاً تقديم شكوى لدى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية عبر الهاتف أو كتابياً أو إلكترونياً:

- عبر الهاتف: اتصل على رقم 916-440-7370. وإذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو الكلام، يُرجى الاتصال برقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

○ كتابيًا: املأ نموذج الشكاوى أو أرسل خطابًا إلى:

Deputy Director, Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج الشكاوى على www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx.

○ إلكترونيًا: يمكن إرسال رسالة بريد إلكتروني إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو موفر الرعاية، فاتصل بخدمة العملاء. وإذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق باستخدام كرسي متحرك، فبإمكان خدمة العملاء مساعدتك.

D. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع وبرنامج Medi-Cal بوصفه الحل الأخير لسداد المدفوعات

أحيانًا، يتعين على شخص آخر الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها إليك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة أو إذا أصبت أثناء العمل فيتعين على جهة التأمين أو جهة تعويض العمال الدفع أولاً.

لدينا الحق في جمع تكاليف خدمات برنامج Medicare الخاضعة للتغطية والتي لا يُعد برنامج Medicare الجهة الأولى المسؤولة عن الدفع نظير توفيرها، ونتحمل المسؤولية عن ذلك.

نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية فيما يتعلق بالمسؤولية القانونية التي يتحملها الأطراف الخارجيون لتوفير خدمات الرعاية الصحية للأعضاء. ونتخذ كل الإجراءات المناسبة لضمان أن يكون برنامج Medi-Cal هو الحل الأخير لسداد المدفوعات.

يجب على أعضاء برنامج Medi-Cal استخدام جميع التغطية الصحية الأخرى (Other Health Coverage, OHC) قبل برنامج Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها متاحة بموجب التغطية الصحية الخاصة بك لأن برنامج Medi-Cal هو الحل الأخير لسداد المدفوعات. وهذا يعني أنه في معظم الحالات، سيكون برنامج Medi-Cal هو الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع نظير Medicare OHC، والتي تغطي التكاليف المسموح بها التي لا تدفعها خطتنا أو غيرها من خدمات OHC وذلك في حدود معدل برنامج Medi-Cal.

E. إشعار بشأن تحصيل مستحقات برنامج Medi-Cal من تركات الأعضاء

يجب أن يحصل برنامج Medi-Cal على مدفوعات من الممتلكات المثبتة لبعض الأعضاء المتوفين نظير مزايا برنامج Medi-Cal التي حصلوا عليها في سن 55 عامًا أو بعد ذلك. يشمل مبلغ السداد الرسوم مقابل الخدمات وأقساط الرعاية المدارة/مدفوعات التعويض الفردي لخدمات مراكز خدمات التمريض، والخدمات المنزلية والمجتمعية، وخدمات المستشفى والعقاقير المقررة بوصفها طبية ذات الصلة التي حصل عليها العضو عندما كان يتلقى العلاج داخل مركز خدمات التمريض أو عندما كان يتلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز مبلغ السداد قيمة ممتلكات العضو المثبتة.

لمعرفة مزيد من المعلومات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني لاسترداد المستحقات من التركات التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على www.dhcs.ca.gov/er أو اتصل برقم 916-650-0590.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

F. استخدام كتيب الأعضاء

ربما نلجأ لاستخدام سياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة لتعزيز استخدام المنظم والفعال/كتيب الأعضاء هذا.

G. تعاون الأعضاء

يجب عليك إكمال أي طلبات ونماذج وبيانات ونشرات وتصريحات ونماذج رهن وأي مستندات أخرى نطلبها في سياق الأعمال الطبيعي أو كما هو محدد في كتيب الأعضاء هذا.

H. نقل الملكية

لا يجوز لك التنازل عن كتيب الأعضاء هذا أو أي من الحقوق أو المصالح أو المطالبات بالأموال المستحقة أو المزايا أو الالتزامات الواردة في هذه الوثيقة من دون الحصول على موافقة كتابية مسبقة من جانبنا.

I. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة إلى أي خدمات يلزم القانون صاحب العمل بتقديمها، لن ندفع إلى صاحب العمل نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من صاحب العمل.

J. مسؤولية الوكالة الحكومية

بالنسبة إلى أي خدمات يشترط القانون تقديمها من قبل وكالة حكومية أو تلقيها منها فقط، لن ندفع إلى الوكالة الحكومية نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من الوكالة الحكومية.

K. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية

بالنسبة إلى أي خدمات للحالات التي يلزم القانون وزارة شؤون المحاربين القدامى بتقديمها، لن ندفع إلى وزارة شؤون المحاربين القدامى نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من وزارة شؤون المحاربين القدامى.

L. استرداد المدفوعات الزائدة

يجوز لنا استرداد أي مدفوعات زائدة ندفعها مقابل الخدمات من أي شخص يتلقى مثل هذه المدفوعات الزائدة أو من أي شخص أو منظمة ملزمة بالدفع مقابل الخدمات.

M. عندما تسبب جهة خارجية إصابتك

إذا أصبت أو أصبحت مريضًا بسبب فعل شخص آخر ("جهة خارجية") أو إغفال منه، فيجب على Blue Shield، فيما يتعلق بالخدمات المطلوبة نتيجة تلك الإصابة، توفير مزايا الخطة ويكون لها حق عادل في الاسترداد أو التعويض أو وسيلة انتصاف أخرى متاحة لاسترداد المبالغ التي دفعتها Blue Shield مقابل الخدمات المقدمة إليك من أي استرداد (محدد أدناه) تم الحصول عليه بواسطتك أو نيابةً عنك، من الجهة الخارجية المسؤولة عن الإصابة أو المرض أو نيابةً عنها أو من تغطية سائق غير مؤمن عليه/مؤمن عليه بشكل غير كافٍ.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



يتعلق هذا الحق في الاسترداد أو التعويض أو أي وسيلة انتصاف أخرى متاحة بأي استرداد تتلقاه نتيجة الإصابة أو المرض، بما في ذلك أي مبلغ يُمنح أو يتم الحصول عليه عن طريق حكم المحكمة أو قرار التحكيم أو التسوية أو أي ترتيب آخر، من أي جهة خارجية أو شركة التأمين على الجهة الخارجية، أو من تغطية سائق غير مؤمن عليه أو مؤمن عليه بشكل غير كافٍ، فيما يتعلق بالمرض أو الإصابة ("الاسترداد")، بغض النظر عما إذا كنت قد "حصلت على تعويض كامل" من خلال هذا الاسترداد. يتعلق الحق في الاسترداد أو التعويض أو أي وسيلة انتصاف أخرى متاحة بذلك الجزء من إجمالي مبلغ الاسترداد المستحق للمزايا المدفوعة فيما يتعلق بهذه الإصابة أو المرض، الذي يتم حسابه وفق المادة 3040 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا.

