

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

H2819_23_352A_001-AR_C Approved 08242023

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. **لمزيد من المعلومات،**



1 يناير 2024 - 31 ديسمبر 2024

التغطية الصحية وتغطية الأدوية الخاصة بك بموجب Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)، إحدى خطط Medicare Medi-Cal

مقدمة كتيب الأعضاء

يشرح "كتيب الأعضاء" هذا، والمعروف أيضًا باسم "ليليل التغطية"، ما تستمتع به من تغطية بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2024. وهو يوضح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية وإدمان المخدرات)، وتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية، والخدمات والمساعدات طويلة الأجل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل 12 من كتيب الأعضاء لديك.

هذا مستند قانوني هام. احتفظ به في مكان آمن.

عندما يُذكر في كتيب الأعضاء هذا "نحن" أو الضمير "نا"، أو "خطتنا" فإن المقصود هو Blue Shield TotalDual Plan.

هذا المستند متاح مجانًا باللغات العربية والألمانية والكمبودية والصينية والفارسية والكورية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والفيتنامية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل و/أو تسجيل صوتي عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

- يمكنك الآن ومستقبلًا التقدم بطلب دائم للحصول على هذا المستند بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. سيتم الاحتفاظ باللغة والصيغة المفضلة لديك في ملفاتنا للتوصيات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan.

لدينا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على أي أسئلة قد تكون لديك حول ما نقدمه من رعاية صحية أو خطتنا الدوائية. للحصول على مترجم فوري، فقط اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. يستطيع شخص يتحدث العربية مساعدتك. هذه خدمة مجانية.



إخلاء المسؤولية

- ❖ قد تتغير المزايا و/أو أقساط التأمين و/أو المبلغ المستقطع و/أو حصص المشاركة في الدفع و/أو قيمة المشاركة في التأمين في 1 يناير 2025.
- ❖ قد يتغير كاتب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة موفري الرعاية في أي وقت. سوف تتلقى إشعارًا عند الضرورة. سنقوم بإخطار المشتركين المتأثرين بالتغييرات قبل 30 يومًا على الأقل.
- ❖ تقع على عاتق خطتنا مسؤولية تنسيق مزايا Medi-Cal (Medicaid) لك.
- ❖ خطة Blue Shield of California HMO D-SNP متعاقدة مع كل من برنامج Medicare و California State Medi-Cal (Medicaid) Program. يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.
- ❖ التغطية تحت مظلة Blue Shield TotalDual Plan تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وبها يتم الوفاء بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون الرعاية الصحية الأمريكي (ACA). تفضل زيارة موقع خدمة الإيرادات الداخلية (IRS) على الويب على العنوان www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة الفردية.



الفصل 1: البدء بصفقتك أحد الأعضاء

المقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات حول Blue Shield TotalDual 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 كتيب الأعضاء لديك.

جدول المحتويات

A. مرحبًا بك في خطتنا.....	6
B. معلومات حول Medicare و Medi-Cal.....	6
B1. برنامج Medicare.....	6
B2. برنامج Medi-Cal.....	6
C. مميزات خطتنا.....	7
D. منطقة الخدمة في خطتنا.....	8
E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة.....	8
F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد خطط الرعاية الصحية لأول مرة.....	8
G. فريق الرعاية الخاص بك وخطة الرعاية.....	9
G1. فريق الرعاية.....	9
G2. خطة الرعاية.....	9
H. تكاليفك الشهرية لـ Blue Shield TotalDual Plan.....	10
H1. قسط تأمين الخطة.....	10
I. كتيب الأعضاء الخاص بك:.....	10
J. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قبلنا.....	10
J1. بطاقة معرف العضوية الخاصة بك.....	11
J2. دليل موفري الرعاية والصيدليات.....	11
J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية.....	13

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- J4. شرح الاستحقاقات..... 13
- K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثاً..... 13
- K1. المعلومات الصحية الشخصية المحمية (PHI)..... 14



A. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تشمل خطتنا الأطباء، والمستشفيات، والصيدليات، وموفري رعاية ومساعدات 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 Medicare و Medi-Cal

B1. برنامج Medicare

يُعد Medicare برنامجًا للتأمين الصحي الاتحادي 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 مراحل النهائية (الفشل الكلوي).

B2. برنامج Medi-Cal

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

تقرر كل ولاية:

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

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

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

- أننا اخترنا تقديم الخطة، و
 - وأن 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 اعتبارًا من الآن على خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal التي تتم تغطيتها بموجب خطتنا، بما في ذلك الأدوية المقررة بوصفة طبية. ولن تدفع أي مبلغ إضافي للالتحاق بهذه الخطة الصحية.

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

- يمكنك العمل معنا لتلبية معظم احتياجات رعايتك الصحية.
- سيكون لديك فريق رعاية تساعد أنت في تشكيله. قد يتضمن فريق الرعاية الخاص بك أنت، أو مقدم الرعاية الخاص بك، 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 الرعاية الخاص بك 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 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 الرعاية الخاص بك يتأكد مما يلي:
 - أن أطباءك على علم بجميع الأدوية التي تتناولها حتى يتسنى لهم التأكد أنك تتناول الأدوية الصحيحة، ويمكن لأطبائك أن يقللوا من أي أعراض جانبية قد تحدث لك من الدواء.
 - وسوف يتأكد فريق الرعاية الخاص بك أن نتائج اختبارك قد تمت مشاركتها مع جميع أطبائك وموفري الرعاية الآخرين، كما يلزم.

أعضاء جدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم اشتراكك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر بعد طلب الاشتراك في Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع، إذا كانت لديك أي أسئلة.



D. منطقة الخدمة في خطتنا

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

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

إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكن أن تبقى في هذه الخطة. راجع الفصل 8 من كتيب الأعضاء لديك لمزيد من المعلومات حول تأثيرات الخروج من منطقة خدمتنا.

E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة

أنت مؤهل لتصبح عضوًا في خطتنا بشرط:

- العيش في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا)، و
- أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر في وقت الاشتراك، و
- أن تكون مشتركًا في كل من القسم A في برنامج Medicare والقسم B في برنامج Medicare، و
- أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة، و
- أن تكون مؤهلًا في الوقت الحالي لبرنامج Medi-Cal، و

إذا فقدت أهلية برنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها في غضون 6 أشهر، فأنت لا تزال مؤهلًا للاستفادة من خطتنا. (الفصل 4، القسم A يشرح لك التغطية ومبالغ المشاركة في تحمل التكاليف خلال هذه الفترة، وهو ما يسمى الأهلية المستمرة).

اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد خطط الرعاية الصحية لأول مرة

عند انضمامك إلى خطتنا لأول مرة، ستحصل على تقييم المخاطر الصحية (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 هذا أسئلة للتعرف على احتياجاتك الطبية، واحتياجات الصحة السلوكية والاحتياجات الوظيفية.

وستواصل معك لإكمال HRA. يمكن إكمال HRA عن طريق زيارة شخصية، أو مكالمة هاتفية، أو بالبريد.

سوف نرسل لك المزيد من المعلومات حول HRA.

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



- تتطلب منا أنت أو ممثلك أو موفر الرعاية الخاص بك السماح لك بالاستمرار في استخدام موفر الرعاية الحالي الخاص بك.
- لقد أثبتنا أن لديك علاقة قائمة مع موفر رعاية أولية أو الرعاية المتخصصة، مع بعض الاستثناءات. عندما نقول "علاقة قائمة"، فهذا يعني أنك زرت موفر رعاية غير تابع للشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال 12 شهرًا السابقة لتاريخ اشتراكك الأولي في خطتنا.
 - نحن نحدد العلاقة القائمة من خلال مراجعة المعلومات الصحية المتوفرة لك أو المعلومات التي تقدمها لنا.
 - يتطلب الرد على طلبك 30 يومًا. يمكن أن نطلب منا أيضًا اتخاذ قرار سريع ولا بد أن يتم الرد خلال 15 يومًا. إذا كنت معرضًا لخطر الأذى، يجب علينا الرد خلال 3 أيام.
 - يجب عليك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك إظهار وثائق العلاقة القائمة والموافقة على شروط معينة عند تقديم الطلب.

ملحوظة: يمكنك تقديم هذا الطلب لمزودي الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) لمدة 90 يومًا على الأقل حتى نُصرح بجهاز مؤجر جديد ويقوم موفر رعاية تابع للشبكة بتسليم الجهاز. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا الطلب لمقدمي خدمات النقل أو موفري 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 وموفري الرعاية الآخرين في شبكة Blue Shield TotalDual Plan المنتسبين إلى المجموعة الطبية لموفر الرعاية الأولية الخاص بك، ما لم نبرم اتفاقًا مع طبيبك غير التابع للشبكة. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين (IPA) هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع خطط صحية لتوفير أو تنظيم توفير خدمات الرعاية الصحية للمشاركين في الخطط الصحية. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين هي جمعية من أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيين تم إنشاؤها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة من أجلك. ارجع إلى **الفصل 3** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق الرعاية الخاص بك وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الاستمرار في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. قد يضم فريق الرعاية طبيبك، أو منسق الرعاية، أو أي شخص آخر يعمل في مجال الصحة تختاره.

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

G2. خطة الرعاية

يعمل فريق الرعاية الخاص بك معك لوضع خطة رعاية. توضح خطة الرعاية لك ولأطبائك الخدمات التي تحتاج إليها وكيفية الحصول عليها. ويشمل ذلك احتياجاتك الطبية والصحة السلوكية والخدمات و LTSS أو غيرها من الخدمات.

تتضمن خطة الرعاية الخاصة بك ما يلي:



- أهداف الرعاية الصحية الخاصة بك، و
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاجها.

يجتمع فريق الرعاية الخاص بك معك بعد HRA الخاص بك. وسيسألونك عن الخدمات التي تحتاجها. ويخبروك أيضًا بالخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم وضع خطة الرعاية الخاصة بك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. سيعمل فريق الرعاية الصحية الخاص بك معك لتحديث خطة الرعاية الصحية الخاصة بك على الأقل مرة في كل عام.

H. تكاليفك الشهرية لـ Blue Shield TotalDual Plan

قد تشمل تكاليفك ما يلي:

- قسط تأمين الخطة (القسم H1)

في بعض الحالات، قد يكون قسط تأمين خطتك أقل.

H1. قسط تأمين الخطة

باعتبارك عضوًا في خطتك، فإنك تدفع قسط تأمين الخطة شهريًا. لعام 2024، قسط تأمين الخطة الشهري لـ Blue Shield TotalDual Plan هو \$41.00. ومع ذلك، فإنك لن تدفع أي تكاليف طالما أنك مشترك في القسم D للدعم المالي للدخل المنخفض، والمعروف أيضًا باسم "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"، وتغطية برنامج Medi-Cal الكاملة.

A. كتيب الأعضاء الخاص بك:

يُعد كتيب 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 كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE).

يمكنك طلب كتيب الأعضاء عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة يمكنك أيضًا الرجوع إلى كتيب 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 2024 و31 ديسمبر 2024.

L. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قبلنا

تتضمن المعلومات الهامة الأخرى التي نزودك بها بطاقة معرف العضوية، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى دليل موفري الرعاية والصيدليات، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية، التي تسمى أيضًا كتيب الوصفات.



J1. بطاقة معرف العضوية الخاصة بك

وفقًا لخطتنا، سنتلقى بطاقة واحدة لخدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات و LTSS، وخدمات صحة سلوكية معينة، والوصفات الطبية. يجب عليك إظهار هذه البطاقة عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي نموذج لبطاقة معرف العضوية:

<p>In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Customer Service Pharmacy Help Desk Transportation NurseHelp 24/7 Send Medical Claims To:</p>	<p>blueshieldca.com/medicare (800) 452-4413 (TTY: 711) (888) 970-0933 (855) 200-7544 (877) 304-0504 Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Send Rx Claims To: Claims Processing P.O. Box 52066, Phoenix, AZ 85072-2066</p>	<p>blue california</p> <p>Member Name: John Doe Member ID: XEE Care Coordinator Phone: (999) 999-9999 PCP: Good, Doctor</p> <p>PCP Ph: (999) 999-9999 MED GROUP</p>	<p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxBIN: 004336 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001</p>
---	--	---	--

Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.
Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

إذا تعرضت بطاقة معرف العضوية الخاصة بك للتلغف أو الضياع أو السرقة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة على الفور. وسنرسل 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 الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بتلك البطاقات في مكان آمن، فقد تحتاج إليها مرة أخرى. إذا قمت بإظهار بطاقة برنامج Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة معرف العضوية، فقد يقوم موفر الرعاية بإرسال فاتورة إلى برنامج Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تتلقى فاتورة. ارجع إلى **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 مزايا (BIC) 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 Medi-Cal Dental Program
- خدمات الدعم المنزلية (IHSS)
- برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP)

J2. دليل موفري الرعاية والصيدليات

يسرد دليل موفري الرعاية والصيدليات موفري الرعاية والصيدليات 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 والصيدليات (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 والصيدليات إليك بالبريد خلال ثلاثة أيام عمل.

يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل موفري الرعاية والصيدليات من خلال عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.



يسرد دليل موفري الرعاية والصيدليات المتخصصين في الرعاية الصحية (مثل الأطباء، الممرضون الممارسون، والاختصاصيون النفسيون)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات)، و موفري الدعم (مثل موفرو الرعاية الصحية النهارية للكبار وموفرو الرعاية الصحية في المنزل) والذي يمكنك الاطلاع عليه بصفقتك عضوًا في Blue Shield TotalDual Plan. ندرج في هذا الدليل الصيدليات التي يمكنك أن تتعامل معها للحصول على أدويةك المقررة بوصفة طبية. و 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 مجموعتك الطبية/IPA، و
- كيفية الوصول إلى الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)، وخدمات الدعم المنزلية (IHSS) أو برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP)، و
- معلومات حول كيفية الوصول إلى صيدليات خدمة البريد أو الحقن المنزلي أو صيدليات الرعاية الطويلة الأجل.

تعريف موفري الرعاية التابعين للشبكة

- يشمل موفرو الرعاية التابعين للشبكة:
 - الأطباء والممرضات وأخصائيي رعاية صحية آخرين، ويمكنك الاستعانة بهم باعتبارك عضوًا في خطتنا؛
 - العيادات والمستشفيات ومراكز التمريض والأماكن الأخرى التي تقدم خدمات صحية في خطتنا؛ و،
 - ويتضمن ذلك أيضًا الخدمات و LTSS، وخدمات الصحة السلوكية، ومؤسسات خدمات الصحة المنزلية، ومزودي الأجهزة الطبية المُعمّرة (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 التابعين لشبكتنا.



J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

تتضمن الخطة قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا. وتسرّد لك الأدوية التي تستلزم وصفة طبية والتي تغطيها خطتنا.

توضح لك "قائمة الأدوية" أيضًا ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أية أدوية، مثل حد مفروض على الجرعة التي يمكنك تناولها. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

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 الخاصة بك من القسم D من Medicare. يُسمى هذا التقرير الموجز شرح الاستحقاقات ("EOB").

يُطلعك EOB على إجمالي المبلغ الذي تحملته، أو تحمله آخرون نيابة عنك، مقابل الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare، وإجمالي المبلغ الذي دفعناه مقابل حصولك على كل دواء من الأدوية المقررة لك بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare خلال الشهر. EOP لا يعتبر فاتورة. يتضمن EOP معلومات أكثر حول الأدوية التي تناولها مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة مع تقاسم تكاليف أقل. يمكنك التحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. **الفصل 6** من كتيب الأعضاء الخاص بك يقدم المزيد من المعلومات حول EOP وكيف يساعدك على تتبع تغطية الأدوية الخاصة بك.

يمكنك طلب نسخة من EOP. 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 المعلومات.

نحن بحاجة إلى هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يحتاج موفرو الرعاية والصيدليات التابعين لشبكتنا أيضًا معلومات صحيحة عنك. فهم يستخدمون سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية التي تحصل عليها ومقدار التكاليف التي تتحملها.

أخبرنا على الفور عن ما يلي:

- إذا حدثت لك تغييرات طارئة 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 العمل لزوجتك/زوجك، أو صاحب عمل ريفيك/رفيقتك الشخصية أو تعويضات العاملين.
- إذا كانت لديك أي دعاوى بخصوص المسؤوليات القانونية، مثل الدعاوى الخاصة بحوادث السيارات؛
- الدخول إلى مرفق ترميز أو مستشفى؛



- إذا حصلت على رعاية في مستشفى أو غرفة الطوارئ؛
 - 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 تشارك فيها أو تصبح جزءًا منها، ولكننا نشجعك على القيام بذلك.)
- إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

K1. المعلومات الصحية الشخصية المحمية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل عضويتك معلومات صحية شخصية (PHI). تتطلب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية أن نحافظ على خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. كيف نحمي الخاصة بك PHI. لمزيد من التفاصيل عن كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية، الرجاء الرجوع إلى **الفصل 8** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.



الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد الهامة

المقدمة

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 والأخرين للدفاع نيابة عنك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

جدول المحتويات

17	A. خدمة العملاء.....
20	B. منسق الرعاية الخاص بك.....
22	C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP).....
23	D. خط الاستشارات التمريضية.....
24	E. خط أزمة الصحة السلوكية.....
25	F. منظمة تحسين الجودة (QIO).....
26	G. برنامج Medicare.....
27	H. برنامج Medi-Cal.....
28	I. مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal والصحة العقلية.....
29	J. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة.....
31	K. خطة الصحة العقلية المتخصصة التابعة لمقاطعتك.....
32	L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا.....
33	M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية لهم.....
33	M1. برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help).....
34	M2. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP).....
35	N. الضمان الاجتماعي.....
36	O. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB).....
37	P. موارد أخرى.....

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



38Q. برنامج Medi-Cal Dental Program



A. خدمة العملاء

<p>1-800-452-4413. هذه المكالمات مجانية. من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.</p>	<p><u>اتصال هاتفي</u></p>
<p>711. هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع</p>	<p>TTY</p>
<p>Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p>	<p><u>مراسلة كتابية</u></p>
<p>blueshieldca.com/medicare</p>	<p><u>الموقع الإلكتروني</u></p>

اتصل بخدمة العملاء للحصول على المساعدة في:

- الاستفسارات بخصوص الخطة
- الاستفسارات المتعلقة بالمطالبات أو الفواتير
- قرارات بيان المزايا المغطاة الخاصة برعايتك الصحية
 - قرار بيان المزايا المغطاة المتعلق 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 المتعلق برعايتك الصحية.
 - لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- الطعون المتعلقة برعايتك الصحية



○ إن تقديم طعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة القرار الذي اتخذناه بشأن التغطية المخصصة لك وتطلب منا تغييره إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا أو لا توافق على القرار.

○ لمعرفة المزيد حول كيفية تقديم طعن، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء.

● 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 لنا شكوى أو إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) بخصوص جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع **القسم F**).

○ يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك من خلال الاتصال على (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 على العنوان www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE لطلب المساعدة.

○ يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare Medi-Cal Ombuds Program عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-804-3536.

○ للتعرف على المزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

● قرارات بيان المزايا المغطاة الخاصة 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 (OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273.

○ لمعرفة المزيد عن قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية المقررة بوصفها طبية لك، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.



- تقديم الطعون بخصوص الأدوية
 - تقديم الطعن هو طريقة لأن تطلب منا تغيير قرار بيان المزايا المغطاة.
 - لمعرفة المزيد عن كيفية إجراء طعن فيما يتعلق بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك، راجع **الفصل 9** من كاتب الأعضاء الخاص بك.
- تقديم الشكاوى بخصوص الأدوية
 - يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي صيدلية. يتضمن ذلك الشكاوى الخاصة بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك.
 - إذا كانت الشكاوى بخصوص أحد قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية المقررة بوصفة طبية لك، يمكنك تقديم طعن. (راجع القسم أعلاه.)
 - يمكنك إرسال شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج Medicare. يمكنك استخدام نموذج متوفر على الإنترنت على العنوان www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) لطلب المساعدة.
 - لمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بشأن الأدوية المقررة بوصفة طبية لك، راجع **الفصل 9** من كاتب الأعضاء الخاص بك.
- الدفع مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
 - لمعرفة المزيد عن كيفية طلب مطالبتنا برد المبلغ لك، أو دفع فاتورة قد تلقيتها، راجع **الفصل 7** من كاتب الأعضاء الخاص بك.
 - إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك، يمكنك الطعن على قرارنا. يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كاتب الأعضاء الخاص بك.



B. منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك خلال تنسيق عملية الرعاية. سيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق الرعاية الخاص بك، وسوف يكون/تكون بمثابة جهة الاتصال الأساسية بالنسبة لك. عند الاشتراك، سيتصل بك منسق الرعاية من أجل إكمال تقييم المخاطر الصحية وخطة الرعاية الفردية. هذه هي الأدوات التي سيستخدمها منسق الرعاية الخاص بك للمساعدة في تحديد احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك وتخصيصها بما يناسبك. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم أدناه.