مطلوب منك:

- 1- إخطار Blue Shield كتابيًا بأي مطالبة أو إجراء قانوني فعلي أو محتمل تتوقع اتخاذه أو قد اتخذته ضد الجهة الخارجية نتيجة الأفعال أو الإغفالات المزعومة التي سببت الإصابة أو المرض. إذا كان قد تم بالفعل تقديم مطالبة أو رفع دعوى قانونية، فيجب تقديم الإخطار في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من تاريخ تقديم المطالبة أو رفع الدعوى.
 - 2- الموافقة على التعاون الكامل وتقديم أي نماذج أو مستندات مطلوبة لإنفاذ هذا الحق في الاسترداد أو التعويض أو غيرها من سبل الانتصاف المتاحة؛ و
 - 3- الموافقة كتابيًا على تعويض Blue Shield عن المزايا التي دفعتها Blue Shield من أي استرداد عندما يتم الاسترداد من الجهة الخارجية أو من ينوب عنها أو شركة التأمين الخاصة بالجهة الخارجية، أو من تغطية السائق غير المؤمن عليه أو المؤمن عليه بشكل غير كافٍ؛ و
 - 4- تقديم رهن محسوب وفق المادة 3040 من القانون المدني لولاية كاليفورنيا. يجوز تقديم الرهن إلى الجهة الخارجية، أو وكيل الجهة الخارجية أو محاميها، أو إلى المحكمة، ما لم يحظر القانون ذلك؛
 5. الرد بشكل دوري على طلبات المعلومات المتعلقة بالمطالبة المرفوعة ضد الجهة الخارجية، وإخطار Blue Shield كتابيًا، في غضون عشرة (10) أيام بعد الحصول على أي استرداد.
- عدم التزامك بالبند من 1. إلى 5 الواردة أعلاه لا يمثل بأي حال من الأحوال تنازلاً أو إعفاءً أو تخلياً عن حقوق Blue Shield.

N. إشعار بالمشاركة في تبادل المعلومات الصحية

تشارك Blue Shield في برنامج Manifest MedEx لتبادل المعلومات الصحية ("Health Information Exchange, HIE") ما يجعل المعلومات الصحية الخاصة بأعضائها متاحة إلى Manifest MedEx ليتمكن موفرو الرعاية الصحية المعتمدون من الوصول إليها. تُعد Manifest MedEx منظمة مستقلة غير ربحية تحتفظ بقاعدة بيانات على مستوى الولاية لسجلات المرضى الإلكترونية التي تتضمن المعلومات الصحية التي يسهم بها الأطباء ومرافق الرعاية الصحية وخطط خدمات الرعاية الصحية وشركات التأمين الصحي. يمكن لموفري الرعاية الصحية المعتمدين (بما في ذلك الأطباء والمرضى والمستشفيات) الوصول بشكل آمن إلى المعلومات الصحية لمرضاهم من خلال برنامج Manifest MedEx HIE لدعم توفير رعاية آمنة وعالية الجودة.

تحتزم Manifest MedEx حق الأعضاء في الخصوصية وتتبع قوانين الخصوصية المعمول بها الفيدرالية والخاصة بالولاية. تستخدم Manifest MedEx أنظمة أمان متقدمة وأساليب حديثة لتشفير البيانات من أجل حماية خصوصية الأعضاء وأمن معلوماتهم الشخصية.

إذا كنت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



يحق لكل عضو في Blue Shield توجيه Manifest MedEx إلى عدم مشاركة معلوماته الصحية مع موفري الرعاية الصحية التابعين لها. على الرغم من أن إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx قد يحد من قدرة موفر الرعاية الصحية الخاص بك على الوصول بسرعة إلى معلومات الرعاية الصحية المهمة عنك، فإن تغطية التأمين الصحي أو ميزة الخطة الصحية للعضو لن يتأثرا بإختيار إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx. لن يرفض أي طبيب أو مستشفى مشارك في Manifest MedEx الرعاية الطبية للمريض الذي يختار عدم المشاركة في برنامج Manifest MedEx HIE.

يجب على الأعضاء الذين لا يرغبون في عرض معلومات الرعاية الصحية الخاصة بهم في Manifest MedEx ملء النموذج عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني <https://www.manifestmedex.org/opt-out> أو الاتصال بـ Manifest MedEx على رقم 1-888-510-7142 من الساعة 7:00 ص إلى الساعة 7:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، من الاثنين إلى الجمعة. TTY: 711 لضعاف السمع.

O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام

ما المقصود بالاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام (fraud, waste, and abuse, FWA)؟

- الاحتيال هو تحريف متعمد قد يؤدي إلى تكاليف غير مصرح بها لبرنامج رعاية صحية.
- التبديد هو الاستخدام غير المناسب لأموال الرعاية الصحية أو مواردها من دون حاجة مبررة إلى القيام بذلك.
- إساءة الاستخدام 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.

حماية نفسك والمزايا المتاحة لك

- لا تصرح أبدًا برقم الضمان الاجتماعي أو رقم برنامج Medicare أو رقم الخطة الصحية أو المعلومات المصرفية الخاصة بك إلى شخص لا تعرفه.
- لا توافق على إجراء أي فحوصات مخبرية دون طلب من طبيبك.
- من غير القانوني قبول أي شيء ذي قيمة مقابل الخدمات الطبية.