<p>1-888-548-5765. هذه المكالمات مجانية.</p> <p>من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة</p> <p>نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>711. هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p> <p>من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة</p>	<p>TTY</p>
<p>Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856</p>	<p>مراسلة كتابية</p>

اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للحصول على المساعدة فيما يتعلق بما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة برعايتك الصحية
- الاستفسارات المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية وإدمان المخدرات)
- الاستفسارات بخصوص مزاي طب الأسنان
- الاستفسارات بخصوص خدمات النقل إلى المواعيد الطبية

تشمل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) ومرافق التمريض (NF).

في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجات العيش اليومية.

قد تتمكن من الحصول على هذه الخدمات:



- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)،
- الرعاية التمريضية المتخصصة،
- العلاج البدني،
- العلاج الوظيفي،
- علاج التخاطب،
- الخدمات الطبية الاجتماعية، و
- الرعاية الصحية المنزلية.
- في خدمات الدعم المنزلي، من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك

اعتمادًا على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، قد تتلقى أيضًا دعمًا مجتمعيًا إضافيًا من خلال Blue Shield TotalDual Plan الخاصة بك. يمكن لموفر الرعاية الخاص بك إحالتك إذا كان يعتقد أنك مؤهل للحصول على دعم المجتمع أو يمكنك التواصل مع خدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك لمعرفة المزيد. قد تتمكن من الحصول على هذه الخدمات:

- وسائل تكييف الإمكانات البيئية (التعديلات المنزلية)،
- خدمات الإسكان والانتقال،
- ودائع الإسكان،
- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة،
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا،
- العناية الشخصية وخدمات التدبير المنزلي،
- رعاية التعافي (الراحة الطبية)،
- استراحة مقدمي الرعاية،
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى، أو
- مراكز تحسين الوعي



C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP)

يقدم برنامج مساعدة التأمين الصحي الحكومي (SHIP) استشارات مجانية في مجال التأمين الصحي للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. في كاليفورنيا، يُطلق اللفظ SHIP على اسم برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري HICAP أن يردوا على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. ويتوفر في البرنامج مستشارون مديرون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجاًاً.

إن HICAP غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

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

اتصل ببرنامج HICAP للمساعدة في:

- الاستفسارات بخصوص برنامج Medicare
- يمكن لمستشاري HICAP الرد على استفساراتك بشأن التغيير لخطة جديدة، ومساعدتك فيما يلي:
 - معرفة حقوقك،
 - معرفة اختيارات خططك،
 - تقديم شكاوي بشأن الرعاية الطبية أو العلاج الذي تتلقاه، و
 - تسوية مشكلاتك المتعلقة بالفواتير.



D. خط الاستشارات التمريضية

يقدم خط الاستشارات التمريضية التابع لـ Blue Shield of California الدعم من خلال الممرضات المسجلات المتوفرات للإجابة على الأسئلة على مدار 24 ساعة، سبعة أيام في 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 الحصول على ملخص للمحادثة المرسله إليهم عبر البريد الإلكتروني والذي يتضمن جميع المعلومات والروابط لتسهيل الرجوع إليها. يمكنك الاتصال بخط الاستشارات التمريضية لطرح أسئلة حول صحتك أو الرعاية الصحية.

<p>877) 304-0504 (علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. الخدمة متاحة 24 ساعة، وطوال أيام الأسبوع توفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>711 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. الخدمة متاحة 24 ساعة، وطوال أيام الأسبوع</p>	<p>TTY</p>



E. خط أزمة الصحة السلوكية

<p>خط الوصول والأزمات في مقاطعة لوس أنجلوس 1-800-854-7771 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. الخدمة متاحة 24 ساعة، وطوال أيام الأسبوع توفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية. خط الوصول والأزمات في مقاطعة سان دييغو 1-888-724-7240 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. الخدمة متاحة 24 ساعة، وطوال أيام الأسبوع توفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>711 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم. الخدمة متاحة 24 ساعة، وطوال أيام الأسبوع</p>	<p>TTY</p>

اتصل بخط أزمة الصحة السلوكية للمساعدة في:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات
- الاستفسارات حول خدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، راجع القسم K.



F. منظمة تحسين الجودة (QIO)

يوجد بولايتنا منظمة يطلق عليها Livanta. وهي تضم مجموعة من الأطباء وأخصائيي رعاية صحية آخرين يساعدون في تحسين جودة الرعاية الصحية للأشخاص المستفيدين من برنامج Medicare. لاحظ أن Livanta غير تابع لخطتنا.

1-877-588-1123	<u>اتصال هاتفي</u>
من 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، ومن 11:00 صباحًا إلى 3:00 مساءً، السبت والأحد، ومن 7:00 صباحًا إلى 3:30 مساءً خلال العطلات	
1-855-887-6668	<u>TTY</u>
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.	
Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701	<u>مراسلة كتابية</u>
https://livantaqio.com/en/states/california	<u>الموقع الإلكتروني</u>

تواصل مع Livanta للحصول على المساعدة فيما يلي:

- الاستفسارات المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- تقديم شكوى بشأن الرعاية التي تلقيتها إذا:
 - واجهتك مشكلة في جودة الرعاية،
 - 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 (CORF) ستنتهي قبل موعدها المفترض.



G. برنامج Medicare

برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الاتحادي 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 مرحلته النهائية (الفشل الكلوي الذي يتطلب غسيل الكلى أو عملية زراعة كلى).

الهيئة الاتحادية المسؤولة عن برنامج Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid، أو اختصارًا CMS.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>1-877-486-2048. هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.medicare.gov</p> <p>هذا هو الموقع الإلكتروني الرسمي لبرنامج Medicare. ويوفر لك معلومات حديثة عن برنامج Medicare. كما أنه يتضمن معلومات حول المستشفيات، ومرافق التمريض، والأطباء، ووكالات الصحة المنزلية، ومرافق غسيل الكلى، ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين، ودور رعاية الأمراض العضال.</p> <p>كما يتضمن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة. ويتضمن أيضًا مستندات يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر الخاص بك.</p> <p>إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد تتمكن مكتبك المحلية أو دار رعاية كبار السن من مساعدتك في زيارة هذا الموقع الإلكتروني باستخدام أجهزة الكمبيوتر الخاصة بهم. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم أعلاه وإخبارهم بما تبحث عنه. وسوف يجدون المعلومات على الموقع الإلكتروني ويراجعون المعلومات معك.</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>



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 البديلية والنساء الحوامل. يتم تمويل برنامج Medi-Cal من أموال الحكومة الاتحادية والولاية.

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

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

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



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

يعمل مكاتب التظلمات بمثابة محام نيابة عنك. يمكنهم الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنهم مساعدتك في فهم ما يجب القيام به. يساعدك مكتب التظلمات أيضًا في حل مشكلات الخدمة أو الفواتير. إنهم لا يرتبطون بخططنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. خدماتهم مجانية.

اتصال هاتفي	1-888-452-8609 هذه المكالمات مجانية. يمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.
TTY	711 هذه المكالمات مجانية.
مراسلة كتابية	California Department of Healthcare Services Office of the Ombudsman 1501 Capitol Mall MS 4412 PO Box 997413 Sacramento, CA 95899-7413
البريد الإلكتروني	MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov
الموقع الإلكتروني	www.dhcs.ca.gov/services/medical/Pages/MMCDOmbudsman.aspx

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ل. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بشأن مزايا مقاطعة لوس أنجلوس أو مقاطعة سان دييغو، فاتصل بوكالة الخدمات الاجتماعية المحلية في المقاطعة.

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 التسوق لشراء مستلزمات غسل الملابس، أو النقل.

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

<p>1-866-613-3777 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>تمتلك إدارة الخدمات الاجتماعية العامة في مقاطعة لوس أنجلوس مركزًا لخدمة العملاء (CSC) يخدم 33 مكتبًا في المنطقة. وتمتد ساعات العمل من الإثنين إلى الجمعة باستثناء أيام العطلات، من 7:30 صباحًا إلى 5:30 مساءً.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>1-877-735-2929</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p>	<p>TTY</p>
<p>Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023</p>	<p>مراسلة كتابية</p>
<p>https://dpss.lacounty.gov</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>
<p>1-866-262-9881 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>ممثلو مقاطعة سان دييغو للصحة والخدمات الإنسانية هم يتوفر الاتصال من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة.</p> <p>خط الوصول للخدمة الذاتية متاح 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p> <p>سيحتاج المتصلون إلى إدخال رقم الضمان الاجتماعي (SSN) الخاص بهم لاستخدام النظام.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>1-619-589-4459</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p>	<p>TTY</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



County of San Diego Health and Human Services Agency P.O. Box 85027 San Diego, CA 92186	<u>مراسلة كتابية</u>
https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html	<u>الموقع الإلكتروني</u>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



K. خطة الصحة العقلية المتخصصة التابعة لمقاطعتك

تتاح خدمات الصحة العقلية المتخصصة من برنامج Medi-Cal عبر خطة الصحة العقلية (MHP) التابعة لمقاطعتك إذا استوفيت المعايير المطلوبة.

<p>مقاطعة لوس أنجلوس</p> <p>1-800-854-7771 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع.</p> <p>نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.</p> <p>مقاطعة سان دييغو</p> <p>1-888-724-7240 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع.</p> <p>نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>711 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p> <p>24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع.</p>	<p>TTY</p>

يمكن أن تتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة التابعة لمقاطعتك للمساعدة في:

- الاستفسارات التي تتعلق بخدمات الصحة العقلية المتخصصة التي تقدمها المقاطعة
- 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



L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

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

1-888-466-2219	<u>اتصال هاتفي</u>
ممثلو DMHC متاحون بين الساعة 8:00 صباحًا و6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.	
1-877-688-9891	TDD
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون 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 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725	<u>مراسلة كتابية</u>
1-916-255-5241	<u>الفاكس</u>
www.dmhc.ca.gov	<u>الموقع الإلكتروني</u>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية لهم

موقع www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/5-ways-to-get-help-with-prescription-costs يوفر معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المحدود، هناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة، كما هو موضح أدناه.

M1. برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فأنت مؤهل للحصول على "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)" من برنامج Medicare وتحصل عليه لدفع تكاليف خطة الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. لا يتعين عليك فعل أي شيء للحصول على "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)".

1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)	اتصال هاتفي
الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.	
1-877-486-2048 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.	TTY
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.	
www.medicare.gov	الموقع الإلكتروني

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح للمشاركة في التكلفة عندما تحصل على الوصفة الطبية المقررة لك من الصيدلية، فإن خطتنا تتضمن عملية تتيح لك إما طلب المساعدة في الحصول على دليل على مستوى حصة المشاركة في الدفع الصحيحة لك، أو إذا كان لديك الدليل بالفعل، تتيح لك تقديم هذا الدليل لنا.

- للحصول على المساعدة في الحصول على دليل على مستوى حصة المشاركة في الدفع الصحيحة لك، يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع، ويمكننا إرسال قائمة بالمستندات المقبولة للدلة عبر البريد أو الفاكس أو قراءتها لك عبر الهاتف. بمجرد حصولك على الدليل، أو إذا كان لديك بالفعل، يمكنك إرساله إلينا إما عن طريق الفاكس (251-6671) (877) أو عن طريق البريد (Blue Shield Medicare, PO Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856).
- عندما نتلقى الدليل الذي يوضح مستوى حصة المشاركة في الدفع الخاص بك، سنقوم بتحديث نظامنا بحيث سيتم تحصيل مبلغ حصة المشاركة في الدفع الصحيح منك عندما تحصل على الوصفة الطبية التالية لك. في حالة دفع مبالغ زائدة عن حصة المشاركة في الدفع المقررة لك، سنردها إليك. إما أن نرسل إليك شيكًا أو نخصم المبلغ من حصص المشاركة في الدفع المستقبلية. إذا لم تقم الصيدلية بتحصيل حصة المشاركة في الدفع منك وتحملت حصة المشاركة في الدفع لك كدين عليك، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الصيدلية. إذا دفعت الولاية نيابة عنك، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الولاية. يرجى الاتصال بخدمة العملاء إذا كانت لديك أسئلة.



M2. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP)

يساعد ADAP الأفراد المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) في الحصول على أدوية HIV البشرية المنقذة للحياة. الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare والموجودة أيضًا في كتيب الوصفات لـ ADAP مؤهلة للحصول على المساعدة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال California ADAP على الرقم (844) 421-7050، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً. من الاثنين إلى الجمعة أو تفضل بزيارة موقعهم على الإنترنت على:

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. ملحوظة: لكي

تكون مؤهلاً لبرنامج ADAP الذي يعمل في ولايتك، يجب أن يستوفي الأفراد معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة الإصابة بـ HIV، والدخل المنخفض كما هو محدد من قبل الولاية، وحالة غير مؤمن عليه/أو مؤمن عليه لكن التأمين لا يغطي أو غير كافٍ لتحمل التكلفة. 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 الاتصال بـ ADAP على الرقم (844) 421-7050، من 8 صباحًا حتى 5 مساءً من الاثنين إلى الجمعة، أو تفضل بزيارة موقعهم على الويب على

https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx



N. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية ويتعامل مع الاشتراك في برنامج Medicare. مواطنو الولايات المتحدة والمقيمون الدائمون الشرعيون الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، أو الذين يعانون من إعاقة أو الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (ESRD) والذين يستوفون شروطاً معينة، مؤهلون للحصول على برنامج Medicare. إذا كنت تحصل بالفعل على شيكات الضمان الاجتماعي، فسيتم الاشتراك في برنامج Medicare تلقائياً. إذا كنت لا تحصل على شيكات الضمان الاجتماعي، يجب عليك الاشتراك في برنامج Medicare. للتقدم بطلب للحصول على برنامج Medicare، يمكنك الاتصال بمكتب الضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي التابع له.

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

<p>1-800-772-1213</p> <p>المكالمات لهذا الرقم مجانية.</p> <p>متاح من الساعة 8:00 صباحاً حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.</p> <p>يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بهم للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>1-800-325-0778</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p>	<p>TTY</p>
<p>Social Security Administration Office of Public Inquiries and Communications Support 1100 West High Rise 6401 Security Blvd. Baltimore, MD 21235</p>	<p>مراسلة كتابية</p>
<p>www.ssa.gov</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



O. مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

RRB هي وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة للعاملين في السكك الحديدية في البلاد وأسرهم. إذا كنت تتلقى برنامج Medicare من خلال RRB، فمن المهم أن تخبرهم في حالة نقل عنوانك البريدي أو تغييره. إذا كانت لديك أسئلة بخصوص المزايا التي تحصل عليها من RRB، فاتصل بالوكالة.

<p>1-877-772-5772</p> <p>المكالمات لهذا الرقم مجانية.</p> <p>إذا قمت بالضغط على "0"، فيمكنك التحدث مع ممثل RRB من الساعة 9 صباحًا حتى 3:30 مساءً أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا يوم الأربعاء.</p> <p>إذا ضغطت على "1"، فيمكنك التواصل مع خط مساعدة RRB الآلي والمعلومات المسجلة على مدار 24 ساعة يوميًا، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.</p>	<p><u>اتصال هاتفي</u></p>
<p>1-312-751-4701</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p> <p>المكالمات لهذا الرقم ليست مجانية.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.rrb.gov</p>	<p><u>الموقع الإلكتروني</u></p>



P. موارد أخرى

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

إذا كان لديك مشاكل مع:

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

برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds Program يساعد في الشكاوى والطعون وجلسات الاستماع. رقم الهاتف الخاص ببرنامج Ombuds Program هو 1-888-804-3536.



Q. برنامج Medi-Cal Dental Program

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental Program؛ وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد
- الترميم والتيجان
- علاج قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والإصلاحات، والتبطين

<p>1-800-322-6384</p> <p>علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.</p> <p>تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال البرنامجين Medi-Cal Dental Fee-for-Service و (DMC) Dental Managed Care (يُشار إليه اختصارًا). ممثلو Medi-Cal Dental Fee-For-Service متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.</p>	<p>اتصال هاتفي</p>
<p>1-800-735-2922</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.</p>	<p>TTY</p>
<p>www.dental.dhcs.ca.gov</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

بالإضافة إلى برنامج Medi-Cal Dental Fee-For-Service، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة الرعاية المُدارة للأسنان. تتوفر خطط رعاية الأسنان المُدارة في مقاطعتي سكرامنتو ولوس أنجلوس. إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول خطط طب الأسنان، أو ترغب في تغيير خطط طب الأسنان، فاتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 6:00 مساءً علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.



الفصل 3: استخدام تغطية الخطة التي نقدمها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى الخاضعة للتغطية

المقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية وغيرها من الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال خطتنا. ويخبرك أيضًا نبذة 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 كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية.....	41
B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا.....	41
C. منسق الرعاية الخاص بك.....	43
C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك.....	43
C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.....	43
C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك.....	43
D. الرعاية من موفري الرعاية.....	43
D1. الحصول على رعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP).....	43
D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة.....	46
D3. عندما يترك موفر رعاية تابع للشبكة خطتنا.....	47
D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة.....	48
E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS).....	48
F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وإدمان المخدرات).....	49
F1. خدمات الصحة السلوكية من برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا.....	49
G. خدمات النقل.....	51



- 51.....G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة.....
- 52.....G2. النقل غير الطبي.....
- 53.....H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية ، عند الحاجة الماسة أو أثناء وقوع الكارثة.....
- 53.....H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية.....
- 55.....H2. الرعاية اللازمة بشكل عاجل.....
- 55.....H3. الرعاية أثناء الكوارث.....
- 56.....I. ماذا تفعل إذا تم تحصيل رسوم منك مباشرة مقابل الخدمات التي تغطيها خطتنا.....
- 56.....I1. ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات.....
- 57.....J. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية.....
- 57.....J1. تعريف الدراسة البحثية السريرية.....
- 57.....J2. الدفع مقابل الخدمات عندما تكون في دراسة بحثية سريرية.....
- 57.....J3. معلومات إضافية حول الدراسات البحثية السريرية.....
- 58.....K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.....
- 58.....K1. تعريف المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية.....
- 58.....K2. الرعاية في المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية.....
- 59.....L. الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME).....
- 59.....L1. الحصول على أجهزة طبية مُعمّرة بصفتك عضوًا في خطتنا:.....
- 59.....L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare.....
- 60.....L3. مزايا معدات الأكسجين لك بصفتك عضوًا في خطتنا.....
- 60.....L4. ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية 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. المعلومات حول الرعاية الصحية المغطاة، والصحة السلوكية، والخدمات و LTSS متوفرة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك. الخدمات الخاضعة للتغطية للوصفات الطبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية متوفرة في **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

موفرو الرعاية هم الأطباء والمرضات وغيرهم ممن يقدمون لك الخدمات والرعاية. 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 الخدمات و LTSS.

موفرو الرعاية التابعون للشبكة هم موفرو الرعاية الذين يعملون مع خطتنا الصحية. و يوافق موفرو الرعاية هؤلاء على قبول سداد دفعتنا كدفعه كاملة. ومن ثم عندما تذهب إلى موفر رعاية تابع للشبكة، لن تدفع عادة أي مبالغ نظير الخدمات الخاضعة للتغطية.

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا

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

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

- لا بد أن تكون الرعاية التي تحصل عليها مميزة متوفرة بالخطة. وهذا يعني أننا قمنا بإدراجها في مخطط المزايا الخاص بنا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- ويجب أن تكون الرعاية ضرورية من الناحية الطبية. و بلفظ ضرورية من الناحية الطبية تعني الخدمات المهمة والمناسبة والتي تحمي الحياة. 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 (PCP) تابع للشبكة، وهو الذي يطلب الرعاية لك أو يطلب منك التوجه لطبيب آخر. وبصفتك عضواً في الخطة، يجب أن تختار PCP تابع للشبكة ليكون موفر الرعاية الأولية لك.
- في معظم الحالات، يجب على خطتنا أن تعطيك موافقة مسبقة قبل أن تتمكن من الاستعانة PCP بموفر رعاية غير الخاص بك أو الاستعانة بموفري رعاية آخرين داخل شبكة الخطة. ويُسمى هذا إحالة. وفي حال لم تحصل على موافقة منا؛ فقد لا نغطي هذه الخدمة. لمعرفة المزيد عن الإحالات، راجع الصفحة 46.
- إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخطتنا تابعون لمجموعات طبية معينة. وبالتالي فإنه عند اختيارك PCP الخاص بك، فإنك بذلك 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.



- لا تحتاج إلى إحالة من PCP لرعاية الطوارئ أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل، أو للتوجه لموفر رعاية صحية للمرأة، أو لأي من الخدمات الأخرى المدرجة في القسم D1 من هذا الفصل.
- **يجب أن تحصل على رعايتك من موفري الرعاية التابعين للشبكة التابعة للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.** عادةً، لن نقوم بتغطية الرعاية من موفر الرعاية الذي لا يعمل مع خطتنا الصحية والمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لموفر الرعاية بالكامل مقابل الخدمات المقدمة. وإليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:
 - تغطي الخطة الحالات الطارئة أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل التي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات، راجع القسم H في هذا الفصل).
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية، وليس بإمكان موفري الرعاية التابعين لشبكتنا تقديم هذه الرعاية، يمكنك حينها الحصول على هذه الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. يجب الحصول على التصريح من الخطة قبل طلب الرعاية. في هذه الحالة، سنغطي هذه الرعاية كما لو كنت ستحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
 - نحن نغطي 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 أن تحصل على هذه الخدمات لغسيل الكلى من خلال أحد المراكز المعتمدة من برنامج Medicare.
 - عندما تلتحق بالخطة لأول مرة، يمكنك إرسال طلب لنا للاستمرار في التوجه إلى موفري الرعاية الحاليين. مع بعض الاستثناءات، يجب علينا الموافقة على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أن لديك علاقة حالية مع موفري الرعاية. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 1** من كتيب الأعضاء الخاص بك. إذا وافقنا على طلبك، فيمكنك الاستمرار في الاستعانة بموفري 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، نتوقف عن تغطية رعايتك إذا واصلت الاستعانة بموفري رعاية غير تابعين لشبكتنا وغير منتسبين إلى المجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.

أعضاء جُدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم اشتراكك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر بعد طلب الاشتراك في Blue Shield TotalDual 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 Promise Health Plan. لن تكون هناك فجوة في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 إذا كان لديك أي استفسارات.



C. منسق الرعاية الخاص بك

C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك

منسق الرعاية هو شخص حاصل على تدريب خاص لمساعدتك خلال تنسيق عملية الرعاية. سيكون منسق الرعاية الخاص بك جزءًا من فريق الرعاية الخاص بك، وسوف يكون/تكون بمثابة جهة الاتصال الأساسية ومصدر المعلومات بالنسبة لك. عند الاشتراك، سيتصل بك منسق الرعاية ليقدم نفسه/نفسها ويساعدك في إكمال تقييم المخاطر الصحية لتحديد احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك.

C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-548-5765، من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بمجرد أن تبدأ العمل مع منسق الرعاية، يمكنك أيضًا الاتصال به/بها بالاتصال مباشرةً برقم هاتفه.

C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك

لطلب تغيير منسق الرعاية، يمكنك الاتصال على 1-888-548-5765، من 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

D. الرعاية من موفري الرعاية

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

يجب أن تختار PCP لتوفير الرعاية الطبية لك والإشراف عليها. إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخططنا تابعون لمجموعات طبية معينة. وبالتالي فإنه عند اختيارك لـ PCP الخاص بك، فإنك بذلك تختار أيضًا المجموعة الطبية التابع لها.

تعريف PCP وما مهام PCP تجاهك

PCP هو الطبيب المعالج الذي يلبي متطلبات الولاية وهو مدرب لتوفير الرعاية الطبية الأساسية لك. يمكن أن يكون PCP طبيبًا ممارسًا متخصص في طب الأسرة أو طبيبًا ممارسًا عامًا أو اختصاصي الطب الباطني، أو اختصاصي التوليد وأمراض النساء (OB-GYN)، واختصاصي عند الطلب. وبالتالي يمكنك اختيار أحد الاختصاصيين ليكون بمثابة PCP الخاص بك إذا وافق هذا الاختصاصي على توفير جميع الخدمات التي يقدمها عادة موفرو الرعاية (PCP). من أجل طلب أن يكون الاختصاصي الخاص بك هو PCP لك اتصل بخدمة العملاء في Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في نهاية هذه الصفحة). ويمكن أن تكون العيادات، مثل المراكز الصحية المحلية المؤهلة (FQHC)، وكذلك PCP الخاص بك. سوف تحصل على الرعاية الروتينية أو الأساسية من موفر لـ PCP الخاص بك. يمكن لموفر الرعاية الأولية الخاص بك أيضًا تنسيق باقي الخدمات الخاضعة للتغطية التي تحتاجها. وتتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:

- الأشعة السينية
- اختبارات المعمل
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء من المتخصصين



• دخول المستشفيات، و

• الرعاية في مرحلة المتابعة

إن موفري الرعاية الأولية (PCP) بخططنا تابعون لمجموعات طبية معينة. المجموعة الطبية أو IPA هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع الخطط الصحية لتوفير أو ترتيب 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 أو لمجموعتها الطبية.

في معظم الحالات، يجب الرجوع إلى PCP الخاص بك للحصول على إحالة قبل الذهاب إلى أي من موفري الرعاية الصحية الآخرين أو إلى أحد الاختصاصيين. بمجرد قيام المجموعة الطبية التابعة لـ 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 الاستمرار في إدارة عملية توفير الرعاية لك.

وللحصول على خدمات معينة، سيتعين أيضًا على PCP الخاص بك الحصول على موافقة مسبقة من الخطة، وفي بعض الحالات، من المجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك. ويطلق على هذه الموافقة اسم "تصريح مسبق".

اختيارك لـ PCP

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

لاختيار PCP لك، يمكنك:

- استخدام دليل موفري الرعاية والصيديات. انظر فهرس "أطباء الرعاية الأولية" الموجود في ظهر الدليل للعثور على الطبيب الذي تريده. (الفهرس مرتب أبجديًا بحسب اسم عائلة الطبيب.)؛ أو
- زيارة موقعنا على الويب على العنوان blueshieldca.com/find-a-doctor والبحث عن PCP الذي تحتاجه؛ أو
- اتصل بخدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan للمساعدة (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في نهاية هذه الصفحة).

لمعرفة ما إذا كان موفر الرعاية الصحية الذي تريده متاحًا أو يقبل مرضى جدد، فراجع دليل موفري الرعاية والصيديات المتاح على موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بخدمات العملاء (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في أسفل هذه الصفحة). لذا، إذا كان هناك اختصاصي معين أو مستشفى تريد الاستعانة بهم، فمن المهم معرفة ما إذا كنا تابعين للمجموعة الطبية التي ينتسب لها PCP الخاص بك أم لا. يمكنك الرجوع إلى دليل موفري الرعاية والصيديات المتاح على موقعنا الإلكتروني من خلال الرابط التالي blueshieldca.com/MAPDocuments2024 أو اطلب من خدمة العملاء في Blue Shield TotalDual Plan التحقق لمعرفة ما إذا كان PCP الذي تريده يقوم بالإحالات إلى ذلك المتخصص أو يستخدم تلك المستشفى.

خيار تغيير PCP الخاص بك

يمكنك تغيير PCP الخاص بك لأي سبب وفي أي وقت. كما يمكن أن يغادر PCP الخاص بك شبكة الخطة. فإذا غادر PCP شبكة الخطة، يمكننا مساعدتك في العثور على PCP جديد من داخل شبكة الخطة.

يمكنك اتباع الخطوات في القسم "اختيارك لـ PCP" أعلاه لتغييره. تأكد من الاتصال بخدمات العملاء لإعلامهم بأنك تقوم بتغيير PCP الخاص بك (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة في أسفل هذه الصفحة).



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

اسم PCP الخاص بك ورقم هاتف عيادته مطبوعان على بطاقة عضويتك. إذا غيرت 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 أيضاً بتغيير المجموعات الطبية. عندما تطلب التغيير، أخبر خدمة العملاء إذا كنت تستعين باختصاصي أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية يجب 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 مسبقة من PCP الخاص بك

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

- خدمات الطوارئ من موفري رعاية تابعين للشبكة أو من موفري رعاية غير تابعين للشبكة.
- الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية تابعين للشبكة
- الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما يتعذر الوصول لموفري الرعاية التابعين للشبكة، (على سبيل المثال عندما تكون خارج نطاق منطقة خدمة الخطة أو خلال عطلات نهاية الأسبوع).
- **ملحوظة:** يجب أن تكون الرعاية اللازمة بشكل عاجل مطلوبة على الفور وضرورية من الناحية الطبية.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من خلال أحد المراكز المعتمدة من برنامج Medicare لغسيل الكلى عندما تكون خارج نطاق منطقة الخدمة الخاصة بالخطة. اتصل بخدمة العملاء قبل مغادرة منطقة الخدمة. يمكننا مساعدتك في الحصول على غسيل الكلى عندما تكون خارج المنطقة.
- جرعات لقاح الإنفلونزا والتحصين باللقاحات ضد COVID-19 والتحصين باللقاحات ضد الالتهاب الكبدي B والتحصين باللقاحات ضد الالتهاب الرئوي طالما كنت تحصل عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
- الخدمات الاعتيادية للرعاية الصحية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. يشمل ذلك فحوصات الثدي والصور الإشعاعية للثدي (الأشعة السينية على الثدي) وفحوصات عنق الرحم وفحوصات الحوض طالما يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة.
- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت مؤهلاً لتلقي خدمات من موفري رعاية صحية هنود، فإنه يمكنك الذهاب إلى موفري الرعاية هؤلاء دون الحصول على إحالة.



D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة

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

- اختصاصيو الأورام لرعاية مرضى السرطان.
- أخصائيو أمراض القلب لرعاية المرضى الذين يعانون من مشكلات في القلب.
- أخصائيو تقويم العظام لرعاية المرضى ممن يعانون من مشكلات معينة في العظام أو المفاصل أو العضلات.

عندما تحتاج إلى رعاية متخصصة أو إلى خدمات إضافية لا يمكن لـ PCP الخاص بك توفيرها، فسوف يقوم/تقوم بإحالتك. بمجرد قيام المجموعة الطبية التابعة لـ 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 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. يمكنك كذلك الاتصال بخدمة العملاء. لمزيد من المعلومات حول أي الخدمات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً، الرجاء مراجعة جدول المزايا في الفصل 4، القسم D.

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 أخصت 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 سيترك خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار موفر الرعاية الجديد.
- إذا ترك موفر الرعاية الأولية أو موفر رعاية الصحة السلوكية الخاص بك خطتنا، فسوف نخطر إذا زرت موفر الرعاية هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
- إذا ترك أي من موفري الرعاية الآخرين خطتنا، فسوف نخطر إذا تم تخصيص موفر الرعاية هذا لك، أو تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو زرت خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك على اختيار موفر رعاية مؤهل جديد تابع للشبكة لمواصلة إدارة احتياجاتك الصحية.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع موفر الرعاية الحالي الخاص بك، فيحق لك أن تطلب استمرار العلاج أو العلاجات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها، ونحن نعمل معك لضمان هذا.
- سنزودك بمعلومات حول فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم تتمكن من العثور على اختصاصي مؤهل تابع للشبكة يمكنك الوصول إليه، يتوجب علينا توفير اختصاصي من خارج الشبكة لتقديم الرعاية لك عند عدم إتاحة موفر رعاية تابع للشبكة أو الميزة داخل الشبكة غير متاحة أو غير مناسبة لتلبية احتياجاتك الطبية.
- 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. (، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** للحصول على مزيد من المعلومات.)

إذا اكتشفت أن أحد موفري الرعاية الخاصين بك قد ترك خطتنا، فاتصل بنا. يمكننا مساعدتك في العثور على موفر رعاية جديد وإدارة رعايتك. اتصل بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار سبعة أيام في الأسبوع. عند الاتصال تأكد من إخبار خدمة العملاء إذا كنت تتردد على اختصاصيين أو تحصل على خدمات أخرى خاضعة للتغطية تحتاج لموافقة من PCP الخاص بك (مثل الخدمات الصحية المنزلية والأجهزة الطبية المُعمّرة). ستساعدك خدمة العملاء في التأكد من أنه يمكنك الاستمرار مع خدمات الرعاية المتخصصة والخدمات الأخرى التي حصلت عليها عندما تقوم بتغيير PCP الخاص بك. ستقوم أيضًا بالفحص للتأكد أن PCP الذي تريد التحويل له يقبل مرضى جدد. ستقوم خدمة العملاء بتغيير سجل عضويتك لتوضيح اسم PCP الجديد الخاص بك وإخبارك عندما يصبح التغيير ساريًا.



D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية تلزم تغطيتها من خطتنا وفقاً 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 الخطة أو من المجموعة الطبية التابعة لموفر الرعاية الأولية قبل طلب الحصول على الرعاية من موفر غير تابع للشبكة إلا إذا كنت تتلقى خدمات طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل. 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 أن يكون موفر الرعاية مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Medi-Cal.

- لا يمكننا السداد 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 كانوا غير 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 (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، يرجى الاتصال بمنسق الرعاية أو خدمة العملاء للحصول على إحالة.

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

في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجات العيش اليومية.

قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)،
- الرعاية التمريضية المتخصصة،
- العلاج البدني،
- العلاج الوظيفي،
- علاج التخاطب،
- الخدمات الطبية الاجتماعية، و
- 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 الرعاية الخاص بك إحالتك إذا كان يعتقد أنك مؤهل للحصول على دعم المجتمع 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 الإسكان والانتقال،
- ودائع الإسكان،
- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة،
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا،
- العناية الشخصية وخدمات التدبير المنزلي،
- رعاية التعافي (الراحة الطبية)
- استراحة مقدمي الرعاية،
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى، أو
- مراكز تحسين الوعي.

F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وإدمان 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 خطتنا خدمات الصحة العقلية المتخصصة أو علاج اضطرابات تعاطي المخدرات في المقاطعة من برنامج Medi-Cal، ولكن هذه الخدمات متاحة لك من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (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 (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
- العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية



- إجراءات حل الأزمات
- التحكم في ضبط الأزمات
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات الأمراض النفسية بالعيادات الداخلية
- إدارة الحالات المستهدفة

تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم من برنامج Medi-Cal أو خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، ومقاطعة سان دييغو خدمات الصحة السلوكية إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات. تتضمن خدمات برنامج Medi-Cal للأدوية 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
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية
- خدمات الأدوية المجانية لمرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج بالأدوية المسكنة
- خدمات نالتريكتسون لإدمان الأفيون

تشمل خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج Medi-Cal ما يلي:

- خدمات العيادات الخارجية وخدمات العيادات الخارجية المكثفة
- أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- المقيمون في المستشفى/المرضى الداخليين
- إدارة الانسحاب
- خدمات العلاج بالأدوية المسكنة
- خدمات التعافي
- تنسيق الرعاية

إضافة إلى الخدمات المدرجة أعلاه، يمكنك الوصول لخدمات علاج الإدمان لمرضى العيادات الداخلية الاختيارية إذا استوفيت المعايير.



توفر خدمات الصحة السلوكية

تتوفر لك مجموعة كبيرة من الخدمات. يُمكنك إجراء إحالة ذاتية إلى موفر الرعاية المتعاقد معه، ويمكن أيضًا إحالتك بواسطة PCP الخاص بك، أو أحد أفراد العائلة، وما إلى ذلك. ليس هناك "باب غير صحيح" في الحصول على الخدمات. يمكنك الاتصال بما يلي للحصول على مساعدة في الحصول على الخدمات:

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)
- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها (يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 888-742-7900، طوال اليوم، على مدار الأسبوع)
- مقاطعة سان دييغو الصحة السلوكية - خدمات خدمة اضطرابات تعاطي المخدرات (يرجى الاتصال بالرقم (TTY: 711) 888-724-7240، طوال اليوم، على مدار الأسبوع)
- خط الصحة السلوكية لدى Blue Shield TotalDual Plan (يُرجى مراجعة القسم D في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)
- خدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف وساعات الدوام مطبوعة في نهاية هذه الصفحة).

عمليات تحديد الخدمات الضرورية من الناحية الطبية

يحدد موفر رعاية مُرخص له الضرورة من الناحية الطبية على نحو صحيح. يتم استخدام معايير الضرورة الطبية من قبل كل من Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة، وقد تم وضعها من قبل خبراء الصحة السلوكية وأصحاب المصلحة الآخرين، وهي متوافقة مع المتطلبات التنظيمية.

عملية الإحالة بين Blue Shield TotalDual Plan والمقاطعة إذا

كنت تتلقى الخدمات من Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، يمكن أن تتم إحالتك لأي من الهيئتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تتم إحالتك من خلال Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة بالاتصال بالهيئة 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 TotalDual 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 TotalDual Plan مع المقاطعة لوضع عمليات التسوية التي تتسم بأنها ملائمة ولا تؤثر على الخدمات التي يحتاج العضو لاستلامها سلبياً. يمكنك أيضاً استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، اعتماداً على الكيان الذي تتنازع معه.

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي للحالات غير الطارئة

يحق لك الحصول على النقل الطبي في غير الطوارئ إذا كان لديك احتياجات طبية لا تسمح لك باستخدام السيارة، أو الحافلة، أو سيارة الأجرة للوصول إلى مواعيدك. يمكن توفير النقل الطبي في غير الطوارئ للخدمات الخاضعة للتغطية، مثل المواعيد الطبية والمتعلقة طب الأسنان، والصحة العقلية، وعلاج إدمان المخدرات، ومواعيد الصيدليات. إذا كنت بحاجة إلى النقل الطبي في غير الطوارئ، يمكنك الاتصال بـ Call The Care مباشرة على الرقم (TTY: 711) 1-877-433-2178، على مدار اليوم، طوال أيام الأسبوع أو استخدم تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات وتعديلها وتتبعها وإلغائها. يجب إجراء المواعيد والحجوزات غير



العاجلة قبل 24 ساعة من موعدك. يمكن لموفر الرعاية الخاص بك أو مزود خدمة النقل لدينا، Call The Car، مساعدتك في تحديد أفضل نوع من وسائل النقل لتلبية احتياجاتك.

تتمثل خدمات النقل الطبي في غير الطوارئ في النقل بسيارة إسعاف أو عربة مُجهزة بحمالة المريض أو كرسي متحرك أو وسيلة نقل جوي. تسمح Blue Shield TotalDual Plan بتوفير وسائل النقل المغطاة بأقل تكلفة ووسائل النقل الطبي في غير الطوارئ 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 TotalDual Plan تكاليف سيارة الإسعاف. يحق لك فقط النقل الجوي إذا كانت حالتك الطبية لا تسمح بالنقل البري.

يجب استخدام النقل الطبي في غير الطوارئ في الحالات التالية:

- الحاجة إليها جسديًا أو طبيًا على النحو الذي يحدده تصريح كتابي من موفر الرعاية الآخر لأنك غير قادر على استخدام الحافلة أو التاكسي أو السيارة أو الشاحنة للوصول إلى موعدك.
- تحتاج إلى مساعدة السائق ذهابًا وإيابًا إلى مكان إقامتك أو سيارتك أو مكان العلاج، بسبب إعاقة جسدية أو عقلية.

لطلب خدمات النقل الطبي التي وصفها طبيبك لمواعيدك الروتينية غير العاجلة، يُرجى الاتصال بـ Call The Car على الرقم (TTY: 711) 1-877-433-2178، على مدار اليوم طوال أيام الأسبوع أو استخدم تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات وتعديلها وتتبعها وإلغائها. يجب إجراء المواعيد والحجوزات غير العاجلة قبل 24 ساعة من موعدك. بالنسبة للمواعيد العاجلة، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

حدود النقل الطبي

توفر Blue Shield TotalDual Plan 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، فستقدم Blue Shield TotalDual Plan الخدمة أو ستساعدك في جدولة عملية نقلك. تتوفر قائمة الخدمات الخاضعة للتغطية في **الفصل 4** من هذا الكتيب. لا تتم تغطية وسائل النقل خارج شبكة Blue Shield TotalDual Plan أو منطقة الخدمة ما لم يتم الحصول على تصريح مسبق.

G2. النقل غير الطبي

تشمل مزايا النقل غير الطبي 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 مُصرح بها من قبل موفر الرعاية الخاص بك؛ أو
- الحصول على الوصفات الطبية والصرفيات الطبية.

تتيح لك Blue Shield TotalDual Plan استخدام سيارة أو سيارة أجرة أو حافلة أو وسيلة أخرى عامة/خاصة يمكنك من خلالها الوصول إلى موعدك غير الطبي لتلقي الخدمات المُصرح بها من قبل موفر الرعاية. تستخدم Blue Shield TotalDual Plan خدمة Call The Car لترتيب وسائل النقل غير الطبي. نحن نغطي أقل أنواع النقل غير الطبي تكلفة والذي يلبي احتياجاتك.



في بعض الأحيان، يمكن أن يتم تعويضك مقابل الرحلات في سيارة خاصة قمت بترتيبها. يجب أن توافق Blue Shield TotalDual Plan على ذلك قبل أن تحصل على الرحلة، ويجب أن تخبرنا 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 المسافات المقطوعة توفر جميع الشروط التالية:

• وجود رخصة القيادة الخاصة بالسائق.

• أوراق ترخيص مركبة السائق.

• وجود ما يثبت التأمين على السيارة التي يقودها السائق.

لطلب توصيلة للخدمات المصرح بها، اتصل بـ Call The Car على (711 TTY: 1-877-433-2178) على مدار اليوم، وطوال أيام في الأسبوع قبل أربع وعشرين (24) ساعة على الأقل من موعدك (الاثنين-الجمعة). للمواعيد العاجلة، اتصل في أقرب وقت ممكن. اجعل بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك جاهزة عند الاتصال. يمكنك أيضًا الاتصال إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات.

ملحوظة: يمكن للهنود الأمريكيين الاتصال بعيادة الصحة الهندية المحلية الخاصة بهم لطلب خدمات النقل غير الطبي.