احذر من الاحتيال في الاختبارات الجينية

يقترح المحتالون من المشتركين غير المتشككين في معارض الصحة المحلية، ومرافق إسكان كبار السن والمراكز المجتمعية ووكالات الصحة المنزلية وغيرها من المواقع الموثوقة لتنفيذ عمليات احتيال في الاختبارات الجينية. ويعدون كذبًا بأن برنامج Medicare سيدفع مقابل الاختبار، وتحتاج ببساطة إلى تقديم مسحة الخد وبطاقة هويتك ومعلومات برنامج Medicare من أجل الحصول على نتائج الاختبار الخاصة بك.

لسوء الحظ، فقد أصبح لدى هؤلاء المحتالين الآن رقم خطتك الصحية أو رقم برنامج Medicare الخاص بك، ويمكنهم إرسال الفواتير إلى Medicare بالآلاف الدولارات مقابل اختبارات أو حتى خدمات لم تتلقها أبدًا. ولديهم أيضًا معلوماتك الجينية الشخصية.

للإبلاغ عن حالات الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام المشتبه بها، يرجى الاتصال بـ:

• الخط الساخن لمكافحة الاحتيال الخاص ببرنامج Medicare التابع لـ Blue Shield of California: 1-855-331-4894 (TTY: 711) أو عبر البريد الإلكتروني: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

• Medicare على رقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE، على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال أيام الأسبوع (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال برقم 1-877-486-2048).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

الفصل 12: تعريفات المفردات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الأساسية المستخدمة في كتيب /الأعضاء هذا مع تعريفاتها. ويتم سرد المصطلحات حسب الترتيب الأبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على المصطلح الذي تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بخدمة العملاء.



Medicare Advantage: أحد برامج Medicare ويُعرف أيضًا باسم "القسم C في برنامج Medicare" أو "MA" ويقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME): بعض العناصر التي يطلبها طبيبك لتستخدمها في منزلك. ومن أمثلة هذه العناصر الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المرااتب التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرضى السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين ومستلزماته وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات.

الإحالة: الإحالة هي موافقة موفر الرعاية الأولية (PCP) أو موافقتنا على الاستعانة بموفر رعاية آخر غير PCP الخاص بك. وفي حال عدم حصولك على الموافقة أولاً، فقد لا نقوم بتغطية الخدمات. لا تتطلب الاستعانة ببعض الاختصاصيين إحالة، مثل اختصاصيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الإحالات في **الفصلين 3 و 4** من كتيب الأعضاء هذا.

الاختصاصي: طبيب يعالج أنواعاً معينة من مشاكل الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، يعالج جراح العظام العظام المكسورة؛ ويعالج طبيب أمراض الحساسية حالات الحساسية؛ ويعالج أخصائي أمراض القلب مشاكل القلب. في معظم الحالات، سيحتاج العضو إلى إحالة من PCP الخاص به للذهاب إلى اختصاصي.

أداة Real Time Benefit Tool: بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمشاركين البحث فيه عن الأدوية الخاضعة للتغطية ومعلومات المزايا الخاصة بالمشارك الكاملة والدقيقة والمناسبة سرياً وفي الوقت المناسب. ويشمل ذلك مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف، والعقائير الدوائية البديلة التي يمكن استخدامها للحالة الصحية نفسها مثل عقار دوائي معين، وقيود التغطية (التصريح المسبق)، والعلاج المرحلي، وحدود الكمية) التي تنطبق على العقائير الدوائية البديلة.

إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC): الإدارة المسؤولة عن تنظيم معظم الخطط الصحية في ولاية كاليفورنيا. تساعد إدارة DMHC الأشخاص على تقديم الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal. وتجري إدارة DMHC أيضاً مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إدارة العلاج الدوائي (MTM): برنامج القسم D في برنامج Medicare لتلبية الاحتياجات الصحية المعقدة للأشخاص الذين يستوفون متطلبات معينة أو المشاركين في برنامج إدارة الأدوية. تتضمن خدمات MTM عادةً مناقشة مع الصيدلي أو موفر الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات.

الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC): الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية هي عقائير دوائية أو أدوية يمكن لأي شخص شراؤها دون وصفة طبية من اختصاصي الرعاية الصحية.

الأدوية الخاضعة للتغطية: مصطلح نستخدمه للإشارة إلى جميع العقائير الدوائية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي تخضع لتغطية خطتنا.

الاستثناء: عبارة عن إذن للحصول على التغطية لدواء لا تتم تغطيته عادةً أو لاستخدام الدواء دون فرض حدود وقواعد معينة.

الأطراف الصناعية والتقويم: الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو موفر رعاية صحية آخر التي تشتمل، على سبيل المثال لا الحصر، على دعائم الذراع والظهر والرقبة والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية في الجسم، بما في ذلك مستلزمات حالات الفغر والعلاج بالتغذية المعوية والوريدية.

إعداد الفواتير غير الصحيح/غير المناسب: موقف يحدث حين يقوم موفر الرعاية فيه (مثل الطبيب أو المستشفى) بإعداد فاتورة لك بمبلغ أكبر من مبلغ المشاركة في تحمل تكاليف الخدمات. اتصل بخدمة العملاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

بصفتك عضواً في الخطة، فإنك تدفع مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي تحددها خطتنا فقط عندما تحصل على الخدمات الخاضعة للتغطية. ولا نسمح لموفري الرعاية بإصدار فاتورة لك بأكثر من هذا المبلغ.



إلغاء الاشتراك: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء الاشتراك طوعياً (باختيارك) أو إلزامياً (ليس باختيارك).

أمين المظالم: مكتب في ولايتك يعمل كمحامٍ نيابةً عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به. خدمات مكتب الشكاوى والتظلمات مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و 9** من كتيب الأعضاء هذا.

أنشطة الحياة اليومية (Activities of Daily Living, ADL): الأمور التي يقوم بها الأشخاص في الأيام العادية، مثل تناول الطعام أو استخدام دورات المياه أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو غسل الأسنان.

البدائل الحيوية القابلة للتبادل: البديل الحيوي الذي قد يتم استبداله في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبي متطلبات إضافية تتعلق بإمكانية استبدال تلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

البديل الحيوي: دواء بيولوجي مماثل جداً، ولكنه غير متطابق، للمنتج البيولوجي الأصلي. تعتبر البدائل الحيوية آمنة وفعالة مثل المنتج الحيوي الأصلي. يمكن أن يتم استبدال بعض البدائل الحيوية للمنتج الحيوي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انتقل إلى "البدائل الحيوية القابلة للتبادل").