حدود النقل غير الطبي

توفر Blue Shield TotalDual Plan النقل غير الطبي الأقل تكلفة بما يلبي احتياجاتك الطبية للنقل من منزلك إلى أقرب موفر رعاية حيث يتوفر موعد. لا يمكنك القيادة بنفسك أو أن يتم تعويضك مباشرة.

لا تنطبق خدمات النقل غير الطبي 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 على كرسي متحرك وغير قادر على الحركة داخل المركبة وخارجها دون الحاجة إلى تلقي مساعدة من السائق.
- الخدمة غير مغطاة من قبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal

H. الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية، عند الحاجة الماسة أو أثناء وقوع الكارثة

H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات أعراض كالم حاد أو إصابة خطيرة. وتكون هذه الحالة خطيرة جدًا، ويمكنك أنت أو أي شخص على درجة متوسطة من المعرفة الصحية والدوائية أن يتوقع النتيجة التالية:

- حدوث خطر جسيم على صحتك أو على صحة الجنين؛ أو
- ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ أو
- خلل جسيم في أي من وظائف الأعضاء أو أجزاء الجسد؛ أو



- في حالة الولادة العاجلة للمرأة الحامل، عندما:
 - عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
 - أن يمثل النقل إلى المستشفى تهديدًا على صحتك أو سلامتك أو صحة الجنين.ما يجب عليك أن تفعل إذا واجهت حالة طبية طارئة:
- **اطلب المساعدة بأسرع ما يمكن.** اتصل برقم الطوارئ 911 أو توجه لأقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. استدعاء سيارة إسعاف إذا كنت في حاجة إليها. أنت لا تحتاج إلى موافقة أو إحالة من PCP الخاص بك. لا تحتاج إلى الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها أو في جميع أنحاء العالم، من أي موفر رعاية لديه ترخيص حكومي مناسب.
- **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 TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، رقم هاتف خدمة العملاء الخاص بنا موجود على بطاقة مُعرّف العضوية الخاصة بك.

الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية

في عام 2024، تقدم Blue Shield TotalDual Plan لأعضائنا تغطية طبية طارئة عندما تحتاج إليها، وفي أي مكان في العالم. لا يوجد حد لتغطية الخطة لخدمات الطوارئ/العاجلة خارج الولايات المتحدة في العام. لمعرفة المزيد، يرجى الرجوع إلى جدول المزايا في القسم D بالفصل 4.

إذا كنت بحاجة إلى سيارة إسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، فإن خطتنا تغطي ذلك. نحن نغطي أيضًا الخدمات الطبية أثناء حالات الطوارئ. لمعرفة المزيد، راجع جدول المزايا في **الفصل 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك.**

يقرر موفرو الرعاية الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ متى تكون حالتك مستقرة وتنتهي حالة الطوارئ الطبية. سيستمرون 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 إنها ليست حالة طارئة حقًا. فطالما أنك اعتقدت لأسباب معقولة أن صحتك كانت في خطر شديد، فسنخضع ما تلقينه من رعاية للتغطية.

بيد أنه، وبعد أن يحدد الطبيب أنها لم تكن حالة طبية طارئة؛ فلن تتم تغطية الرعاية الإضافية إلا 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 في حالة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية على الفور. على سبيل المثال، قد تكون لديك حالة متفائلة لحالة موجودة بالفعل أو التهاب حاد في الحلق يحدث خلال عطلة نهاية الأسبوع ويحتاج إلى علاج.

هناك حاجة ماسة للرعاية اللازمة بشكل عاجل في منطقة الخدمة الخاصة بختتنا

في معظم الحالات، لن 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، 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، يرجى الاتصال بـ PCP الخاص بك. يمكنك أيضًا البحث عن مراكز الرعاية العاجلة في منطقتك من خلال زيارة [blueshieldca.com/find-a-doctor](https://www.blueshieldca.com/find-a-doctor).

هناك حاجة إلى الرعاية اللازمة بشكل عاجل خارج منطقة خدمة ختتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمة ختتنا، قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. في هذه الحالة، فإن ختتنا سوف تغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي موفر رعاية.

لا تغطي ختتنا الرعاية اللازمة بشكل عاجل أو أي رعاية طوارئ أخرى تلقيتها خارج الولايات المتحدة الأمريكية.

تغطي ختتنا خدمات الطوارئ وخدمات الرعاية العالمية اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها في ظل الظروف التالية، بدون حد سنوي مشترك. لمعرفة المزيد، راجع *رعاية الطوارئ والرعاية اللازمة بشكل عاجل* في مخطط المزاي الطبية في الفصل 4، القسم D.

إذا كنت بحاجة إلى الرعاية العاجلة أثناء تواجدك خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها، فاتصل بمركز فاتصل على Blue Shield Global Core Services Center على الهاتف المجاني 810-2583 (800)، أو اتصل بمركز التحصيل على الرقم 673-1177 (804)، على مدار اليوم، طوال أيام الأسبوع. في حالة الطوارئ، اذهب مباشرة إلى أقرب مستشفى. يجب عليك أيضًا الاتصال برقم خدمة العملاء الموجود على ظهر بطاقة معرف العضوية الخاصة بك. كجزء من هذه الخدمة، لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى، يمكنك الاتصال بـ Blue Shield Global Core Services Center لترتيب الوصول غير النقدي. إذا قمت بالترتيب للوصول غير النقدي، فأنت مسؤول عن النفقات النثرية المعتادة والتي تدفعها من مالك الخاص مثل الرسوم غير الخاضعة للتغطية وحصص المشاركة في الدفع. إذا لم تقم بالترتيب للوصول غير النقدي، فسيتعين 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 ختتنا.



تفضل بزيارة موقعنا على الإنترنت للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاجها أثناء الكارثة
المعلنة: blueshieldca.com/medicare.

أثناء وقوع كارثة معلنة، إذا لم تتمكن من الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة، فيمكنك الحصول على الرعاية من موفري
رعاية غير تابعين للشبكة بمعدل تقاسم التكاليف داخل الشبكة. إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة أثناء وقوع كارثة
معلنة، فيمكنك صرف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك من صيدلية غير تابعة للشبكة. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع
إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

1. ماذا تفعل إذا تم تحصيل رسوم منك مباشرة مقابل الخدمات التي تغطيها خطتنا.

إذا أرسل لك موفر رعاية الفاتورة بدلاً من إرسالها إلى خطتنا، يتعين عليك مطالبتنا بدفع الجزء الخاص بنا من الفاتورة.

ينبغي ألا تدفع الفاتورة بنفسك. إذا قمت بذلك، فلن تتمكن الخطة من رد لك ما دفعته.

إذا دفعت أكثر من تكلفة تقاسم تكاليف خطتك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية أو إذا تلقيت فاتورة التكلفة الكاملة للخدمات
الطبية الخاضعة للتغطية، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة ما يجب القيام به.

1.1 ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي تم تحديدها بأنها ضرورية من الناحية الطبية، و
- المدرجة في جدول المزايا الخاص بخطتنا (ارجع إلى **الفصل 4** من كتيب الأعضاء)، و
- التي يمكنك الحصول عليها من خلال قواعد الخطة التالية.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا، فإنك تدفع التكلفة الكاملة بنفسك، ما لم يتم تغطيتها بواسطة برنامج Medi-Cal
آخر خارج خطتنا.

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

الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك يشرح لك ما يجب عليك فعله إذا كنت تريد منا تغطية خدمة 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.

بمجرد أن يعتمد برنامج Medicare دراسة ترغب أن تكون جزءًا منها، سيتصل بك موظف مشترك في هذه الدراسة. وسيطالعك هذا الموظف على الدراسة ويتحقق من ما إذا كنت مؤهلاً لتكون جزءًا منها أم لا. يمكن أن تكون جزءًا من الدراسة ما دمت تستوفي جميع الشروط المطلوبة. كما يجب عليك فهم ما يتوجب عليك القيام به في الدراسة وقبوله.

وأثناء اشتراكك في الدراسة، يحق لك البقاء مشتركًا في خطتنا. وبهذه الطريقة، تستمر خطتنا في تغطيتك للخدمات والرعاية غير المرتبطة بالدراسة.

إذا أردت المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، فلن تحتاج إلى الحصول على موافقة منا أو من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. لا يلزم أن يكون موفر الرعاية الذين يقدمون الرعاية ضمن الدراسة موفري رعاية تابعين للشبكة. يرجى ملاحظة أن هذا لا يشمل المزاي التي تكون خطتنا مسؤولة عنها والتي تتضمن، كعنصر، تجربة سريرية أو تسجيل لتقييم الميزة. وتشمل هذه المزاي بعض المزاي المحددة بموجب دليل قرارات التغطية الوطنية (NCDS) وتجارب الأجهزة الاستقصائية (IDE) وقد تخضع لتصريح مسبق وقواعد خطة أخرى.

نحن نشجعك على إخبارنا قبل المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية.

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 عندما تكون 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 تشترك 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 الدراسة
- 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 يعتمدها برنامج Medicare، فسوف يتوجب عليك دفع أي تكاليف لمشاركتك في الدراسة.

ل3. معلومات إضافية حول الدراسات البحثية السريرية

يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات عن الاشتراك في الدراسة البحثية السريرية بقراءة المنشور "Medicare and Clinical Research Studies" (Medicare والدراسات البحثية السريرية) على موقع برنامج Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf).



يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

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 التمريض المهني. إذا كان تلقي الرعاية بمستشفى أو مركز تمريض متخصص ضد معتقداتك الدينية، فسوف نوفر لك الرعاية الصحية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية.

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

K2. الرعاية في المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية

لتلقي الرعاية في المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية، يجب عليك توقيع مستند رسمي ينص على رفضك لتلقي علاج طبي "غير إجباري".

- إن الرعاية أو العلاج الطبي "غير الإجباري" هو التطوعي وغير الإلزامي طبقًا لأي قانون اتحادي أو محلي أو سارٍ في أي ولاية.
- إن الرعاية أو العلاج الطبي "الإجباري" هو غير التطوعي والإلزامي طبقًا لأي قانون اتحادي أو محلي أو سارٍ في أي ولاية.

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

- يجب أن تكون المنشأة التي تقدم الرعاية معتمدة من قبل برنامج Medicare.
- تقتصر تغطية الخدمات المقدمة من الخطة على الجوانب غير الدينية للرعاية.
- إذا وفرت لك هذه المؤسسة تلك الخدمات داخل أحد المراكز الطبية:
 - يجب أن تسمح حالتك الصحية بتلقي الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال الرعاية الصحية داخل المستشفيات أو الرعاية في مركز تمريض متخصص.
 - يجب أن تحصل على موافقة منا قبل الدخول إلى المنشأة أو 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 المُعمّرة (DME)

L1. الحصول على أجهزة طبية مُعمّرة 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 الأكسجين و المستلزمات وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات. ستمتلك دائمًا عناصر معينة مثل وحدات تعويضية.

في هذا القسم، نناقش DME الذي تستأجره. باعتبارك عضوًا في خطتنا، لن تمتلك عادةً DME، بغض النظر عن مدة استئجارها.

في بعض الحالات المحدودة، قد تقوم Blue Shield TotalDual Plan بنقل ملكية عنصر DME إليك اعتمادًا على ما إذا كنت تستوفي واحدًا أو كل المعايير التالية:

- لديك حاجة طبية مستمرة لعناصر تكلف أقل من \$150 و/أو مضخات الحقن/التسريب
- شهادة الطبيب المعالج
- إذا كان الجهاز أو المعدات صُممت لتتناسبك

اتصل بخدمات الأعضاء للاطلاع على المتطلبات التي يجب عليك استيفاؤها والأوراق الواجب عليك تقديمها.

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.

ملحوظة: يمكنك العثور على تعريفات لخطة Original Medicare و MA في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات عنها في كتيب *Medicare & You 2024*. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط (www.medicare.gov/medicare-and-you) أو الاتصال على (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

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



- لم تكن مالكًا لأي من DME عندما كنت عضوًا 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 بصفقتك عضوًا في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين التي يغطيها برنامج Medicare وكنت عضوًا في خطتنا، 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. وبحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا وتترك خطتنا وتتحول إلى برنامج Original Medicare، فإنك تقوم بتأجيرها من أحد الموردين لمدة 36 شهرًا. تغطي دفعات الإيجار الشهرية معدات الأكسجين والصرفيات والخدمات المذكورة أعلاه.

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

- معدات الأكسجين وإمدادات وخدمات لمدة 24 شهرًا أخرى
 - معدات الأكسجين وإمدادات لمدة تصل إلى 5 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 مضطرًا إلى توفيرها، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
 - تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
 - تستأجر من مورد لمدة 36 شهرًا.



- يقوم المورد الخاص بك بعد ذلك بتوفير معدات وإمدادات وخدمات الأكسجين لمدة 24 شهرًا أخرى.
 - تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما أن معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.
- عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا وتترك خطتنا وتتحول إلى خطة MA أخرى، ستغطي الخطة على الأقل ما يغطيه Original Medicare. يمكنك أن تسأل خطة MA الجديدة الخاصة بك عن معدات وإمدادات الأكسجين التي تغطيها وما هي تكاليفك.



الفصل 4: جدول المزايا

المقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا وأي قيود أو حدود على تلك الخدمات والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. يوضح هذا القسم المزايا المستثناة في خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

أعضاء جدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم اشتراكك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر بعد طلب الاشتراك في Blue Shield TotalDual 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 خطة برنامج Medi-Cal. لن تكون هناك فجوة في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم (711) (TTY: 1-800-452-4413) إذا كان لديك أي استفسارات.



جدول المحتويات

- A. الخدمات الخاضعة للتغطية الخاصة بك والتكاليف النثرية التي ستدفعها من مالك الخاص.....64
- B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات.....64
- C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا.....64
- D. جدول المزايا في خطتنا.....68
- E. المزايا المغطاة خارج خطتنا.....133
- E1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT).....133
- E2. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان.....134
- E3. رعاية المرضى بالأمراض العضال.....135
- E4. خدمات الدعم المنزلية (IHSS).....135
- E5. 1915(c) برامج الإعفاءات من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS).....136
- F. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برامج Medicare أو Medi-Cal.....138



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

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها خطتنا والمبلغ الذي تدفعه مقابل كل خدمة. ويمكنك الاطلاع على الخدمات التي لا تتم تغطيتها. المعلومات حول مزايا الدواء موجودة في **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك. كما يوضح هذا الفصل القبول المفروضة على بعض الخدمات.

فيما يتعلق ببعض الخدمات، سنتحمل نوعاً من التكاليف يعرف باسم التكاليف النثرية، ويسمى 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.

إذا كانت بحاجة للمساعدة لفهم الخدمات التي تتم تغطيتها، فاتصل بمنسق الرعاية و/أو بخدمات العملاء على (TTY: 711) 1-800-452-4413.

B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسوماً 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 أيضاً عندما ندفع لموفر الرعاية رسوماً أقل من رسومه مقابل الخدمة.

لا يجب أن يرسل لك موفر الرعاية الفاتورة أبداً مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. إذا تلقيت فاتورة، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من كتيب الأعضاء الخاص بك أو اتصل بخدمة العملاء.

C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

يوضح لك جدول المزايا هذا معلومات عن أي الخدمات تدفع الخطة مقابلها. وهو يسرد الخدمات الخاضعة للتغطية بالترتيب الأبجدي ويشرحها.

لن ندفع نظير الخدمات الموضحة في جدول المزايا إلا عند استيفاء المتطلبات التالية.

- يجب تقديم الخدمات الخاضعة للتغطية التي يوفرها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal وفقاً لقواعد برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات ضرورية من الناحية الطبية بما في ذلك الرعاية الطبية، وخدمات الصحة السلوكية وعلاج إدمان المخدرات، والخدمات والمساعدات طويلة الأجل، والمستلزمات، والأجهزة، والأدوية. يصف ذلك الخدمات أو الصرفيات أو العقاقير الدوائية الضرورية من الناحية الطبية والتي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تفيدك من الذهاب إلى مستشفى أو مركز تمرير. كما تعني أيضاً الخدمات والصرفيات والعقاقير الدوائية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المقبولة. تكون الخدمة ضرورية طبيياً عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة، أو لمنع مرض خطير أو إعاقة كبيرة، أو لتخفيف الألم الشديد.
- 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 تتلقاها من موفر رعاية غير تابع للشبكة إلا إذا كانت حالة طوارئ أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل أو ما لم تقدم لك خطتك أو موفر رعاية تابع للشبكة إحالة. يتضمن **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك معلومات عن الاستعانة بموفري رعاية تابعين للشبكة وغير تابعين لها.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- يتم تخصيص موفر للرعاية الأولية (PCP) أو فريق للرعاية لك ليقدم الرعاية لك ويشرف عليها. في معظم الحالات، يجب أن يمنحك PCP الخاص بك الموافقة قبل أن تتمكن من استخدام موفر غير PCP الخاص بك أو استخدام موفري رعاية آخرين في شبكة الخطة. ويُسمى هذا إحالة. يحتوي **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة ومتى لا تحتاج إليها.
- 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 (PA). نقوم بوضع علامة على الخدمات الخاضعة للتغطية في جدول المزايا والتي تحتاج إلى PA بنوع مائل.
- جميع الخدمات الوقائية مجانية. ستجد هذه التفاحة بجانب الخدمات الوقائية في جدول المزايا.
- **الدعم المجتمعي** قد يكون الدعم المجتمعي متوفرًا بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. يُعد الدعم المجتمعي عبارة عن خدمات بديلة مناسبة طبيًا وفاعلة من حيث التكلفة أو الترتيبات. 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 الذي تقدمه الأطقم والوجبات الداعمة طبيًا أو الوجبات المصممة طبيًا، أو المساعدة لك أو لمقدم الرعاية الخاص بك، أو قضان ومنحدرات الاستحمام. تتضمن أمثلة خدمات الدعم المجتمعي التي قدمتها Blue Shield TotalDual Plan في الماضي ما يلي: Partners in Care Foundation لإدارة الحالات والتقييمات والخدمات المنزلية والمجتمعية و LifeSpring للوجبات التي يتم توصيلها إلى المنزل. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو ترغب في معرفة المساعدات المجتمعية التي قد تتوفر لك، اتصل على الرقم، (800) 452-4413 (TTY:711) أو اتصل بموفر الرعاية الصحية الخاص بك. إن دعم المجتمعي هو خدمات اختيارية (غير المزايا) تقدمها Blue Shield Promise لأعضاء برنامج Medi-Cal المؤهلين. توفر هذه الخدمات الدعم للأعضاء بما يتجاوز الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS) لتعزيز ودعم رعاية الأعضاء. ستختلف هذه الخدمات بناءً على احتياجات العضو ومعايير الأهلية الخاصة بـ 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:

علاج مرض الربو	تغييرات مادية في البيئة المنزلية للفرد تضمن الصحة والرفاهية والسلامة، أو تمكن من العمل في المنزل إذا كانت نوبات مرض الربو الحادة قد تؤدي إلى العلاج بالمستشفى أو طلب خدمات الطوارئ.
خدمات الانتقال المجتمعي/انتقال مركز التمريض إلى المنزل	وهذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب المزيد من الإيواء المؤسسي.
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.
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.
ودائع الإسكان	يتلقى الأعضاء المساعدة في العثور على الخدمات لمرة واحدة اللازمة لإنشاء منزل أساسي أو تنسيقه أو تأمينه أو تمويله.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 1-800-452-4413)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



خدمات الإسكان والانتقال	يتلقى الأعضاء المساعدة في الحصول على السكن.
خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة	يحصل الأعضاء على المساعدة في الحفاظ على إيجار آمن ومستقر بعد العثور على السكن.
وجبات مصممة طبيًا/أغذية داعمة طبيًا	يعد الدعم الغذائي للأعضاء، وخاصة أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، عند تحقيق الأهداف الغذائية أمرًا بالغ الأهمية للحصول على صحة جيدة والبقاء في صحة جيدة.
انتقال/تحويل منشأة التمريض إلى مرافق المعيشة المدعومة	وهذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب الإيواء المؤسسي إذا أمكن.
خدمات العناية الشخصية والمنزلية	يتلقى الأعضاء المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (ADL) مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو استخدام المراحيض أو التمشي أو التغذية، وخدمات العناية الشخصية مثل إعداد الوجبات وتسوق البقالة وإدارة الأموال للأعضاء الذين لا يمكنهم البقاء في منازلهم بدون هذه الخدمات.
رعاية التعافي (الراحة الطبية)	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.
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.
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.
مراكز تحسين الوعي	أماكن آمنة وداعمة للأفراد ليصبحوا متيقظين بعد العثور عليهم في حالة سكر علنًا بسبب الكحول أو المخدرات ومساعدة الأفراد الذين يعانون من التشرذم أو أوضاع معيشية غير مستقرة والذين سيتم إرسالهم إلى قسم الطوارئ أو السجن.

معلومات للأعضاء

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،


يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Promise Health Plan في منطقتك خلال أيام الأسبوع بين الساعة 8 صباحًا و6 مساءً: لوس أنجلوس: (800) 605-2556 / سان دييغو: (855) 699-5557
- أو اتصل بخيارات الرعاية الصحية (HCO) على الرقم (800) 430-7077 (TTY) (800) 430-4263
- قم بزيارة قسم خدمات الرعاية الصحية لمزيد من المعلومات:
<https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>



D. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
\$0	<p style="text-align: center;">فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرى البطني</p> <p>نحن ندفع مقابل إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي الخطة هذا الفحص فقط إذا كان لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك المعالج أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو الممرضة السريرية المتخصصة.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">الوخز بالإبر</p> <p>نحن ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين للوخز بالإبر للمرضى الخارجيين في أي شهر تقويمي واحد، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يدوم لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازي يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض منتشر أو التهابي أو معدّي)؛ • لا يرتبط بجراحة. و • لا يرتبط بالحمل. <p>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.</p> <p>يجب إيقاف علاجات الوخز بالإبر إذا لم تتحسن أو إذا ساءت حالتك.</p> <p>يتم توفير المزايا من خلال عقد مع American Specialty Health Plans of California, Inc (خطط ASH). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موفر رعاية مشترك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على (877) 710-2746 [TTY: (800) 678-9133]، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 صباحًا حتى 6 مساءً. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في خطط ASH.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية</p> <p>تقدم Teladoc استشارات الأطباء المعالجين عبر الهاتف أو الفيديو على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع وطوال أيام الأسبوع وطوال أيام السنة. يمكن لأطباء Teladoc تشخيص وعلاج الحالات الطبية الأساسية ويمكنهم أيضاً وصف أدوية معينة. Teladoc هي خدمة تكميلية لا تهدف إلى استبدال الرعاية المقدمة من طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. يرجى تسجيل الدخول إلى blueshieldca.com/teladoc أو تطبيق Blue Shield of California لطلب الزيارة. إذا كانت لديك أسئلة، يمكنك الاتصال بـ Teladoc عبر الهاتف على الرقم 1-800-Teladoc (1-800-835-2362) [TTY: 711] 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، 365 أيام في السنة. *لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النظرية للخطة.</p>
\$0	<p>فحص واستشارة تعاطي الكحول </p> <p>سندفع مقابل فحص تعاطي الكحول (SABIRT) مرة واحدة للبالغين الذين يتعاطون الكحول وليس مدمني الكحول. ويتضمن هذا النساء الحوامل.</p> <p>إذا كانت نتيجة الفحص الخاص بتعاطي الكحول إيجابية، يمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارية ومختصرة بالحضور شخصياً سنوياً (إذا كنت مؤهلاً وغير واقع تحت تأثير المادة الكحولية أثناء الاستشارة) وسيتم توفيرها بواسطة موفر رعاية أولية مؤهل (PCP) أو ممارس رعاية أولية في مركز للرعاية الأولية.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	ما يتعين عليك دفعه
<p>خدمات الإسعاف</p> <p>تشمل خدمات الإسعاف المغطاة الأرضية والجوية (الطائرة والمروحية). ستتقك 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.</p> <p>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 إلى الخطر.</p>	\$0
<p>الفحص البدني السنوي</p> <p>تتم تغطيتك لإجراء فحص بدني روتيني واحد كل 12 شهرًا بالإضافة إلى زيارتك الصحية. تتضمن هذه الزيارة مراجعة شاملة لتاريخك الطبي والعائلي، وتقييمًا تفصيليًا من الرأس إلى أخمص القدمين وغيرها من الخدمات والإحالات والتوصيات التي قد تكون مناسبة.</p>	\$0
<p>زيارة العافية السنوية</p> <p>يمكنك الحصول على قائمة سنوية. وهذه القائمة لإجراء خطة وقائية أو تحديثها وفقًا لعوامل الخطورة الحالية. وندفع نظيرها مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p> <p>ملحوظة: لا يمكن أن تتم زيارتك السنوية الأولى للعناية بالصحة في غضون 12 شهرًا من زيارة مرحبًا بك في Medicare. ومع ذلك، لا تحتاج إلى زيارة مرحبًا بك في Medicare للحصول على زيارات صحية سنوية بعد حصولك على القسم B لمدة 12 شهرًا.</p>	\$0
<p>الخدمات الوقائية من مرض الربو</p> <p>يمكنك الحصول على تثقيف 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.</p>	\$0



OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
\$0	<p>قياس كتلة العظام</p> <p>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.</p> <p>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.</p>	
\$0	<p>فحص سرطان الثدي (صورة الثدي الإشعاعية)</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة بين سن 35 و39 عامًا • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء في سن 40 وما فوق • إجراء فحص الثدي السريري مرة كل 24 شهرًا 	
\$0	<p>خدمات إعادة التأهيل القلبي (القلب)</p> <p>سندفع نظير خدمات إعادة تأهيل القلب التي تتضمن التدريبات والتثقيف والاستشارة. يجب أن تتوفر في الأعضاء شروط معينة عند الحصول على إحالة من طبيب.</p> <p>كما نغطي أيضًا البرامج المكثفة لإعادة تأهيل القلب، والتي تكون عادة أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبي.</p>	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
\$0	<p>زيارة تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب)</p> <p>ندفع مقابل زيارة واحدة سنويًا، أو أكثر إذا لزم الأمر طبيًا، إلى موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك للمساعدة في تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب. أثناء الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مناقشة استخدام الأسبرين، • التحقق من ضغط الدم، و/أو • إعطاءك نصائح تتيح لك التأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا. 	
\$0	<p>فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية</p> <p>ندفع مقابل فحوصات الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). كما تمكن فحوصات الدم هذه التحقق من العيوب نتيجة لارتفاع خطورة مرض القلب.</p>	
\$0	<p>فحص سرطان عنق الرحم والمهبل</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لجميع النساء: تتم تغطية فحوصات عنق الرحم وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • للنساء الذين يعانون من خطورة عالية لسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: اختبار مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء الذين خضعوا لفحص عنق الرحم خلال السنوات الثلاثة الماضية، وكانت النتيجة غير طبيعية وكن في سن الإنجاب: اختبار مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء الذين تتراوح أعمارهم بين 30-65: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) أو اختبار Pap plus HPV مرة واحدة كل 5 سنوات 	
\$0	<p>خدمات تقويم العمود الفقري (تغطي من قبل برنامج Medicare)</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي 	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 (تقتصر التغطية على ما يصل إلى 12 زيارة سنويًا للخدمات غير المغطاة ببرنامج (.Medicare</p>	<p>خدمات تقويم العمود الفقري (غير المغطاة من قبل برنامج Medicare)</p> <p>تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الفحوصات الأولية والملاحقة • زيارات المكتب وتعديلات العلاج بتقويم العمود الفقري • العلاجات المساعدة • الأشعة السينية (تقويم العمود الفقري فقط) <p>يتم توفير المزايا من خلال عقد مع American Specialty Health Plans of California, Inc. (خطط ASH). لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موفر رعاية مشترك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على [710-2746 (877): (800) 678-9133]، من الاثنين إلى الجمعة، من 5 صباحًا إلى 6 مساءً، يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans.</p> <p>*لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية في الخطة. خدمة العملاء</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 1-800-452-4413)، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<div style="text-align: right;">  <p>فحوصات سرطان القولون والمستقيم</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تنظير القولون ليس له حد أدنى أو أقصى للعمر ويتم تغطيته مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو 48 شهرًا بعد التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية بعد فحص القولون بالمنظار السابق أو حقنة الباريوم الشرجية. ● التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد إجراء فحص تنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية من آخر تنظير سيني مرن أو حقنة الباريوم الشرجية. ● فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 12 شهرًا. ● فحص الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. ● اختبارات الدلائل الحيوية المعتمدة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. ● حقنة الباريوم الشرجية كبديل لتنظير القولون للمرضى المعرضين لخطر كبير وبعد 24 شهرًا منذ آخر فحص لحقنة الباريوم الشرجية أو آخر فحص لتنظير القولون. ● حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمرضى غير المعرضين لخطر كبير والذين يبلغون من العمر 45 عامًا أو أكثر. مرة واحدة على الأقل بعد 48 شهرًا من آخر فحص لحقنة الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن. <p>اعتبارًا من 1 يناير 2023، تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظير القولون للمتابعة بعد أن أظهر اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم غير التوغي القائم على البراز والذي يغطي برنامج Medicare نتيجة إيجابية.</p> </div>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)</p> <p>مركز الخدمات المجتمعية للكبار هو مركز خارجي أو مرفق يعتمد على برنامج الخدمة حيث يحضر الأشخاص وفقاً لمواعيد محددة. ويوفر خدمات تمرير متخصصة، وخدمات مجتمعية، والعلاج (متضمناً العلاج الوظيفي والبدني والتخاطب)، والرعاية الشخصية، وتدريب ودعم الأسرة/مقدم الرعاية، والخدمات الغذائية، ووسائل النقل، وخدمات أخرى. سندفع نظير الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) في حالة استيفاء معايير الأهلية.</p> <p>ملحوظة: إذا لم يكن مركز CBAS متوفراً، يمكننا توفير هذه الخدمات منفصلة.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،




ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>راجع جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية في نهاية جدول المزايا الطبية للحصول على قائمة بإجراءات طب الأسنان المغطاة وما تدفعه.</p>	<p>خدمات طب الأسنان</p> <p>نحن ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التنظيفات والحشوات وأطقم الأسنان. ما لا نغطيه متاح من خلال برنامج Medi-Cal Dental، الموضح في F2 أدناه.</p> <p>نحن ندفع مقابل بعض خدمات طب الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو قلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الكلى.</p> <p>تتوفر بعض خدمات طب الأسنان، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، خدمات التنظيف والحشوات وأطقم الأسنان، من خلال برنامج خدمة Medi-Cal للأسنان مقابل الرسوم أو برنامج Medi-Cal دفع الرسوم مقابل الخدمات (FFS).</p> <p>بشكل عام، لا يغطي برنامج Original Medicare خدمات طب الأسنان الوقائية (مثل التنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية للأسنان). نحن نغطي بعض خدمات طب الأسنان الروتينية والشاملة.</p> <p>للحصول على قائمة بإجراءات طب الأسنان المغطاة، راجع جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية في نهاية جدول المزايا الطبية لمزيد من المعلومات حول كيفية الحصول على هذه الخدمات.</p> <p>تتطبق عمليات الدفع المشتركة المدرجة في جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية على الخدمات فقط عندما يصفها طبيب أسنان تابع للشبكة كإجراء ضروري ومناسب وملئم لحالة أسنانك.</p> <p>قد لا تكون جميع المزايا مناسبة للجميع. يجب عليك الاعتماد على طبيب أسنان تابع لشبكتك لتحديد الرعاية المناسبة لك. شبكة موفري رعاية طب الأسنان هي شبكة عامة لأطباء الأسنان فقط؛ لا يوجد اختصاصيين آخرين في الشبكة.</p> <p>*لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات الثرية.</p>
<p>\$0</p>	<p>فحص الاكتئاب </p> <p>سندفع مرة واحدة لفحص الاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مكان للرعاية الأولية يمكنه أن يوفر متابعة علاجية و/أو تقديم إحالات.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: right;">فحص مرض السكري </p> <p style="text-align: right;">سندفع نظير هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا توفر لديك أي من عوامل الخطورة الآتية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم) • سجل الكوليسترول ومستويات الدهون الثلاثية غير الطبيعيين (اضطراب شحميات الدم) • البدانة • سجل ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز) <p style="text-align: right;">يمكن تغطية الفحوصات في بعض الحالات، على سبيل المثال إذا كان وزنك زائدًا ولديك تاريخ عائلي فيما يتعلق بداء السكري. واستنادًا إلى نتائج الاختبارات، قد تكون مؤهلاً لإجراء فحصين لداء السكري كل 12 شهرًا.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p> <p>بالنسبة لأجهزة قياس نسبة السكر في الدم، يرجى مراجعة قسم "الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) واللوازم ذات الصلة" أدناه.</p>	<p> التدريب على الإدارة الذاتية لداء السكري، وخدماته وصرفياته</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرضى السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا):</p> <ul style="list-style-type: none"> ● صرفيات لمراقبة الجلوكوز في الدم، وتتضمن ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> ○ جهاز قياس نسبة السكر في الدم ○ أشرطة اختبار الجلوكوز في الدم ○ أجهزة وأجهزة الدم وأدوات سحب عينة من 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ زوج من الأحذية العلاجية ذات التصميم المخصص (بما في ذلك بطانات الأحذية) وزوج من بطانات الأحذية لكل سنة ميلادية، أو ○ زوج واحد من الأحذية العريضة وثلاثة أزواج من بطانات الأحذية (لا يتضمن ذلك بطانات الأحذية غير المخصصة القابلة للزرع المرفقة مع هذه الأحذية) ● سندفع نظير التدريب على مساعدتك في التحكم في داء السكري في بعض الحالات. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء. <p>بالنسبة لأشرطة 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.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p>	<p>خدمات دولار</p> <p>بالنسبة للأفراد الحوامل، نقوم بدفع تكاليف تسع زيارات لدولاً خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة.</p>
<p>\$0</p> <p>أجهزة قياس نسبة السكر في الدم:</p> <p>\$0 لأجهزة قياس السكر في الدم FreeStyle® وتأمين مشترك بنسبة 20% لأجهزة مراقبة السكر في الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى.</p> <p>إن تقاسم تكاليف تغطية معدات الأكسجين الخاصة ببرنامج Medicare هو \$0 في كل مرة تتلقى فيها معدات الأكسجين المغطاة.</p>	<p>الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) واللوازم ذات الصلة</p> <p>ارجع إلى الفصل 12 من كتيب الأعضاء الخاص بك للحصول على تعريف "الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME)".</p> <p>نحن نغطي العناصر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الكراسي المتحركة، بما في ذلك الكراسي المتحركة الكهربائية • العكازات • أنظمة المراتب الكهربائية • وسادة الضغط الجاف للفرش • لوازم مرض السكري • أسرة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل • مضخات الحقن بالتسريب الوريدي (IV) وحامل المحاليل • أجهزة توليد الكلام • معدات ومستلزمات الأكسجين • أجهزة استنشاق الرذاذ • المشايات • مقبض منحنى قياسي أو عكاز رباعي ومستلزمات بديلة • جهاز شد العنق (فوق الباب) • منشط العظام • معدات رعاية غسيل الكلى <p>قد تتم تغطية عناصر أخرى.</p> <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME) واللوازم ذات الصلة (تابع)</p> <p>نحن ندفع مقابل جميع تكاليف DME الضرورية طبيًا والتي عادةً ما يدفع ثمنها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. إذا كان مورداً في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو صانعاً معيناً، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلب ذلك خصيصاً لك.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p> <p>إذا تلقيت رعاية طارئة في مستشفى غير تابع للشبكة وتحتاج إلى رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، يجب عليك العودة إلى إحدى المستشفيات التابعة للشبكة حتى يستمر دفع تكاليف رعايتك. لا يمكنك البقاء في المستشفى غير تابع للشبكة لتلقي العلاج داخلها إلا إذا وافقت خطتنا على إقامتك.</p> <p>قيمة المشاركة في التأمين 20% للتغطية العاجلة في جميع أنحاء العالم (يتم الإعفاء من قيمة المشاركة في التأمين في حالة دخول المستشفى خلال يوم واحد من نفس الحالة)</p>	<p>رعاية الطوارئ</p> <p>رعاية الطوارئ هي الخدمات التي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يقدمها موفر رعاية مدرب على توفير خدمات الطوارئ، و • المطلوبة لعلاج حالة طبية طارئة. <p>الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية تتضمن ألمًا شديدًا أو إصابة بالغة. وتعد الحالة خطيرة للغاية، أي في حال عدم تلقي العناية الطبية على الفور، يمكن لأي شخص على قدر معقول من الخبرة بالصحة والطب أن يتوقع تسببها بما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خطر جدي على صحتك أو على الجنين؛ أو • ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ أو • خلل جسيم في أي من وظائف الأعضاء أو أجزاء الجسد. • في حالة الولادة العاجلة للمرأة الحامل، عندما: <ul style="list-style-type: none"> ○ عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. ○ أن يمثل النقل إلى المستشفى تهديدًا على صحتك أو سلامتك أو صحة الجنين. <p>* التغطية العالمية.</p> <p>ليس لديك حد سنوي مشترك لرعاية الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة كل عام.</p> <p>* لا ينطبق الحد الأقصى للمصروفات النثرية الخاصة بالخطة على الخدمات خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات تنظيم الأسرة</p> <p>يتيح لك القانون اختيار أي موفر الرعاية – 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.</p> <p style="text-align: center;">سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اختبار تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • معمل تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية • وسائل تنظيم الأسرة (وسائل منع الحمل داخل الرحم (IUC)) / جهاز داخل الرحم يُعرف باسم اللولب (IUD)، الغرسات، الحقن، حبوب منع الحمل، اللاصقة، أو الحلقة) • صريفات تنظيم الأسرة المقررة بوصفها طبية (واقٍ ذكري أو إسفنجة أو فوم أو أقراص أو غشاء حاجز أو أغطية) • استشارات وتشخيصات منع الإنجاب والخدمات ذات الصلة • الاستشارات والاختبارات والعلاج للأمراض المعدية المنقولة جنسياً (STI) • استشارات واختبارات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) ومتلازمة نقص المناعة المكتسبة (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 <p>ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب أن تستشير موفر رعاية من ضمن شبكة موفري الرعاية لدينا للحصول على الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • العلاج الطبي لحالات العقم (لا تتضمن هذه الخدمة استعمال وسائل صناعية للحمل.) • علاج AIDS والحالات المتعلقة بـ HIV • اختبارات الجينات الوراثية