برنامج D-SNP المتكامل: خطة احتياجات خاصة مزدوجة الأهلية تغطي خدمات برنامج Medicare ومعظم خدمات برنامج Medicaid أو جميعها ضمن خطة صحية واحدة أو خطط صحية تابعة لجهة واحدة، وذلك لفئات معينة من الأفراد المؤهلين لكلٍ من برنامجي Medicare و Medicaid. ويُعرف هؤلاء الأفراد باسم الأفراد المؤهلين للحصول على مزايَا مزدوجة كاملة.

برنامج Medicaid (أو المساعدة الطبية): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد الأشخاص محدودي الدخل والموارد على دفع تكلفة الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية. برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid الخاص بولاية كاليفورنيا.

برنامج Medi-Cal: هذا اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. وتتولى الولاية إدارة برنامج Medi-Cal، ويتم دفع التكاليف المرتبطة به بواسطة حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية.

- ويساعد هذا البرنامج الأشخاص محدودي الدخل والموارد في دفع تكلفة الخدمات والمساعدات طويلة الأجل والتكاليف الطبية.
- ويغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن تتم تغطية أغلب تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare و Medi-Cal.

برنامج Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً أو أكثر، وبعض الأشخاص البالغين أقل من 65 عاماً ممن يعانون من إعاقات معينة، والأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في مراحله الأخيرة (بصفة عامة الأشخاص المصابون بفشل كلوي مزمن يتطلب الغسيل الكلوي أو عملية زرع كلى). يمكن للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة رعاية مُدارة (راجع "الخطة الصحية").

برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP): برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل وزيادة النشاط البدني واستراتيجيات التغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

- **برنامج Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو برنامج Medicare للرسوم مقابل الخدمات):** تقدم الحكومة برنامج Original Medicare. وضمن برنامج Original Medicare، تتم تغطية الخدمات من خلال الدفع إلى الأطباء والمستشفيات وموفري الرعاية الصحية الآخرين مبالغ يحددها الكونجرس.
- ويمكنك التعامل مع أي طبيب أو مستشفى أو موفر رعاية صحية آخر يقبل التعامل مع برنامج Medicare. ويتكون برنامج Original Medicare من جزأين: القسم A في برنامج Medicare (تأمين المستشفى) والقسم B في برنامج Medicare (التأمين الطبي).
- يكون برنامج Original Medicare متاحًا لأي شخص داخل الولايات المتحدة.
- إذا كنت لا ترغب في الانضمام إلى خطتنا، فيمكنك اختيار برنامج Original Medicare
- **برنامج إدارة الأدوية (DMP):** برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بشكل آمن المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي تتكرر إساءة استخدامها.
- **برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP):** برنامج يقدم معلومات واستشارات مجانية وموضوعية بشأن برنامج Medicare. يشرح الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا كيفية التواصل مع HICAP
- **برنامج تمويل أصحاب الدخل المنخفض (LIS):** راجع "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"
- **برنامج التوصيل إلى المنزل:** قد تقدم بعض الخطط برنامج التوصيل إلى المنزل الذي يسمح لك بالحصول على صرفية ما يصل إلى ثلاثة أشهر من الأدوية المقررة بوصفة طبية الخاضعة للتغطية عن طريق إرسالها مباشرة إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة ومريحة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.
- **برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE):** برنامج يغطي مزايا برنامجي Medicare و Medicaid معًا للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عامًا فأكثر ويحتاجون إلى مستوى عالٍ من الرعاية للإقامة بالمنزل.
- **برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help):** برنامج Medicare الذي يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف العقاقير الدوائية ضمن القسم D من برنامج Medicare، مثل أقساط التأمين والمبالغ المستقطعة وحصص المشاركة في الدفع. ويطلق على برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) أيضًا اسم "برنامج تمويل أصحاب الدخل المنخفض" أو "Low-Income Subsidy, LIS".
- **برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP):** برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة/فيروس نقص المناعة البشرية (HIV/AIDS) على الحصول على أدوية HIV المتقدمة للحياة.
- **التدريب على الكفاءة الثقافية:** تدريب يوفر تعليمات إضافية لموفري الرعاية الصحية لدينا تساعد على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.
- **التصريح المسبق (PA):** موافقة يجب عليك الحصول عليها من قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو الاستعانة بموفر رعاية غير تابع للشبكة. وقد لا تغطي خطتنا الخدمة أو العقار الدوائي في حال لم تحصل على موافقة أولاً.
- لا تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية داخل الشبكة إلا إذا حصل طبيبك أو موفر رعاية تابع للشبكة آخر على PA منا.
- يتم وضع علامة على الخدمات الخاضعة للتغطية التي تتطلب تصريحًا مسبقًا من خطتنا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.

لا تغطي خطتنا بعض العقاقير الدوائية إلا إذا حصلت على PA منا.

- يتم وضع علامة على الأدوية الخاضعة للتغطية التي تتطلب PA من خطتنا في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية وتم نشر القواعد على موقعنا الإلكتروني.

النظم: شكوى تقدمها بشأننا أو بشأن أحد موفري الرعاية أو الصيدليات التابعة للشبكة. ويتضمن ذلك شكوى بشأن جودة رعايتك أو جودة الخدمة التي تقدمها خطتك الصحية.

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة لتاريخك الطبي وحالتك الراهنة. ويُستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

التكاليف النثرية: إن متطلبات مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف للأعضاء لدفع جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها تسمى أيضًا متطلبات التكاليف "النثرية". راجع تعريف "مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف" الوارد أعلاه.

تلقي العلاج داخل المستشفى: مصطلح يُستخدم عند قبولك رسميًا بالمستشفى للحصول على خدمات طبية متخصصة. إذا لم يتم حجزك رسميًا، فربما يتم التعامل معك بوصفك مريض عيادات خارجية بدلاً من تلقي العلاج داخل المستشفى حتى إذا مكثت في المستشفى طوال الليل.