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<div style="text-align: right;">  <p>برامج تثقيفية للصحة والتعافي</p> <p>نوفر الكثير من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتتضمن هذه البرامج:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حالات التوعية الصحية؛ • حالات التوعية الغذائية؛ • الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ؛ و • الخط الساخن للتمريض <p>برامج تساعدك على البقاء بصحة جيدة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مواد مكتوبة عن التوعية الصحية، بما في ذلك الرسائل الإخبارية • برامج توعوية <p>البرامج التوعوية التي تركز على الحالات الصحية مثل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ارتفاع ضغط الدم • الكوليسترول • الربو • نظام غذائي خاص <p>برامج تعليمية مصممة لإثراء صحتك وأسلوب حياتك، بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • إدارة الوزن • اللياقة البدنية • إدارة التوتر <p>NurseHelp 24/7</p> <p>قم بإجراء حوار سري وجهاً لوجه عبر الإنترنت مع ممرضة مسجلة على مدار 24 ساعة في اليوم. عندما يكون لديك مشكلة طبية، فإن مكالمة واحدة إلى الخط الساخن المجاني الخاص بنا تجعلك على اتصال بممرضة مسجلة سنتستمع إلى مخاوفك وتساعدك في الوصول إلى حل.</p> <p>اتصل بالرقم (TTY: 711) 1-877-304-0504 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p> <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p> </div>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>برامج تعليم للصحة والتعافي (تابع)</p> <p>SilverSneakers® لللياقة البدنية</p> <p>يمكن أن تساعدك أحذية SilverSneakers على عيش حياة أكثر صحة ونشاطاً من خلال اللياقة البدنية والتواصل الاجتماعي. ستنتمتع بمزايا اللياقة البدنية من خلال SilverSneakers في المواقع المشاركة¹. يمكنك الوصول إلى المدربين الذين يقودون فصول التمارين الجماعية المصممة خصيصاً². في المواقع المشاركة على مستوى البلاد¹، يمكنك الالتحاق بالفصول التدريبية² بالإضافة إلى استخدام معدات التمرين ووسائل الراحة الأخرى. بالإضافة إلى ذلك، يمنحك SilverSneakers FLEX® خيارات لممارسة النشاط خارج صالات الألعاب الرياضية التقليدية (مثل مراكز الترفيه ومراكز التسوق والحدائق العامة). تقوم SilverSneakers أيضاً بتوصيلك بشبكة دعم وفصول افتراضية من خلال SilverSneakers LIVE™ ومقاطع فيديو SilverSneakers™ عند الطلب، وتطبيقنا للهاتف المحمول، SilverSneakers GO™. يمكنك أيضاً الوصول إلى Stitch³، موقع اجتماعي عبر الإنترنت لكبار السن، حيث يمكنك الانضمام إلى الأنشطة والفعاليات التي يمكن حضورها شخصياً وعبر الإنترنت. كل ما تحتاجه للبدء هو رقم تعريف SilverSneakers الشخصي الخاص بك. انتقل إلى موقع Silversneakers.com لمعرفة المزيد حول فائدتك أو اتصل بالرقم [711: TTY: 1-888-423-4632]، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 صباحاً إلى الساعة 8 مساءً.</p> <p>تحدث دائماً مع طبيبك قبل البدء في برنامج التمرين.</p> <p>¹ المواقع المشاركة ("PL") ليست مملوكة أو تديرها شركة Tivity Health, Inc. أو الشركات التابعة لها. يقتصر استخدام مرافق PL ووسائل الراحة على شروط وأحكام عضوية PL الأساسية. تختلف المرافق ووسائل الراحة حسب PL.</p> <p>² تتضمن العضوية دروس لياقة بدنية جماعية تحت إشراف مدربين من SilverSneakers. تقدم بعض المواقع للأعضاء فصولاً إضافية. تختلف الفصول حسب الموقع.</p> <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>برامج تعليم للصحة والتعافي (تابع)</p> <p>Stitch ³ هو مقدم خدمة تابع لجهة خارجية ولا تملكه أو تديره شركة Tivity Health أو الشركات التابعة لها. يجب أن يكون لدى أعضاء SilverSneakers خدمة الإنترنت للوصول إلى خدمة Stitch. تقع مسؤولية رسوم خدمة الإنترنت على عاتق عضو SilverSneakers.</p> <p>نظام الاستجابة الشخصية للطوارئ (PERS) - نظام مراقبة التنبيه الطبي الذي يوفر الوصول إلى المساعدة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع، بضغطة زر. يتم توفير مزايا PERS الخاصة بك بواسطة LifeStation® ويتضمن ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● نظام شخصي واحد للاستجابة للطوارئ ● اختيار نظام في المنزل أو جهاز محمول مع جي بي أس/واي فاي وإنذار اكتشاف السقوط ● المراقبة الشهرية ● الشواحن والأسلاك اللازمة <p>للحصول على PERS والبدء في تلقي الخدمات، اتصل بفريق LifeStation على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع على الرقم (TTY:711) 1-855-672-3269 أو قم بزيارة blueshieldca.com/PERS.</p> <p>* لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>• \$0 لكل اختبار سمع تشخيصي مغطى ببرنامج Medicare</p> <p>• \$0 لكل اختبار سمع روتيني (غير مشمول بتغطية برنامج Medicare).</p> <p>• سيتم تعويضك بمبلغ يصل إلى \$2,000 سنويًا مقابل استخدام معينتين للسمع وتركيب وتقييم معينتين للسمع (ينطبق على كلتا الأذنين معًا).</p> <p>*لا تنطبق تكاليف وسائل المساعدة السمعية على الحد الأقصى للنفقات النثرية الخاصة بالخطة.</p> <p>يمكنك الحصول على وسائل المساعدة السمعية من المورد الذي تختاره.</p>	<p>خدمات السمع</p> <p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها PCP الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي كرعاية للمرضى في العيادات الخارجية عندما يقدمها الطبيب المعالج أو اختصاصي سمع أو أي موفر رعاية مؤهل آخر. • اختبار سمع روتيني (غير مشمول بتغطية برنامج Medicare). • وسائل المساعدة السمعية* <p>إذا كنت حاملاً أو تقيمين في مركز تريض، فسندفع أيضًا مقابل وسائل المساعدة السمعية، والتي تتضمن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • قوالب الأذن والأجهزة والحشوات • عمليات الإصلاح التي لا تزيد تكلفتها عن \$25 لكل عملية إصلاح • الضبط الأولي للبطاريات • ست زيارات للتدريب والضبط والتركييب من خلال نفس المورد بعد الحصول على وسيلة المساعدة السمعية • الفترة التجريبية لإيجار الوسائل المساعدة السمعية • أجهزة الاستماع المساعدة، وأجهزة السمع التوصيل العظمي السطحية • خدمات السمع المتعلقة بوسائل المساعدة السمعية وخدمات ما بعد التقييم <p>*لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p>	<p>فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) </p> <p>ندفع مقابل اختبار فحص HIV مرة واحدة كل 12 شهرًا للأشخاص الذين:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يطلبون إجراء اختبار فحص HIV، أو • يعانون من خطر متزايد بالعدوى بـ HIV. <p>فيما يتعلق بالنساء الحوامل، ندفع ما يصل إلى ثلاثة اختبارات HIV أثناء فترة الحمل. نحن ندفع أيضًا مقابل فحص (فحوصات) HIV الإضافية عندما يوصي بها موفر الرعاية الخاص بك.</p>
<p>\$0 لكل زيارة صحية منزلية مغطاة</p>	<p>وكالات الرعاية الصحية المنزلية</p> <p>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.</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التمريض الماهر والمساعدة الصحية المنزلية بدوام جزئي أو متقطع (لكي يتم تغطيتها بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن تكون خدمات التمريض الماهرة والمساعدة الصحية المنزلية مجتمعة أقل من 8 ساعات يوميًا و35 ساعة أسبوعيًا). • العلاج البدني، والعلاج الوظيفي، وعلاج التخاطب. • الخدمات الطبية والاجتماعية • معدات ومستلزمات طبية

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 لكل زيارة منزلية للعلاج بالحقن مغطاة</p>	<p>علاج الحقن في المنزل</p> <p>تدفع خطتنا تكاليف العلاج بالحقن في المنزل، والذي يُعرف بأنه أدوية أو مواد بيولوجية يتم حقنها في الوريد أو وضعها تحت الجلد وتقديمها لك في المنزل. هناك حاجة إلى ما يلي لإجراء الحقن المنزلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ ● المعدات، مثل المضخة؛ و ● الإمدادات، مثل الأنابيب أو القسطرة. <p>نحن نغطي خدمات الحقن المنزلي التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقاً لخطة الرعاية الخاصة بك؛ ● تدريب الأعضاء وتعليمهم غير مدرجين بالفعل في مزايا DME؛ ● مراقبة عن بُعد؛ و ● خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن المنزلي وأدوية الحقن المنزلي التي يقدمها مورد العلاج بالحقن المنزلي المؤهل.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 لكل توصيل وجبة منزلية تخضع للتغطية</p>	<p>توصيل وجبات منزلية</p> <p>عند الخروج من المستشفى بعد تلقي العلاج داخلها أو الإقامة في مركز خدمات التمريض المهني، فإننا نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 22 وجبة و10 وجبات خفيفة لكل خروج من المستشفى • سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة إلى حد أقصى ثلاث تسليمات منفصلة حسب الحاجة. • تقتصر التغطية على اثنين خروج من المستشفى سنويًا <p>وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال بخدمات عملاء Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند).</p> <p>*لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية للخطة.</p>
	<p>رعاية المرضى بالأمراض العضال</p> <p>لديك الحق في اختيار رعاية الأمراض العضال إذا قرر موفر الرعاية والمدير الطبي لرعاية الأمراض العضال أن لديك تشخيصًا بمرض عضال في مرحلته النهائية. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش لمدة 6 أشهر أو أقل. يمكنك تلقي الرعاية من خلال أي من برامج ماوى الرعاية المخصصة للأمراض المزمنة والمعتمدة من برنامج Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية الأمراض العضال المعتمدة من برنامج Medicare في منطقة خدمة الخطة. قد يكون الطبيب المعالج لك في ماوى الرعاية المخصص للأمراض العضال موفر رعاية تابعًا للشبكة أو موفر رعاية غير تابع لها.</p> <p>تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أدوية علاج الأعراض والألم • الرعاية قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)


إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>رعاية المرضى بالأمراض العضال (تابع)</p> <p>تُرسل فواتير خدمات مأوى الرعاية المخصصة لذوي الأمراض العضال والخدمات التي يغطيها القسم A أو B في Medicare والتي ترتبط بتشخيصك بوجود مرض عضال إلى برنامج Medicare</p> <ul style="list-style-type: none"> • راجع القسم F من هذا الفصل لمزيد من المعلومات. <p>فيما يتعلق بالخدمات التي تتم تغطيتها من خلال خطتنا والتي لا تتم تغطيتها من قبل برنامج Medicare في القسم A أو B:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها القسم A من برنامج Medicare أو القسم B من برنامج Medicare. نحن نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بتشخيصك النهائي أم لا. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات. <p>فيما يخص الأدوية التي قد تكون مشمولة بمزايا القسم D في برنامج Medicare بخطتنا</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من مأوى رعاية الأمراض العضال وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك. <p>ملحوظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية المرضى بالأمراض العضال، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو بك خدمة العملاء لترتيب الخدمات. الرعاية لغير الأمراض العضال هي الرعاية غير المتعلقة بالأمراض العضال التي تُشخص باعتبارها مرحلة نهائية من مرضك.</p> <p>تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية لمأوى رعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط) المقدمة للأشخاص الميؤوس من شفائهم ممن لم يختاروا ميزة مأوى رعاية الأمراض العضال.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 للتحصينات المغطاة بالقسم B في برنامج Medicare</p>	<p>التطعيمات </p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● لقاح التهاب الرئوي ● لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم أنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات الإنفلونزا الإضافية إذا كان الأمر ضرورياً من الناحية الطبية ● التطعيم ضد مرض التهاب الكبد B، إذا كان هناك احتمال كبير أو متوسط لتعرضك للإصابة بالتهاب الكبد B ● لقاحات COVID-19 ● لقاحات أخرى إذا كنت في خطر ونفي بقواعد تغطية القسم B من برنامج Medicare <p>سندفع ثمن اللقاحات الأخرى التي تدرج ضمن قواعد القسم D في برنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء الخاص بك.</p> <p>نحن أيضاً ندفع ثمن جميع اللقاحات للبالغين وفقاً لما أوصت به اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP).</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p> <p>يتعين عليك الحصول على موافقة من خطتنا لمواصلة الحصول على تلقي العلاج داخل المستشفى في مستشفى غير تابعة للشبكة بعد اجتياز حالتك الطارئة.</p>	<p>الرعاية الصحية في العيادات الداخلية</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) ● الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض الدورية ● تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات الرعاية المركزة أو الرعاية التاجية ● الأدوية والعلاج ● الاختبارات المعملية ● الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى ● الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية ● الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة ● خدمات غرفة العمليات وغرفة الإنعاش ● العلاج البدني والوظيفي وعلاج التخاطب ● خدمات علاج تعاطي المخدرات للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى ● في بعض الحالات، الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية، والكلى، والكلى/البنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، والنخاع العظمي، والخلية الجذعية، والأمعاء/أعضاء حشوية متعددة. <p>إذا كنت في حاجة إلى إجراء عملية زرع، سيراجع مركز زرع معتمد من برنامج Medicare حالتك، ومن ثم يقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع أم لا. قد يكون موفرو عمليات الزرع محليين أو من خارج منطقة نطاق الخدمة. إذا كان موفرو عمليات الزرع المحليون مستعدين لقبول النسبة المحددة من قِبَل برنامج Medicare، حينها يمكنك تلقي</p> <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p style="text-align: center;">الرعاية الصحية في العيادات الداخلية (تابع)</p> <p>خدمات زرع الأعضاء محليًا أو خارج نمط الرعاية لمجتمعك. إذا كانت خطتنا توفر خدمات زراعة الأعضاء في مواقع خارج نموذج الرعاية لمجتمعنا واخترت إجراء عملية زراعة الأعضاء في هذا المكان، فسنقوم بترتيب أمر السكن وتكاليف التنقل أو دفع قيمتهما لك ولشخص آخر. †</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه • خدمات الطبيب المعالج <p>ملحوظة: لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب على موفر الرعاية الخاص بك كتابة أمر لإدخالك رسميًا كمريض داخلي في المستشفى. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر "مريضًا خارجيًا". إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا داخليًا أم خارجيًا، فيجب عليك سؤال موظفي المستشفى.</p> <p>يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة حقائق برنامج Medicare التي تسمى "هل أنت مريض داخلي أم مريض خارجي؟" إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare - استفسر! صحيفة الحقائق هذه متاحة على الويب على الرابط: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p> <p>† تتم تغطية عمليات زرع الأعضاء فقط إذا حصل طبيبك أو أي موفر رعاية آخر تابع للشبكة على موافقة مسبقة (يطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") منا.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي</p> <p>سندفع نظير خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● إذا كنت تحتاج إلى خدمات داخلية في مستشفى متخصصة في الرعاية النفسية، سندفع نظير إقامتك لفترة أولى مدتها 190 يومًا. بعد ذلك، تقوم وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة بدفع تكاليف خدمات الطب النفسي للمرضى الداخليين الضرورية من الناحية الطبية. يتم التنسيق للحصول على تصريح الإقامة بعد الفترة الأولى ومدتها 190 يومًا مع وكالة الصحة العقلية في المقاطعة المحلية. ○ لا ينطبق الحد الذي يبلغ 190 يومًا على خدمات الصحة العقلية التي يتم توفيرها في وحدة الرعاية النفسية بمستشفى عام. ● إذا كان عمرك 65 عامًا أو أكبر، فسندفع نظير الخدمات التي تتلقاها في معهد للأمراض العقلية. (Institute for Mental Diseases (IMD).

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>إقامة المرضى الداخليين: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني (SNF) أثناء إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة</p> <p>نحن لا ندفع مقابل إقامتك كمرضى داخليين إذا كنت قد استخدمت كل مزايا المرضى الداخليين الخاصة بك أو إذا كانت الإقامة غير معقولة وغير ضرورية طبيًا.</p> <p>ومع ذلك، في بعض الحالات التي لا يتم فيها تغطية رعاية المرضى الداخليين، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو مركز التمريض. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء.</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الطبيب • الاختبارات التشخيصية مثل الاختبارات المعمل • الأشعة السينية والمعالجة بالراديووم والعلاج بالنظائر المشعة بما في ذلك المواد والخدمات التقنية • 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: <ul style="list-style-type: none"> ○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو ○ وظيفة عضو داخلي مُعطل أو به خلل وظيفي. • دعائم القدم والذراع والظهر والرقبة، وأحزمة الفتق، والأقدام والأذرع والعيون الصناعية. تتضمن هذه الأعضاء عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال لعلاج الكسور أو الاهتراء أو الفقد، أو لعلاج تغيّر في حالتك. • العلاج البدني وعلاج التخاطب والعلاج الوظيفي

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،



يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare

ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات وصرفيات أمراض الكلى</p> <p style="text-align: center;">سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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 الخاص بك، أو عندما يكون موفر رعاية هذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. ● علاج الغسيل الكلوي بالمستشفى إذا تم احتجازك بالمستشفى باعتباره 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 المدربين لمتابعة غسيل الكلى بالمنزل، وللمساعدة في الحالات الطارئة، وللتحقق من أجهزة غسيل الكلى والإمدادات المائية. <p>بموجب مزايا أدوية القسم B في برنامج Medicare، سندفع نظير بعض أدوية غسيل الكلى. للحصول على معلومات، راجع "الأدوية المقررة بوصفة طبية في القسم B في برنامج Medicare" في هذا الجدول.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>فحص سرطان الرئة </p> <p>تدفع خطتنا تكاليف فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا كنت:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تتراوح أعمارهم بين 50-77 عامًا، و • الحصول على 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 <p>بعد الفحص الأول، تقوم خطتنا بدفع تكلفة فحص آخر كل عام بموجب أمر مكتوب من طبيبك أو أي موفر رعاية مؤهل آخر.</p>
\$0	<p>العلاج بالتغذية الطبية </p> <p>يستفيد من هذه الميزة الأشخاص الذين يعانون من داء السكري أو أمراض الكلى دون إجراء غسيل كلوي. كما تتم الاستفادة منها بعد إجراء عملية زرع كلى عند الحصول على إحالة من طبيبك.</p> <p>سندفع نظير ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الفردية أثناء العام الأول من تلقيك لخدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p> <p>ثم ندفع نظير ساعتين من الخدمات الاستشارية الفردية كل عام. إذا حدث تغيير في الحالة المرضية أو العلاج أو التشخيص، فقد تتوفر لك إمكانية الحصول على المزيد من ساعات العلاج حسب إحالة الطبيب. يجب الحصول على هذه الخدمات بوصفها طبية من طبيب، وأن يتم تجديد هذه الإحالة سنويًا إذا كان العلاج مطلوبًا في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.</p>
\$0	<p>برنامج الرعاية الطبية للوقاية من مرض السكري (MDPP) </p> <p>تدفع خطتنا مقابل خدمات MDPP. تم تصميم MDPP لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. ويقدم التدريب العملي في:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، و • زيادة النشاط البدني، و • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 (يُرجى تزويد طبيبك أو الصيدلية بكل من بطاقة هوية Blue Shield TotalDual Plan وبطاقة تعريف مزايا Medi-Cal الخاصة بك.)</p>	<p>أدوية القسم B المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare</p> <p>تخضع هذه الأدوية للتغطية بموجب القسم B من برنامج Medicare. تدفع خطتنا تكلفة الأدوية التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 خطتنا • عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • الأدوية المثبطة للمناعة، إذا كنت مسجلاً في القسم A في برنامج Medicare في وقت زراعة الأعضاء • 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 • المستضدات • بعض الأدوية المضادة للسرطان عن طريق الفم والأدوية المضادة للغثيان <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>أدوية القسم B المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بعض أدوية الغسيل الكلوي المنزلي، بما في ذلك الهيبارين ومضادات السموم الخاصة بالهيبارين (عندما تكون ضرورية من الناحية الطبية)، والمخدر الموضعي، والأدوية المنشطة لتكون الكريات الحمراء (مثل Epogen® أو Procrit® أو Epoetin Alfa أو Aranesp® أو Darbepoetin Alfa) ● الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية <p>نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب مزايا الأدوية الموصوفة طبياً من القسم B في برنامج Medicare والقسم D في برنامج Medicare.</p> <p>الفصل 5 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك يشرح فائدة الأدوية المقررة بوصفة طبية للمرضى الخارجيين. إذ يوضح القواعد التي يتعين عليك اتباعها كي تتم تغطية الوصفات الطبية.</p> <p>الفصل 6 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك يشرح ما الذي تدفعه نظير الأدوية المقررة بوصفة طبية في العيادات الخارجية على مدار خطتنا.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">الرعاية في مركز ترميض</p> <p>مركز الترميض (NF) هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى دخول المستشفى.</p> <p>تتضمن الخدمات التي يتم الدفع نظيرها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) ● الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة ● خدمات الترميض ● العلاج البدني، والعلاج الوظيفي، 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 الترميض ● الاختبارات المعملية التي تجريها عادةً مراكز الترميض ● خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها عادةً مراكز الترميض ● استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مراكز الترميض ● خدمات الطبيب المعالج/طبيب ممارس ● الأجهزة الطبية المُعمّرة ● خدمات طب الأسنان بما فيها تركيب أطقم الأسنان ● المزايا البصرية <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>الرعاية في مركز ترميض (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحوصات السمع • الرعاية التقييمية للعمود الفقري • خدمات طب الأقدام <p>ستتلقى الرعاية عادةً من مراكز تابعة لشبكة التأمين. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز لا يتبع شبكة التأمين. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مركز الترميض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيراً قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز الترميض). • مركز الترميض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.
\$0	<p>فحوصات البدانة وعلاجها لمتابعة فقدان الوزن </p> <p>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.</p>
\$0	<p>خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية (OTP)</p> <p>تدفع خطتنا تكاليف الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD):</p> <ul style="list-style-type: none"> • أنشطة تناول الأدوية • التقييمات الدورية • الأدوية المعتمدة من هيئة الغذاء والدواء (FDA)، وإدارة هذه الأدوية وإعطائها لك، إن أمكن • استشارات تعاطي المخدرات • العلاج الفردي والجماعي • اختبار المخدرات أو المواد الكيميائية في الجسم (اختبار السموم)

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خططنا مقابلها
\$0	<p>الاختبارات التشخيصية والخدمات العلاجية والصرفيات بالعيادات الخارجية</p> <p>نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية طبيًا غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الأشعة السينية ● العلاج الإشعاعي (بالراديوم والنظائر المشعة) بما في ذلك المواد والصرفيات المخصصة للممارسين الفنيين ● الإمدادات الجراحية، مثل الضمادات ● الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع ● الاختبارات المعملية ● الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطاؤه ● الاختبارات التشخيصية الأخرى بالعيادات الخارجية <p>قد يتم تطبيق قواعد الحصول على تصريح على الخدمات.</p> <p>يتعين عليك التحدث مع موفر الرعاية والحصول على إحالة.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى</p> <p>سندفع نظير الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تتلقاها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص المرض أو الإصابة أو علاجها.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية مثل خدمات الجراحة أو الملاحظة في العيادات الخارجية <ul style="list-style-type: none"> ○ تساعد خدمات الملاحظة طبيبك على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى باعتبارك "مريض داخلي". ○ في بعض الأحيان، قد تبقى في المستشفى طوال الليل وتظل "مريضًا خارجيًا". ○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضًا داخليًا أو خارجيًا في صحيفة الحقائق هذه: www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf ● الاختبارات المعملية والتشخيصية التي أصدرت المستشفى فاتورة بها ● الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج الجزئي بالمستشفى، إذا شهد الطبيب بأن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوبًا بدونها ● الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي أصدرت المستشفى فاتورة بها ● الصرفيات الطبية مثل الجبائر بأنواعها ● الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جدول المزايا ● بعض الأدوية التي لا يمكنك تناولها بنفسك

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات رعاية الصحة العقلية في العيادات الخارجية</p> <p>سندفع نظير خدمات رعاية الصحة العقلية التي يقدمها:</p> <ul style="list-style-type: none"> • طبيب أمراض نفسية مُرخص له من قِبَل الدولة أو طبيب • أخصائي في علم النفس السريري • أخصائي اجتماعي سريري • اختصاصي تمرير سريري • مستشار محترف معتمد (LPC) • معالج زواج وأسرّة معتمد (LMFT) • ممارس تمرير (NP) • طبيب مساعد (PA) • أي أخصائي آخر في الرعاية الصحية العقلية مُؤهل من قِبَل برنامج Medicare على النحو المصرّح بموجب القوانين السارية في الولاية <p>سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات الطبية السريرية • العلاج اليومي • خدمات إعادة التأهيل النفسية • الاستشفاء الجزئي أو برامج العيادات الخارجية المكثفة • تقييم وعلاج الصحة النفسية للأفراد والمجموعات • الاختبارات النفسية عندما توصف سريريًا لتقييم نتائج الصحة النفسية • خدمات العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالعقاقير • معمل العيادات الخارجية والأدوية والصرفيات والمكملات الغذائية • استشارات العلاج النفسي

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>خدمات إعادة التأهيل الصحي لمرضى العيادات الخارجية</p> <p>سندفع نظير خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج التخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل الصحي لمرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، وعيادات المعالجين المستقلين، ومراكز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF)، وأماكن أخرى.</p>
\$0 لكل زيارة علاجية فردية أو جماعية	<p>خدمات علاج تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فحص واستشارة تعاطي الكحول ● علاج تعاطي المخدرات ● المشورة الفردية أو الجماعية على يد طبيب مؤهل ● علاج الإدمان شبه الحاد في برنامج الإدمان أثناء الإقامة ● خدمات علاج المخدرات و/أو الكحوليات في مراكز علاج العيادات الخارجية المركزية ● علاج نالتريكسون ممتد المفعول (vivitrol)
\$0 لكل زيارة إلى مركز جراحي متنقل أو منشأة مستشفى خارجية.	<p>العمليات الجراحية في العيادات الخارجية</p> <p>سندفع نظير العمليات الجراحية في العيادات الخارجية والخدمات التي يتم توفيرها في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز جراحات اليوم الواحد.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p>	<p>العناصر غير المقررة بوصفها طبية (OTC)</p> <p>يحق لك الحصول على بدل ربع سنوي قدره \$210 للأدوية والمستلزمات المدرجة في كتالوج OTC. تشمل هذه الميزة عناصر مثل الأسبرين والفيتامينات ومستحضرات البرد والسعال والضمادات. لا تشمل هذه الميزة عناصر مثل مستحضرات التجميل، والمكملات الغذائية.</p> <p>يتوفر كتالوج OTC وإرشادات الطلب عبر الإنترنت على رابط الموقع www.blueshieldca.com/medicareOTC. يمكنك طلب العناصر عبر الهاتف على الرقم [TTY: 711] 628-2770 (888)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، أو عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medicareOTC. سيتم شحن الطلبات إليك بدون أي رسوم إضافية. يرجى الانتظار حوالي 14 يوم عمل للتسليم.</p> <p>تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل ربع سنة (1 يناير، 1 أبريل، 1 يوليو، و1 أكتوبر). يمكنك تقديم طلبين كل ثلاثة أشهر ولا يمكنك تحويل المخصصات غير المستخدمة إلى ربع السنة التالي. تُطبق بعض القيود. يرجى الرجوع إلى كتالوج العناصر غير المقررة بوصفها طبية للحصول على مزيد من المعلومات.</p> <p>*لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النظرية للخطة.</p>
<p>\$0</p>	<p>خدمات العلاج الجزئي بالمستشفى</p> <p>العلاج الجزئي بالمستشفى هو برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. وهو يُقدم لمرضى العيادات الخارجية بالمستشفيات أو المراكز العامة للصحة العقلية. ويعتبر برنامجًا أكثر تكثيفًا بالمقارنة مع الرعاية المقدمة في عيادة الطبيب أو أخصائي العلاج. ويمكن أن يساعدك في أن تتجنب الإقامة بالمستشفى.</p> <p>خدمات العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظم للعلاج الصحي السلوكي (العقلي) الذي يتم تقديمه كخدمة لمرضى العيادات الخارجية في المستشفى، أو مركز صحة عقلية مجتمعي، أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا، أو عيادة صحية ريفية تكون أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو معالجك ولكن أقل كثافة من العلاج الجزئي في المستشفى.</p> <p>ملحوظة: نظرًا لعدم وجود مراكز للصحة العقلية مجتمعية في شبكتنا، فإننا نغطي العلاج الجزئي في المستشفى فقط كخدمات العيادات الخارجية في المستشفى.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خططنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات الطبيب/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب</p> <p style="text-align: center;">سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات الجراحة أو الرعاية الصحية الضرورية طبيًا من الناحية الطبية التي تقدم في أماكن منها: ● عيادة الطبيب المعالج ● مركز معتمد لجراحات اليوم الواحد ● أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى ● الاستشارات والتشخيص والعلاج من قبل اختصاصي ● الفحوصات الأساسية للسمع والتوازن التي يُجريها موفر الرعاية الأولية، إذا طلب الطبيب 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 وعدوى العين والصداع النصفي والمزيد. <p>○ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد، فيجب عليك استخدام موفر رعاية تابع للشبكة يقدم الخدمة عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد.</p> <p>○ راجع قسم "خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية" في جدول المزايا الطبية لمزيد من المعلومات.</p> <p style="text-align: center;">يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بمرض الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (ESRD) لأعضاء غسيل الكلى المنزلي 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 • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية إذا: <ul style="list-style-type: none"> ○ لديك زيارة وجهًا لوجه في غضون 6 أشهر قبل زيارتك الأولى للخدمات الصحية عن بُعد ○ لديك زيارة وجهًا لوجه كل 12 شهرًا أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد ○ ويمكن إجراء استثناءات لما ورد أعلاه لظروف معينة • 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 5-10 دقائق إذا <ul style="list-style-type: none"> ○ أنت لست مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط الفحص إلى زيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية و ○ لا يؤدي الفحص إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح <p>يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
	<p>خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك خلال 24 ساعة إذا: <ul style="list-style-type: none"> ○ أنت لست مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط التقييم بزيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية و ○ لا يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح ● قم باستشارة طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا ● رأي آخر من مُوفر رعاية آخر تابع للشبكة قبل إجراء العملية الجراحية ● رعاية الأسنان غير الروتينية. تقتصر الخدمات الخاضعة للتغطية على: <ul style="list-style-type: none"> ○ العمليات الجراحية للفك أو البنى المرتبطة به ○ جبر كسور الفك أو عظام الوجه ○ خلع الأسنان لتهيئة الفك للعلاج الإشعاعي من مرض السرطان الورمي ○ الخدمات التي ستخضع للتغطية عندما يقدمها طبيب معالج

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها	
\$0	<p>خدمات طب الأقدام</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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). تغطيتك تشمل ما يلي: <ul style="list-style-type: none"> ○ قطع أو إزالة الثآليل والنتوءات ○ تقليم، قص، تقصيص، أو إزالة الجلد الزائد للأظافر 	
\$0	<p>فحوصات الكشف عن سرطان البروستاتا</p> <p>للرجال في سن 50 وأكبر، سندفع مقابل الخدمات التالية مرة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الفحص الرقمي للمستقيم ● اختبار المستضد البروستاتي النوعي (PSA) 	

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare




ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">الأجهزة التعويضية ومستلزماتها</p> <p>الأجهزة التعويضية تحل محل جزءاً من جسم الإنسان أو وظيفة من وظائفه كلياً أو جزئياً. سندفع نظير الأجهزة التعويضية التالية، وربما بعض الأجهزة الأخرى غير الواردة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● أكياس فغرة القولون وما يتعلق بها من صرفيات مرتبطة بالرعاية الطبية لفغرة القولون ● التغذية المعوية والوريدية، بما في ذلك مجموعات مستلزمات التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحول، والمحاليل، وصرفيات الحقن الذاتية ● أجهزة تنظيم ضربات القلب ● الدعامات ● الأحذية التعويضية ● الأطراف "الأذرع والسيقان" الصناعية ● الأتداء الصناعية (بما في ذلك الصديرية الجراحية بعد الخضوع لعملية استئصال الثدي) ● الأطراف الاصطناعية لاستبدال كل جزء من جزء الجسم الخارجي للوجه الذي تمت إزالته أو إضعافه نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقي ● كريم سلس البول والحفاضات <p>كما سندفع نظير بعض الصرفيات المعينة المتعلقة بالأجهزة التعويضية. وسندفع نظير إصلاح بعض الأجهزة التعويضية أو استبدالها.</p> <p>ونقدم تغطية جزئية تلي إزالة إعتام عدسة العين أو الجراحة الخاصة بها. راجع "عناية البصر" لاحقاً في هذا الجدول للحصول على التفاصيل.</p>
\$0	<p style="text-align: center;">خدمات إعادة التأهيل القلبي والرئوي</p> <p>سندفع نظير برامج إعادة التأهيل الرئوي بالنسبة للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) تتراوح شدته بين المتوسطة والحادة للغاية. يجب أن تحصل على إحالة بإعادة التأهيل الرئوي صادرة من طبيب أو موفر رعاية مُعالج لمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD).</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;">  <div style="text-align: center;"> <p>فحوصات واستشارات الأمراض المعدية المنقولة جنسياً (STI)</p> <p>سندفع نظير الفحوصات لداء الكلاميديا والسيلان ومرض الزهري والالتهاب الكبدي B. وتخضع هذه الفحوصات للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل وبعض الأشخاص الذين هم عرضة بصورة أكبر لمخاطر الإصابة بـ STI. يجب أن يطلب موفر رعاية أولية إجراء الاختبارات. نغطي هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهراً أو في أوقات محددة خلال فترة الحمل.</p> <p>كما سندفع نظير ما يصل إلى جلستين فرديتين من الجلسات الاستشارية السلوكية المباشرة عالية التكثيف سنوياً وذلك للبالغين الناشطين جنسياً والذين هم عرضة بصورة أكبر لخطر الإصابة بـ STI. يمكن أن تتراوح مدة الواحدة 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.</p> </div> </div>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare




ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خططنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: center;">الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF):</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الغرف شبة الخاصة أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضرورياً من الناحية الطبية ● الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض ● العلاج البدني، والعلاج الوظيفي، 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 ● الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية التي تقدمها مراكز التمريض ● الاختبارات المعملية التي تجريها مراكز التمريض ● خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى التي تقدمها مراكز التمريض ● الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها مراكز التمريض ● خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية <p>ستتلقى الرعاية عادةً من مراكز تابعة لشبكة التأمين. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز لا يتبع شبكة التأمين. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● مركز التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلاً قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز التمريض) ● مركز التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خططنا مقابلها
\$0	<p style="text-align: right;">الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ </p> <p>إذا كنت تتعاطى التبغ ولكن لا تظهر عليك علامات أو أعراض مرضية ترتبط بتعاطي التبغ، وتريد أو تحتاج الإقلاع عنه:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فإننا ندفع نظير محاولتي إقلاع خلال فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. وهذه الخدمة مجانية لك. تتضمن كل محاولة للإقلاع عن التدخين ما يصل إلى أربع زيارات استشارية وجهًا لوجه. ● إذا كنت تستخدم التبغ وتم تشخيص إصابتك بمرض مرتبط بالتبغ أو تتناول أدوية قد تتأثر بالتبغ: ● فسندفع نظير محاولتي إقلاع استشاريتين خلال فترة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خططنا مقابلها
\$0	<p>العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (SET)</p> <p>نحن ندفع مقابل SET للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (PAD) الذين لديهم إحالة لـ PAD من الطبيب المعالج المسؤول عن علاج PAD. خططنا تدفع مقابل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 <p>يجب أن يكون برنامج SET:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 • يقدمها موظفون مؤهلون يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر ويتم تدريبهم على العلاج بالتمارين الرياضية لـ PAD • تحت الإشراف المباشر للطبيب المعالج أو مساعد الطبيب المعالج أو الممرضة الممارسة/الممرضة السريرية المتخصصة المدربة على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة
\$0	<p>النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ</p> <p>توفر هذه الميزة خدمة النقل التي تعتبر الأفضل من حيث انخفاض التكلفة وإمكانية الوصول. يمكن أن تتضمن: خدمات النقل الطبي من خلال سيارة إسعاف أو سيارات طبية مجهزة أو سيارة للكراسي المتحركة، والتنسيق للحصول على خدمات النقل المجتمعي بالطلب المسبق.</p> <p>يتم التصريح بخدمات النقل عندما:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لا تسمح حالتك الطبية و/أو الجسدية بانتقالك على متن حافلة أو سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص، و قد يتطلب الحصول على إذن مسبق استنادًا إلى نوع الخدمة.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 (بحد 48 رحلة ذهابًا أو إيابًا في السنة)</p>	<p>النقل: النقل غير الطبي</p> <p>تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية عن طريق سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام/الخاص.</p> <p>النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة، بما في ذلك الانتقال إلى مواعيد الأسنان والحصول على العقاقير المقررة بوصفة طبية.</p> <p>لا تؤثر هذه الميزة على ميزة النقل الطبي غير الطارئ.</p> <p>ملاحظة: يتم التعامل مع ترتيبات الانتقال بواسطة Call The Car. يجب على الأعضاء التواصل مع Call the Car على [711: TTY] 200-7544 (855) الخدمة متاحة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك.</p> <p>تقدم Call The Car تطبيقًا للهاتف المحمول (CTC-Go) يمكن لأعضاء Blue Shield TotalDual Plan استخدامه لتنسيق نقل مرضى الرعاية الصحية. يسمح لك CTC-Go بمراجعة الحجوزات القادمة أو السابقة، وتقييم رحلتك، وتتبع سائقتك، وإلغاء الحجز الحالي، وجدولة حجز جديد. CTC-Go متاح على نظامي iOS وAndroid. ابحث في متجر التطبيقات الخاص بك عن "CTC'Go" وقم بتنزيل التطبيق.</p> <p>*لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النظرية للخطة.</p> <p>قد يتم تطبيق قواعد التصريح.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0</p> <p>تأمين مشترك بنسبة 20% للتغطية العاجلة في جميع أنحاء العالم (يتم الإعفاء من التأمين المشترك في حالة دخول المستشفى خلال يوم واحد من نفس الحالة)</p>	<p>الرعاية اللازمة بشكل عاجل</p> <p>الرعاية اللازمة بشكل عاجل هي رعاية مقدمة لعلاج ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، أو • مرض طبي طارئ، أو • إصابة، أو • حالة تحتاج إلى رعاية فورية. <p>إذا كنت في حاجة إلى الرعاية اللازمة بشكل عاجل، يجب أن تحاول الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة. ومع ذلك، يمكنك الاستعانة بموفرين غير تابعين للشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إلى موفر رعاية تابع للشبكة لأنه نظرًا لظروفك، ليس من الممكن، أو من غير المعقول، الحصول على خدمات من موفري خدمات تابعين للشبكة (على سبيل المثال، عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير مرئية ولكنها ليست حالة طبية طارئة).</p> <p>* تغطية عالمية.</p> <p>لا يوجد حد سنوي مجمع لرعاية الطوارئ المغطاة أو الخدمات اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها. لا تنطبق الخدمات خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها على الحد الأقصى للمصروفات النثرية.</p> <p>* لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>\$0 لكل فحص عيون يغطيه برنامج Medicare.</p> <p>مبلغ المشاركة في الدفع \$0</p> <p>مبلغ المشاركة في الدفع \$0</p>	<p> رعاية الإبصار (مُغطاة من برنامج Medicare)</p> <p>سندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص روتيني للعين مرة كل عام و • حتى مبلغ \$100 للنظارات الطبية (الإطارات والعدسات) أو حتى \$100 للعدسات اللاصقة كل سنتين. <p>ندفع نظير خدمات طبيب العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتهما. على سبيل المثال، هذا يشمل فحوصات العين السنوية لاعتلال الشبكية السكري لمرضى السكري، وعلاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر.</p> <p>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:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأشخاص الذين أصيبوا بالجلوكوما لعامل وراثي عائلي • الأشخاص الذين يعانون من داء السكري • الأمريكيون من أصل إفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر • الأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر <p>ندفع نظير زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد جراحة عتامة العدسة عندما يتم تركيب عدسة في مقلة العين بوصف من الطبيب.</p> <p>إذا كنت ستخضع لعمليتين منفصلتين لعلاج إعتام عدسة العين، يلزمك أن تحصل على نظارة بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى وإن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خططنا مقابلها
<p>تدفع \$0 مقابل فحص واحد كل 12 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة.</p> <p>تدفع \$0 مقابل إطارات النظارات (بسرير يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$375) كل 24 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسعر يزيد عن \$375، فأنت مسؤول عن الفرق.</p> <p>تدفع \$0 مقابل عدسات النظارات المقرر وصفها (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسرير يصل إلى \$375 مقابل خدمات ومواد العدسات اللاصقة) كل 12 شهرًا عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمة والمواد أعلى من \$375، فأنت مسؤول عن الفرق.</p>	<p>رعاية الإبصار، غير المغطاة بالرعاية الطبية (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)*</p> <p>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 خطة خدمة الإبصار (VSP) (مسؤول خطة إبصار Blue Shield).</p> <p>تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 وعدسات النظارات (بما في ذلك العدسات المفردة، ثنائية البؤرة المقسمة، ثلاثية البؤر المقسمة، والعدسات التصحيحية) أو العدسات اللاصقة. <p>* لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النثرية.</p>

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
<p>يتم تعويضك بما يصل إلى \$30 مقابل فحص واحد كل 12 شهرًا.</p> <p>يتم تعويضك بما يصل إلى \$35 مقابل زوج واحد من إطارات النظارات كل 24 شهرًا.</p> <p>يتم تعويضك بما يصل إلى \$35 مقابل إما زوج واحد من عدسات النظارات الطبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو مقابل العدسات اللاصقة كل 12 شهرًا.</p>	<p>رعاية الإبصار، غير المغطاة بواسطة برنامج Medicare (يتم الحصول عليها من قبل موفر رعاية تابع للشبكة)*</p> <p>يمكنك، إذا اخترت ذلك، رؤية طبيب عيون أو أخصائي عيون ليس ضمن موفري الرعاية التابعين للشبكة لدى Blue Shield TotalDual Plan. ومع ذلك، لا يجوز لك الحصول على نفس الخدمات من كل من موفري الرعاية التابعين وغير التابعين للشبكة. إذا اخترت موفر رعاية غير تابع للشبكة، فأنت مؤهل للحصول على تعويض جزئي عن الخدمات المقدمة، إلا إذا كنت قد وصلت بالفعل إلى حد مزايا خدمة الإبصار التي تبحث عنها. اتصل بخدمة العملاء لطلب نموذج التعويض ولمزيد من المعلومات حول طلب التعويض. لا يشترط الحصول على تصريح مسبق.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● فحص العين الروتيني، والانكسار وكشف عدسات النظارات. ● إطارات النظارات و عدسات النظارات (بما في ذلك العدسات المفردة، ثنائية البؤرة، ثلاثية البؤرة، و التصحيحية) أو العدسات اللاصقة <p>* لا تنطبق الخدمات على الحد الأقصى للمصروفات النقدية.</p>



ما يتعين عليك دفعه	الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	<p>زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية </p> <p>نغطي زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية لمرة واحدة. وتتضمن الزيارة ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة حالتك الصحية، • والتوعية بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها وتوفير خدمات استشارية بشأنها (بما في ذلك فحوصات وجرعات تطعيم محددة)، و • وإحالات لجهات رعاية أخرى إذا لزم الأمر. <p>ملحوظة: نحن نغطي الزيارة الوقائية "Welcome to Medicare" فقط خلال أول 12 شهرًا التي تكون مشاركًا فيها في القسم B في برنامج Medicare. عند تحديد موعدك، أخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد زيارتك الوقائية "Welcome to Medicare".</p>

جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية

مزايا طب الأسنان الروتينية مشمولة لجميع أعضاء هذه الخطة.

جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية التالية يوضح إجراءات الأسنان المحددة التي تغطيها مزايا طب الأسنان الروتينية وما ستدفعه مقابل تلك الإجراءات. الخدمات المذكورة هي مزايا مشمولة بالتغطية عندما يتم توفيرها بواسطة موفر طبيب أسنان معتمد تابع للشبكة وعندما يكون ذلك ضروريًا ومعتادًا وفقًا لما تحدده معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا.

هام: يرجى ملاحظة أن الإجراءات غير المدرجة ليست مشمولة.

هام: لا تتم تغطية بعض خدمات الأسنان تحت أي شروط (المعروفة أيضًا باسم الاستثناءات) ولا تتم تغطية بعض خدمات الأسنان إلا بموجب شروط محددة (معروفة أيضًا باسم القيود). يرجى الرجوع إلى "القيود العامة" و"الاستثناءات العامة" المدرجة بعد مخطط المزايا هذا لمزيد من المعلومات.