جلسة الاستماع بالولاية: إذا كان طبيبك أو موفر رعاية آخر يطلب الحصول على خدمة من برنامج Medi-Cal لن نوافق عليها، أو لن نستمر في تحمل نفقات خدمة من برنامج Medi-Cal تحصل عليها بالفعل، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية. وإذا تم الحكم في جلسة الاستماع بالولاية لصالحك، فيجب علينا توفير الخدمة التي طلبتها.

حالة الطوارئ: الحالة الطبية الطارئة التي تعتقد فيها أنت أو أي شخص آخر غير متخصص ولديه قدر متوسط من المعرفة بالرعاية الصحية والطبية أنك تعاني أعراضًا طبية تتطلب التدخل الطبي الفوري لتفادي حدوث الوفاة أو فقدان لأحد أعضاء الجسم أو فقدان لوظيفة أحد أعضاء الجسم (وفقدان الجنين إن كنت سيدة حاملًا). وقد تكون الأعراض الطبية في صورة مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة.

حدود الكمية: حد لكمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها. ويجوز لنا تحديد كمية العقار الدوائي التي نغطيها لكل وصفة طبية.

حصة المشاركة في الدفع: مبلغ ثابت تدفعه بوصفه الجزء الذي تتحمله من التكاليف في كل مرة تحصل فيها على خدمات أو عقاقير دوائية معينة. على سبيل المثال، ربما تدفع \$2 أو \$5 مقابل خدمة أو عقار دوائي.

حصة من التكلفة: ذلك الجزء من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك الذي قد يتعين عليك دفعه شهريًا قبل تفعيل المزايا الخاصة بك. ومقدار حصتك في التكاليف يتغير طبقًا لدخلك ومواردك.

خدمات إعادة التأهيل: علاج يمكنك الحصول عليه لمساعدتك على الشفاء من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. وتشمل هذه الخدمات رعاية إعادة تأهيل المرضى الداخليين، والعلاج البدني (العيادات الخارجية)، وعلاج النطق واللغة، والعلاج المهني. راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن خدمات إعادة التأهيل.

الخدمات الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والأمراض المعدية المنقولة جنسيًا (STI)، وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة، وعمليات الاعتداء الجنسي والإجهاض، واضطراب إدمان المخدرات، ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي، وعنف الشريك الحميم.



الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare: الخدمات التي يغطيها القسمان A و B في برنامج Medicare. يجب أن تغطي كل الخطط الصحية في برنامج Medicare - بما فيها خططنا - كل الخدمات التي تخضع لتغطية القسمين A و B في برنامج Medicare.

الخدمات الخاضعة للتغطية: المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات الرعاية الصحية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية المقررة بوصفها طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والأجهزة وغير ذلك من الخدمات الخاضعة لتغطية خططنا.

خدمات الدعم المنزلية (IHSS): سيساعدك برنامج IHSS في دفع ثمن الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعد IHSS بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل دور التمريض أو مرافق الضيافة والرعاية. لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، والغسيل، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل الرعاية لقضاء الحاجة سواء التبرز أو التبول، والاستحمام، والتزين، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية في المقاطعة IHSS.

خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS): القسم الذي يدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal) في ولاية كاليفورنيا.

الخدمات المجتمعية للكبار (Community-based adult services, CBAS): برنامج خدمات مقدّم من خلال منشأة لمرضى العيادات الخارجية لتقديم الرعاية التمريضية المتخصصة، والخدمات الاجتماعية، والعلاج المهني وعلاج التخاطب، والرعاية الشخصية، والتدريب والدعم للأسرة/مقدم الرعاية، وخدمات التغذية، وخدمات النقل وغيرها من الخدمات للأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الخدمات المستبعدة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS): تساعد الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل على تحسين حالة طبية طويلة الأجل. وتساعدك أغلب هذه الخدمات على البقاء في منزلك بحيث لا تضطر إلى الذهاب إلى مركز خدمات التمريض أو مستشفى. تشمل LTSS التي تغطيها خططنا الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)، والمعروفة أيضًا باسم الرعاية الصحية اليومية للكبار، ومركز خدمات التمريض (NF)، والدعم المجتمعي. تُعد برامج الإعفاء من IHSS والمتعلقة بالمادة (c) 1915 من الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل التابعة لبرنامج Medi-Cal التي تُقدّم خارج خططنا.

الخدمات الوقائية: الرعاية الصحية للوقاية من المرض أو الكشف عن المرض في مرحلة مبكرة، عندما يكون العلاج من المرجح أن يعمل بشكل أفضل (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية اختبارات مسحة عنق الرحم، ولقاحات الإنفلونزا، وصور الثدي الإشعاعية).

خدمة العملاء: قسم تابع لخططنا يتولى مسؤولية الرد على استفساراتك المتعلقة بالعضوية والمزايا والتظلمات والطعون. لمزيد من المعلومات حول خدمة العملاء، يرجى الرجوع إلى الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا.

خطة Dual Eligible Special Needs Plan (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين للحصول على كل من برنامجي Medicare و Medicaid. وخططنا هي D-SNP.

خطة Medi-Medi: خطة Medi-Medi هي نوع من خطط Medicare Advantage. وهي مُخصّصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal، ويجمعون بين مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة.



تتسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.

خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستتلقاها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن الخطة الخاصة بك خدمات طبية، وخدمات للصحة السلوكية، وخدمات ومساعدات طويلة الأجل.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية".

الخطة الصحية: مؤسسة مكونة من أطباء ومستشفيات وصيديات وموفري خدمات طويلة الأجل وغيرهم من موفري الرعاية. كما أن بها منسقي رعاية لمساعدتك على إدارة جميع موفري الرعاية والخدمات. وجميعهم يتعاونون لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

خطط برنامج Medi-Cal: خطط توفر تغطية مزايا برنامج Medi-Cal فقط، مثل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والأجهزة الطبية والنقل. تُعد مزايا برنامج Medicare مزايا منفصلة.

دار التمريض أو مركز خدمات التمريض: مرفق يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على رعايتهم في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى.

دخل الضمان التكميلي (SSI): ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى محدودي الدخل والموارد من ذوي الإعاقة أو المصابين بالعمى أو الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكبر. مزايا SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

دواء ذو علامة تجارية: دواء تصنعه وتبيعه الشركة التي صنعت الدواء في الأساس. تحتوي الأدوية ذات العلامة التجارية على نفس مكونات الأنواع المماثلة من الأدوية. عادةً ما يتم تصنيع الأدوية المماثلة وبيعها من قبل شركات أدوية أخرى، وعادة لا تكون متاحة حتى تنتهي براءة اختراع الأدوية ذات العلامة التجارية.

الدواء المماثل: دواء معتمد من هيئة الدواء والغذاء (FDA) للاستخدام بدلاً من دواء ذي علامة تجارية. ويحتوي الدواء المماثل على المكونات نفسها التي توجد في الأدوية ذات العلامة التجارية. وعادةً ما تكون أقل تكلفة وتتمتع بالفعالية نفسها تمامًا التي تتمتع بها الأدوية ذات العلامة التجارية.

رعاية الأمراض العضال: برنامج رعاية ودعم لمساعدة الأشخاص المشخصين بمرض عضال على العيش بشكل مريح. ويعني التشخيص بمرض عضال أن الشخص جرى توثيق حالته من الناحية الطبية بأنه مريض عضال في مرحلته النهائية، ما يعني أن متوسط العمر المتوقع له هو ستة أشهر أو أقل.

○ يحق للعضو المشترك الذي لديه تشخيص بمرض عضال أن يختار دارًا لرعاية الأمراض العضال.

○ ويقدم فريق مدرب خصيصًا من الاختصاصيين ومقدمي الرعاية رعاية كاملة للشخص، بما في ذلك الاحتياجات البدنية والعاطفية والاجتماعية والروحية.

○ نحن مطالبون بتزويدك بقائمة بموفري رعاية الأمراض العضال في منطقتك الجغرافية.

رعاية الطوارئ: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يقدمها موفر رعاية مدرب على تقديم خدمات الطوارئ، اللازمة لعلاج حالة طبية طارئة أو حالة طارئة تتعلق بالصحة السلوكية.

الرعاية اللازمة بشكل عاجل: رعاية تحصل عليها بسبب مرض أو إصابة أو حالة غير متوقعة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية فورية. يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري الرعاية غير التابعين للشبكة عندما يتعذر عليك الوصول إلى موفري الرعاية التابعين للشبكة لأنه، بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروف حالتك، لا يكون الحصول على الخدمات من موفري

الرعاية التابعين للشبكة ممكنًا أو من المعقول القيام به (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا وتحتاج إلى خدمات فورية ضرورية من الناحية الطبية لحالة غير متوقعة، لكنها لا تُعد حالة طبية طارئة).

الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): خدمات رعاية تمريضية وخدمات إعادة تأهيل متخصصة متوفرة على نحو مستمر ويومي في مركز خدمات التمريض المهني. من بين أمثلة الرعاية في مركز خدمات التمريض المتخصصة ما تقدمه ممرضة مسجلة أو طبيب من علاج طبيعى أو حقن بالوريد.

الشكوى: بيان مكتوب أو منطوق يوضح أن لديك مشكلة أو تخوفًا بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. ويتضمن ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو جودة الرعاية التي تتلقاها أو بشأن موفري الرعاية التابعين للشبكة أو الصيدليات التابعة للشبكة. الوصف الرسمي الذي يُطلق على "تقديم الشكوى" هو "تقديم التظلم".

الصحة السلوكية: تشير إلى رفاهيتنا العاطفية والنفسية والاجتماعية. بعبارة أبسط: يتعلق الأمر بكيفية تفكيرنا وشعورنا وتفاعلنا مع الآخرين. مصطلح شامل يشير إلى خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات.

الصيدليات المتخصصة: راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات المتخصصة.

الصيدلية التابعة للشبكة: صيدلية وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها "صيدليات تابعة للشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. في أغلب الحالات، نقوم بتغطية الوصفات الطبية الخاصة بك عند صرفها في إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا فقط.

الصيدلية غير التابعة للشبكة: صيدلية لم توافق على العمل وفق خطتنا لتنسيق الأدوية الخاضعة للتغطية أو تقديمها إلى أعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا أغلب العقاقير الدوائية التي تحصل عليها من الصيدليات غير التابعة للشبكة ما لم تنطبق شروط معينة.

ضرورية من الناحية الطبية: يصف ذلك الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى المستشفى أو مراكز خدمات التمريض. كما تعني أيضًا الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المتعارف عليها.

الطعن: وسيلة متاحة لك للطعن على الإجراءات التي نتخذها إذا اعتقدت أننا أخطأنا في قراراتنا. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار تغطية عن طريق تقديم طعن. يشرح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذه الطعون، بما في ذلك كيفية تقديم الطعن.

العضو (عضو خطتنا أو عضو الخطة): شخص مشترك في برنامجي Medicare و Medi-Cal مؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية الذي اشترك في خطتنا وتم تأكيد اشتراكه بواسطة مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) وبواسطة الولاية.

العقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare: العقاقير الدوائية الخاضعة للتغطية بموجب القسم D في برنامج Medicare. يستبعد الكونجرس على وجه التحديد فئات معينة من العقاقير الدوائية من التغطية بموجب القسم D في برنامج Medicare. وقد يغطي برنامج Medicaid بعضًا من هذه العقاقير الدوائية.

العقاقير الدوائية ضمن القسم D: راجع "العقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare".

العلاج المرحلي: إحدى قواعد التغطية التي تتطلب منك تجربة عقار دوائي آخر قبل أن نبدأ بتغطية العقار الدوائي الذي طلبته.

فئات الأدوية: مجموعات من الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية الخاصة بنا. وتُعد الأدوية المماثلة أو ذات العلامات التجارية أو الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) أمثلة على فئات الأدوية. كل دواء في قائمة الأدوية يقع ضمن فئة من خمس فئات.

فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مجموعة من العقاقير الدوائية التي لها نفس حصة المشاركة في الدفع. كل عقار دوائي مدرج في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (المعروفة أيضًا باسم قائمة الأدوية) ويقع ضمن فئة من خمس فئات لمبالغ المشاركة في تحمل التكاليف. وبصفة عامة، كلما ارتفعت فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف، كلما زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.

فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): قد يتضمن فريق الرعاية الأطباء أو الممرضات أو الاستشاريين أو غيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية المخصصين لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. يساعدك فريق الرعاية أيضًا على تحديد خطة الرعاية.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالأدوية المقررة بوصفها طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي نغطيها. نختار الأدوية الواردة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتوضح لك قائمة الأدوية ما إذا كانت هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها كي تحصل على أدويةك أم لا. وتُسمى قائمة الأدوية في بعض الأحيان باسم "كتيب الوصفات".

قاضي متخصص في القانون الإداري: قاضي متخصص في القانون الإداري (Administrative Law Judge, ALJ) هو قاضٍ ينظر في الحالات التي تتعلق بالوكالات الحكومية ويقررها. القاضي الذي يراجع الطعن من المستوى 3.

قرار بيان المزايا المغطاة: قرار يتعلق بتحديد المزايا التي توفر التغطية لها. ويتضمن هذا القرار أيضًا قرارات بشأن الأدوية والخدمات الخاضعة للتغطية أو المبلغ الذي ندفعه للخدمات الصحية المتوفرة لك. يشرح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا كيفية مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.

قرار المؤسسة: تُصدر خطتنا قرار المؤسسة عندما نتخذ نحن أو أحد موفري الرعاية قرارًا بشأن ما إذا كانت الخدمات خاضعة للتغطية، أو بشأن المبلغ الذي يجب أن تدفعه مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وتُسمى قرارات المؤسسة "قرارات بيان المزايا المغطاة". يشرح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا قرارات بيان المزايا المغطاة.

القسم A في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في المستشفيات ومراكز خدمات التمريض المهني والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المرضى بالأمراض العضال.

القسم A: راجع "القسم A في برنامج Medicare".

القسم B في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والجراحات وزيارات الأطباء) والمستلزمات (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) التي تُعد ضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة مرضية معينة. كما أن القسم B في برنامج Medicare يغطي العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

القسم B: راجع "القسم B في برنامج Medicare".

القسم C في برنامج Medicare: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA"، الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا برنامج Medicare من خلال خطة MA.

القسم C: راجع "القسم C في برنامج Medicare".

القسم D في برنامج Medicare: برنامج Medicare لمزايا الأدوية. ونطلق على هذا البرنامج اختصارًا "القسم D". يغطي القسم D في برنامج Medicare العقاقير المقدمة لمرضى العيادات الخارجية والأمصال وبعض المستلزمات غير الخاضعة لتغطية القسمين A أو B في برنامج Medicare، أو تغطية برنامج Medicaid. وتتضمن خطتنا القسم D في برنامج Medicare.



القسم D: راجع "القسم D في برنامج Medicare".

كتيب الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذا المستند واستمارة الاشتراك وأي مرفقات أو ملحقات أخرى توضح التغطية التي تتمتع بها والإجراءات التي يجب علينا تنفيذها وحقوقك والخطوات التي يجب عليك اتخاذها بوصفك عضوًا في خطتنا.

مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مبالغ يتعين عليك دفعها عندما تحصل على خدمات أو عقاقير دوائية معينة. ويشمل مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف حصص المشاركة في الدفع.

مجلس الطعون التابع لبرنامج Medicare (المجلس): مجلس يراجع الطعون من المستوى 4. ويُعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا رفضنا طلبك للحصول على الخدمات الطبية أو العلاج، يمكنك تقديم طعن. إذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بخدمة برنامج Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات DME والعقاقير الدوائية، فيمكنك أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية الفدرالية بولاية كاليفورنيا إجراء IMR. IMR هي مراجعة لحالتك من قبل خبراء غير تابعين لخطتنا. إذا كان قرار IMR في صالحك، فيتعين علينا أن نقدم إليك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف نظير IMR.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (اختصارًا CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. يشرح الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا كيفية الاتصال بمراكز خدمات Medicare و Medicaid اختصارًا (CMS).

مرحلة تغطية الكوارث: المرحلة المتوفرة ضمن مزايا أدوية القسم D في برنامج Medicare التي تدفع فيها خطتك جميع تكاليف العقاقير الدوائية في القسم D الخاصة بك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تكون أنت (أو أي أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) قد أنفقت \$2,400 على الأدوية الخاضعة للتغطية في القسم D خلال العام. ولن تدفع أنت أي تكاليف.

مرحلة التغطية المبدئية: المرحلة التي تسبق وصول النفقات الإجمالية للعقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare إلى \$2,400. وهذا يتضمن المبالغ التي دفعتها وما دفعته الخطة نيابة عنك وبرنامج تمويل أصحاب الدخل المنخفض. تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام. خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك.

مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF): مركز يوفر في المقام الأول خدمات إعادة التأهيل بعد التعرض لمرض أو حادث أو الخضوع لعملية جراحية كبيرة. ويوفر مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، وعلاج الجهاز التنفسي، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

مركز جراحات اليوم الواحد: مرفق يقدم خدمات الجراحة بالعيادة الخارجية لمرضى ليسوا بحاجة إلى رعاية صحية داخل المستشفى ولا يُتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية الصحية.

مركز خدمات التمريض المهني (SNF): عبارة عن مركز خدمات التمريض المجهز بطاقم ومعدات ليوفر رعاية طبية متخصصة، وفي أغلب الأحيان خدمات إعادة تأهيل متخصصة وخدمات صحية أخرى.

المساعد الصحي المنزلي: شخص يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج مرخص، مثل المساعدة على الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام دورات المياه أو ارتداء الملابس أو ممارسة التمارين الموصوفة). ولا يحمل مسعفو المساعدة الصحية في المنزل رخصة تمريض ولا يقدمون علاجًا.

المشارك في برنامج Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل للحصول على تغطية برنامجي Medicare و Medicaid. يُطلق على المشترك في برنامج Medicare-Medicaid أيضًا اسم "الفرد ذو الأهلية المزدوجة".



المعلومات الصحية المحمية (وتسمى أيضًا المعلومات الصحية الشخصية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وتاريخ زيارات الطبيب والتاريخ الطبي. راجع إشعار ممارسات الخصوصية للحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية حماية معلوماتك الصحية المحمية واستخدامها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية المحمية.

المنتج الحيوي: دواء مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات الحيوية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك يطلق على الأشكال البديلة مسمى البدائل الحيوية. (انظر أيضًا "المنتج الحيوي الأصلي" و"البديل الحيوي").

المنتج الحيوي الأصلي: منتج بيولوجي معتمد من FDA ويُعد المرجع الأساسي للشركات المصنعة التي تصنع نسخة بيولوجية مماثلة. ويسمى أيضًا منتج مرجعي.

منسق الرعاية: شخص واحد يُعد المسؤول الرئيسي ويتعامل معك ومع الخطة الصحية ومع موفري الرعاية لك للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

منطقة الخدمة: هي النطاق الجغرافي الذي تقبل فيه الخطة الصحية الأعضاء إذا كانت حدود العضوية معتمدة على أماكن إقامة الأشخاص. بالنسبة إلى الخطوط التي تضع قيودًا على الأطباء والمستشفيات التي يمكنك الاستعانة بها، عادةً ما تكون المنطقة التي يمكنك أن تحصل فيها على خدمات روتينية (غير طارئة). ولا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا.

منظمة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وتدفع الحكومة الفيدرالية إلى QIO لفحص الرعاية المقدمة إلى المرضى وتحسينها. راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن QIO.

منظمة المراجعة المستقلة (IRO): منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare وتقوم بمراجعة الطعن من المستوى 2. إنها ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم أنه ينبغي تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها. والاسم الرسمي الذي يُطلق عليها هو مؤسسة المراجعة المستقلة.

موازنة الفواتير: الممارسة التي يقوم فيها موفر الرعاية بمطالبة المريض بدفع الفرق بين إجمالي الرسوم التي يطالب بها موفر الرعاية والمبلغ الذي تدفعه الخطة الصحية للمريض.

موفر الرعاية الأولية (PCP): الطبيب أو موفر رعاية آخر تستعين به أولاً في أغلب المشكلات الصحية. ويعمل على التأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للحفاظ على صحتك.

- وقد يتحدث أيضًا إلى الأطباء وموفري الرعاية الصحية الآخرين عن رعايتك ويحملك إليهم.
- في العديد من خطط برنامج Medicare الصحية، يجب عليك الاستعانة بموفر الرعاية الأولية قبل التعامل مع أي موفر رعاية صحية آخر.
- راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات حول الحصول على الرعاية من موفري الرعاية الأولية.

موفر الرعاية التابع للشبكة: هم موفرو الرعاية الذين يعملون مع خطتنا. ويوافق موفرو الرعاية هؤلاء على قبول سداد دفعتنا كدفعة كاملة. وقد اتخذنا الترتيبات اللازمة لموفري الرعاية هؤلاء لتقديم الخدمات الخاضعة للتغطية لك. ويرسل موفرو الرعاية التابعون للشبكة الفواتير لنا مباشرة عن الرعاية التي قدموها لك. ومن ثم عندما تذهب إلى موفر رعاية تابع للشبكة، فعادةً لا تدفع أي مبالغ نظير الخدمات الخاضعة للتغطية. يُعد مصطلح "موفر الرعاية" مصطلحًا عامًا نستخدمه للإشارة إلى الأطباء وأفراد طاقم التمريض والأشخاص الآخرين الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية. ويتضمن هذا المصطلح أيضًا المستشفيات وهيئات الصحة المنزلية والعيادات وأماكن أخرى تُقدم خدمات الرعاية الصحية والأجهزة الطبية والخدمات والمساعدات طويلة الأجل.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى التواصل مع Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan على رقم 1-800-452-4413

(TTY: 711)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات



موفر رعاية غير تابع للشبكة أو مرفق غير تابع للشبكة: موفر رعاية أو مرفق لا تستخدمه خطتنا أو تمتلكه أو تديره ولا يرتبط بعقد لتوفير الخدمات الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. يشرح **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا موفري الرعاية غير التابعين للشبكة أو المرافق غير التابعة للشبكة.

موفرو الرعاية: هم الأطباء وأفراد طاقم التمريض وغيرهم ممن يقدمون لك الخدمات والرعاية وبرخصون من قبل الولاية. ويشير مصطلح موفري الرعاية كذلك إلى المستشفيات، وهيئات خدمات الصحة المنزلية، والعيادات، والأماكن الأخرى التي توفر خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية، والمعدات الطبية، وعدد معين من LTSS.

نسبة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف اليومية: نسبة قد تُطبق عندما يصف الطبيب المعالج لك صرفية لأقل من شهر من أدوية بعينها ويتعين عليك سداد حصة المشاركة في الدفع. ونسبة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف اليومية هي حصة المشاركة في الدفع مقسومة على عدد الأيام المحدد لها صرفية الدواء.

إليك مثالاً: لنفترض أن حصة المشاركة في الدفع لدوائك لصرفية شهر كامل (صرفية 30 يومًا) تبلغ \$1.35. يعني ذلك أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أقل من \$0.05 يوميًا. وإذا حصلت على صرفية لسبعة أيام من دوائك، فسيكون المبلغ الذي ستدفعه أقل من \$0.05 عن كل يوم مضروبًا في سبعة أيام، فيكون إجمالي المبلغ أقل من \$0.35.

خدمة العملاء في Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan

النوع	التفاصيل
اتصال هاتفي	1-800-452-4413 علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل الصوتي عن طريق الاتصال بخدمة العملاء. تقدم خدمة العملاء أيضًا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 يتطلب هذا الرقم معدات هاتفية خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.
الفاكس	877-251-6671
مراسلة كتابية	Blue Shield Medicare + Medi-Cal Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
الموقع الإلكتروني	blueshieldca.com/medicare

بيان إفصاح PRA وفقًا لقانون الحد من المعاملات الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لجمع المعلومات ما لم يتضمن هذا الجمع رقم تحكم ساريًا صادرًا عن OMB. رقم التحكم الساري الصادر عن OMB لجمع المعلومات هذا هو 0938-1444. وإن كانت لديك أي تعليقات أو اقتراحات تهدف إلى تحسين هذا النموذج، يُرجى إرسالها إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555