سيتم توفير المزايا لإجراءات طب الأسنان المحددة اللازمة لعلاج محدد حالات الأسنان الحادة الطارئة أو المؤلمة أو المعدية، أو عند تقديمها بطريقة تتوافق مع معايير الرعاية المعترف بها مهنيًا. وتحفظ الخطة بحقها في المراجعة الإدارية، من قبل مدير خطة طب الأسنان، للوثائق المقدمة وفقًا للشروط المذكورة أعلاه للبت في موقف دواء من التغطية.

تشمل الحالات التي تتميز بالألم الحاد أو العدوى ما يلي:

- ألم حاد يتطلب معالجة فورية لقناة الجذر؛
- ألم حاد يتطلب خلع الأسنان أو إزالتها و/أو شقها وتصريفها؛
- خراج لثة حاد يتطلب إجراءات معالجة لثة طارئة.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



تشمل الظروف العلاجية الطارئة ما يلي:

- السينة التي تخضع للترميم والتي بدأت بإجراء حشوة (ترميمية أساسية) فيها، ولكن نظرًا لمدى التسوس/الكسر الذي تم العثور عليه أثناء عملية ترميمها، تستلزم الآن وضع تاج مصبوب (ترميمي رئيسي) عليها.

يتم إدراج الخدمات ضمن قانون الإجراءات الخاص بجمعية طب الأسنان الأمريكية (ADA) استنادًا إلى مصطلحات طب الأسنان الحالية. يتطلب القانون الفيدرالي استخدام رمز ADA للإبلاغ بإجراءات طب الأسنان. قد تراجع ADA قوانين 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 (DPA) على **TTY: 711 [247-2486 (866)]**، من 8 صباحًا إلى 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	ما يتعين عليك دفعه
خدمات تشخيصية		
D0150	تقييم فموي شامل - مريض جديد أو قديم	\$0
D0171	إعادة التقييم، زيارة العيادة بعد العملية الجراحية	\$0
D0190	فحص المريض	\$0
D0191	تقييم المريض	\$0
D0251	تصوير شعاعي للأسنان الخلفية خارج الفم	\$0
D0415	جمع الميكروبات للزرع واختبار مدى حساسيتها للمضادات الحيوية	\$0
D0425	اختبار حساسية التسوس	\$0
D0460	اختبارات حيوية اللب	\$0
D0470	الجباثر التشخيصية	\$0
D0472	قبول الأنسجة والفحص العيني وإعداد وتسليم تقرير مكتوب	\$0
D0473	قبول الأنسجة والفحص العيني والمجهري وإعداد وتسليم تقرير مكتوب	\$0
D0474	قبول الأنسجة والفحص العيني والمجهري، بما في ذلك تقييم الحواف الجراحية بحثًا عن وجود المرض، وإعداد وتسليم تقرير مكتوب	\$0
الخدمات الوقائية		
D1110	العلاج الوقائي - للبالغين	\$0
D1206	الاستخدام الموضعي لورنيش الفلورايد	\$0
D1208	الاستخدام الموضعي للفلورايد - باستثناء الورنيش	\$0
D1353	علاج واقي التسوس - لكل سينة	\$10
D1520	حافطة مسافة - قابلة للإزالة - أحادية - لكل ربعية سنينة	\$70
الخدمات العلاجية		
D2140	معدن الملغم - سطح واحد، أساسي أو دائم	\$0
D2510	حشوة ضرس - معدنية - سطح واحد	\$170
D2520	حشوة ضرس - معدنية - سطحان	\$180
D2530	حشوة ضرس - معدنية - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$190
D2542	حشوة مغطية - معدنية - سطحان	\$185

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



رمز (ADA)	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يتعين عليك دفعه
D2543	حشوة مغطية - معدنية - ثلاثة أسطح	\$195
D2544	حشوة مغطية - معدنية - أربعة أسطح أو أكثر	\$215
D2610	حشوة ضررس - بورسلين/سيراميك - سطح واحد	\$295
D2620	حشوة ضررس - بورسلين/سيراميك - سطحان	\$330
D2630	حشوة ضررس - بورسلين/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$350
D2642	حشوة مغطية - بورسلين/سيراميك - سطحان	\$325
D2643	حشوة مغطية - بورسلين/سيراميك - ثلاثة أسطح	\$360
D2644	حشوة مغطية - بورسلين/سيراميك - أربعة أسطح أو أكثر	\$380
D2650	حشوة ضررس - مركب/راتنج - سطح واحد	\$195
D2651	حشوة ضررس - مركب/راتنج - سطحان	\$220
D2652	حشوة ضررس - مركب/راتنج - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$255
D2662	حشوة مغطية - مركب/راتنج - سطحان	\$250
D2663	حشوة مغطية - مركب/راتنج - ثلاثة أسطح	\$275
D2664	حشوة مغطية - مركب/راتنج - أربعة أسطح أو أكثر	\$320
D2720	التاج - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$320
D2722	التاج - راتنج بمعدن ثمين	\$260
D2750	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	\$380
D2752	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	\$320
D2753	التاج - بورسلين منصهر بالتيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$380
D2780	التاج، مصنوع من معدن ثمين عالي الجودة بصب بنسبة 4/3	\$380
D2782	التاج، مصنوع من معدن ثمين بصب بنسبة 4/3	\$320
D2790	التاج - معدن ثمين عالي الجودة بصب كامل	\$380
D2792	التاج - معدن ثمين بصب كامل	\$320
D2794	التاج - التيتانيوم	\$380
D2921	إعادة تركيب جزء السن أو الحافة القاطعة أو الحذبة	\$50
D2929	تاج بورسلين/سيراميك جاهز - سنة أولية - أمامية	\$75
D2940	العلاج الوقائي	-\$0
D2981	علاج حشوة الضررس ضروري بسبب فشل المواد العلاجية	\$25
D2982	علاج الحشوة المغطية ضروري بسبب فشل المواد العلاجية	\$25
D2983	علاج قشرة الأسنان ضروري بسبب فشل المواد العلاجية	\$25
خدمات لب الأسنان		
D3110	غطاء اللب - مباشر (باستثناء الترميم النهائي)	\$0
D3331	علاج انسداد قناة الجذر، الوصول غير الجراحي	\$0
D3333	علاج الأسنان الداخلية لعيوب التشكيل	\$50
D3346	إعادة معالجة علاج قناة جذر سابق - أمامي	\$0
D3348	إعادة معالجة علاج قناة جذر سابق - خلفي	\$0

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



رمز (ADA)	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يتعين عليك دفعه
D3353	علاج الجذور/إعادة التكلس - الزيارة النهائية (تتضمن علاج قناة الجذر الكامل - إغلاق قمة الجذر/الإصلاح الكلسي للثقب، وامتصاص الجذر، وخلافه)	\$80
D3450	بتر الجذر - لكل جذر	\$85
D3920	قطع نصفي (بما في ذلك أي إزالة للجذور)، ولا يشمل علاج قناة الجذر	\$150
خدمات اللثة		
D4212	استئصال اللثة أو رأب اللثة للسماح بتطبيق إجراءات الترميم لكل سنة	\$85
D4240	إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر - أربعة أو أكثر من الأسنان المتجاورة أو المساحات المحددة بالأسنان لكل ربع سنة	\$150
D4241	إجراء السديلة اللثوية - بما في ذلك كشط الجذر - من واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو مساحات محددة بالأسنان لكل ربع سنة	\$225
D4245	سديلة رأسية	\$75
D4260	الجراحة العظمية (بما في ذلك إدخال السديلة وإغلاقها) - أربعة أو أكثر من الأسنان المتجاورة أو المساحات المحددة بالأسنان لكل ربع سنة	\$0
D4263	تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - الموقع الأول في الربع السنوية	\$225
D4264	تطعيم زراعة العظام - الأسنان الطبيعية المثبتة - كل موقع إضافي في الربع السنوية	\$80
D4270	إجراء تطعيم أنسجة رخوة عنيقة	\$225
D4274	إجراء الوتد النصفي/البعيد بسن واحد (عندما لا يتم إجراؤه بالتزامن مع العمليات الجراحية في نفس المنطقة التشريحية)	\$225
D4277	إجراء تطعيم أنسجة رخوة مجاني (بما في ذلك المواقع الجراحية للمتلقى والمتبرع) أول سنة أو زراعة أو سنة لمنطقة عديمة الأسنان	\$295
D4278	إجراء تطعيم أنسجة رخوة مجاني (بما في ذلك المواقع الجراحية للمتلقى والمتبرع) كل سنة إضافية متجاورة، أو زراعة، أو موضع سنة عديم الأسنان في نفس موقع التطعيم	\$295
D4921	ري اللثة - بعامل طبي لكل ربع سنة	\$0
خدمات التعويضات السنوية (قابلة للإزالة)		
D5110	طقم أسنان كامل - الفك العلوي	\$0
D5221	طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة راتنجية	\$365
D5222	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة راتنجية	\$365
D5223	طقم أسنان جزئي علوي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج	\$415
D5224	إطار معدني مصبوب للأسنان الجزئية السفلية مع قواعد أسنان من الراتنج	\$415
D5225	طقم أسنان جزئي علوي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثبتة/المتقبة وسنادة الفم والأسنان)	\$180
D5226	طقم أسنان جزئي سفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثبتة/المتقبة وسنادة الفم والأسنان)	\$180
D5670	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك العلوي)	\$100

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



رمز (ADA)	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يتعين عليك دفعه
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	\$100
D5710	إعادة تركيب طقم أسنان علوي كامل	\$100
D5711	إعادة تركيب طقم أسنان سفلي كامل	\$100
D5720	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي علوي	\$100
D5721	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي سفلي	\$110
D5820	طقم أسنان جزئي مؤقت (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) والفك العلوي. يتضمن أي مشابك وسنادات فم ضرورية.	\$380
D5821	طقم أسنان جزئي مؤقت (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان) والفك السفلي. يتضمن أي مشابك وسنادات فم ضرورية.	\$320
خدمات التعويضات السنوية (الثابتة)		
D6210	سن جسرية - معدنية ثمينة عالية الجودة	\$380
D6212	سن جسرية - معدنية ثمينة	\$320
D6240	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	\$320
D6242	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	\$320
D6243	سن جسرية - بورسلين منصهر مع التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$260
D6250	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$330
D6252	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين	\$350
D6600	حشوة ضرر ثابتة - بورسلين/سيراميك - سطحان	\$280
D6601	حشوة ضرر ثابتة - بورسلين/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$290
D6602	حشوة ضرر ثابتة - معدنية ثمينة عالية الجودة	\$180
D6603	حشوة ضرر ثابتة - معدنية ثمينة عالية الجودة، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$190
D6604	حشوة ضرر ثابتة - مصبوبة من المعدن الأساسي، سطحان	\$210
D6605	حشوة ضرر ثابتة - مصبوبة من المعدن الأساسي، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$220
D6606	حشوة ضرر ثابتة - معدنية ثمينة، سطحان	\$325
D6607	حشوة ضرر ثابتة - معدنية ثمينة، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$360
D6608	حشوة مغطية ثابتة - بورسلين/سيراميك - سطحان	\$285
D6609	حشوة مغطية ثابتة - بورسلين/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$295
D6610	حشوة مغطية ثابتة - معدنية ثمينة عالية الجودة، سطحان	\$185
D6611	حشوة مغطية ثابتة - معدنية ثمينة عالية الجودة، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$195
D6612	حشوة مغطية ثابتة - مصبوبة من المعدن الأساسي، سطحان	\$205
D6613	حشوة مغطية ثابتة - مصبوبة من المعدن الأساسي، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$225
D6614	حشوة مغطية ثابتة - معدنية ثمينة، سطحان	\$320
D6615	حشوة مغطية ثابتة - معدنية ثمينة، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$260
D6720	تاج ثابت - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$380
D6722	تاج ثابت - راتنج بمعدن ثمين	\$320

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،



يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare

رمز (ADA)	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يتعين عليك دفعه
D6750	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين عالي الجودة	\$380
D6752	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين	\$380
D6753	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$320
D6780	تاج ثابت، مصنوع من معدن ثمين عالي الجودة بصب بنسبة 4/3	\$380
D6782	تاج ثابت، مصنوع من معدن ثمين بصب بنسبة 4/3	\$380
D6784	تاج ثابت بنسبة 3/4 - من التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$320
D6790	تاج ثابت - معدن ثمين عالي الجودة بصب كامل	\$45
D6792	تاج ثابت - معدن ثمين بصب كامل	\$320
D6940	فاصلة الإجهاد	\$45
خدمات جراحة الفم والوجه والفكين		
D7111	خلع، بقايا التاج - سنة أولية	\$0
D7140	خلع، السن البارز أو الجذر المكشوف (الرفع و/أو الإزالة بالملقط)	\$0
D7210	خلع الأسنان، إزالة العظم، وتقسيم السن، بما في ذلك رفع السدلية المخاطية السمحاقية	\$0
D7220	إزالة الأسنان المنظرة - الأنسجة الرخوة	\$0
D7241	إزالة الأسنان المنظرة - عظمية بالكامل، بعملية جراحية غير معتادة	\$0
D7251	استئصال التاج - الإزالة الجزئية المتعمدة للأسنان، والأسنان المنظرة فقط	\$130
D7282	تحريك الأسنان البارزة أو التي تم وضعها بشكل خاطئ للمساعدة في البزوغ	\$90
D7509	تجيب كيس سني	\$0
D7510	شق وتصريف الخراج - الأنسجة الرخوة داخل الفم	\$0
خدمات تقويم الأسنان		
D8010	علاج تقويمي محدود للأسنان الأولية	\$1,150
D8040	علاج تقويمي محدود لأسنان البالغين - البالغون	\$1,350
D8090	علاج تقويمي شامل لأسنان البالغين - البالغون	\$2,100
الخدمات العامة المساعدة		
D9311	التشاور مع أخصائي الرعاية الصحية الطبية	\$0
D9450	عرض الحالة، بعد التخطيط العلاجي التفصيلي والشامل	\$0
D9932	تنظيف وفحص طقم الأسنان الكامل القابل للإزالة، الفك العلوي	\$0
D9933	تنظيف وفحص طقم الأسنان الكامل القابل للإزالة، الفك السفلي	\$0
D9934	تنظيف وفحص طقم الأسنان الجزئي القابل للإزالة، الفك العلوي	\$0
D9935	تنظيف وفحص طقم الأسنان الجزئي القابل للإزالة، الفك السفلي	\$0
D9943	ضبط الإطباق	\$10
D9944	واقى الإطباق - جهاز صلب، قوس كامل	\$100
D9945	واقى الإطباق - جهاز مرن، قوس كامل	\$100
D9946	واقى الإطباق - جهاز صلب، قوس جزئي	\$100

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



رمز (ADA)	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يتعين عليك دفعه
D9975	التبييض الخارجي للاستخدام المنزلي، يشمل كل قوس مواد وتصنيع شرائح مخصصة - يقتصر على صينية تبييض واحدة وهلام لمدة أسبوعين من المعالجة الذاتية	\$125
D9986	موعد فانت	\$10
D9987	موعد مُلغى	\$10

ملحوظة: ما لم تكن بحاجة إلى خدمات طب الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare، فإن مبالغ مشاركة تكاليف الأعضاء لا تنطبق إلا عندما تتلقى خدمات طب الأسنان من طبيب أسنان تابع للشبكة (راجع "رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare").

ملحوظة: بما أن Blue Shield تتعاقد مع Medicare كل عام، فإن مزايا الإجراءات الروتينية المتعلقة بالأسنان هذه قد لا تكون متاحة في العام المقبل.

الحصول على رعاية أسنان روتينية

المقدمة

تتم إدارة خطة طب الأسنان لدى Blue Shield بواسطة مسؤول خطة طب الأسنان (DPA) المتعاقد معه، وهو كيان يتعاقد مع Blue Shield لإدارة تقديم خدمات طب الأسنان من خلال شبكة من أطباء الأسنان المتعاقدين. إذا كان لديك أي استفسارات بشأن المعلومات الواردة في قسم طب الأسنان هذا، أو تحتاج إلى المساعدة، أو واجهت أي مشاكل، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **TTY: 711 [2486-247 (866)]**، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

قبل الحصول على خدمات الأسنان الروتينية

أنت مسؤول عن التأكد من أن طبيب الأسنان الذي تختاره هو طبيب أسنان تابع للشبكة. **ملحوظة:** قد تتغير حالة طبيب الأسنان التابع للشبكة. يقع على عاتقك مسؤولية التحقق مما إذا كان طبيب أسنانك تابعًا للشبكة حاليًا في حالة حدوث أي تغييرات في قائمة أطباء الأسنان المتعاقدين. يمكن الحصول على قائمة بأطباء الأسنان التابعين للشبكة الموجودين في منطقتك عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **TTY: 711 [2486-247 (866)]**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 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 التسجيل، ستلقى حزمة عضوية من DPA تخبرك بتاريخ سريان المزايا الخاصة بك وعنوان ورقم هاتف طبيب أسنانك التابع للشبكة أو طبيب أسنان الرعاية الأولية (PCD). بعد تاريخ السريان الوارد في حزمة عضويتك، يمكنك الحصول على خدمات رعاية الأسنان المغطاة. لتحديد موعد، ما عليك سوى الاتصال بمنشأة PCD الخاصة بك وتعريف نفسك كعضو في Blue Shield TotalDual Plan. يجب تحديد المواعيد الأولية في غضون أربعة أسابيع ما لم يتم طلب وقت محدد. يجب توجيه الاستفسارات المتعلقة بتوفر المواعيد وإمكانية الوصول إلى أطباء الأسنان إلى قسم خدمة العملاء في DPA على الرقم **TTY: 711 [2486-247 (866)]**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



ملحوظة: يجب على كل عضو الذهاب إلى PCD المخصص له للحصول على الخدمات المغطاة، باستثناء الخدمات التي يقدمها أخصائي مفوض كتابيًا مسبقًا من قبل DPA، أو خدمات رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare. لا تتم تغطية أي علاج آخر ضمن Blue Shield TotalDual Plan. يجب عليك التواصل مع PCD الخاص بك للحصول على جميع احتياجات رعاية الأسنان بما في ذلك الخدمات الوقائية ومشاكل الأسنان الروتينية والتشاور مع متخصصي الخطة وخدمات الطوارئ (وقتها ممكن). إن PCD هو مسؤول عن تقديم خدمات رعاية الأسنان العامة وتنسيق أو ترتيب الإحالة إلى متخصصي الخطة الضروريين الآخرين. يجب أن تسمح الخطة بمثل هذه الإحالات.

لا تدفع خطة طب الأسنان التابعة للشبكة فقط مزايا لأطباء الأسنان غير التابعين للشبكة. لن تتم تغطية الخدمات التي يتم الحصول عليها من طبيب أسنان غير تابع للشبكة، إلا إذا كانت هناك حالة طوارئ تتعلق بالأسنان. عندما تتلقى خدمات من طبيب أسنان غير تابع للشبكة، ستكون مسؤولاً عن دفع كامل المبلغ الذي أصدره طبيب الأسنان مباشرة إلى طبيب الأسنان.

ملحوظة: قد يجد الأعضاء الذين لم يلتزموا بمواعيدهم الروتينية لطب الأسنان (مرة كل 6 أشهر) أنهم بحاجة إلى خدمات تتضمن تفتيح اللثة وكشط الجذر قبل تقديم الرعاية الروتينية مثل التنظيف المنتظم.

حصول المشاركة في الدفع للأعضاء

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

تكون حصة المشاركة في الدفع مستحقة وواجبة الدفع في وقت تقديم الخدمة أو بداية الرعاية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في الحصول على معلومات حول خطة العلاج الخاصة بك أو إذا كانت لديك أي أسئلة حول حصول المشاركة في الدفع التي يتم تحصيلها منك مقابل إجراءات الأسنان المغطاة، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم [TTY: 711] 247-2486 (866)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 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 التسجيل، يجب عليك اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة ليكون PCD الخاص بك. إذا فشلت في اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة أو إذا أصبح طبيب الأسنان المحدد التابع للشبكة غير متاح، فسوف تطلب DPA اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة أو ستقوم بإحالتك لطبيب أسنان تابع للشبكة.

يمكنك تغيير طبيب أسنانك المعين التابع للشبكة عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم [TTY: 711] 247-2486 (866)، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. وكي تضمن إخطار طبيب أسنانك التابع للشبكة وتؤكد من صحة قوائم الأهلية لدى DPA، يجب طلب التغييرات التي تتم بشأن أطباء الأسنان التابعين للشبكة قبل يوم 21 من الشهر حتى تصبح التغييرات سارية في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا لم يعد طبيب أسنانك متعاقدًا مع Blue Shield TotalDual Plan لدى DPA

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

إذا تم إخطارك من قبل DPA بالحاجة إلى اختيار طبيب أسنان آخر لهذا السبب، فسيتم إعفائك من رسوم نسخ ونقل الأشعة السينية أو السجلات الأخرى. سيقوم كذلك طبيب الأسنان التابع للشبكة بإكمال (أ) طقم أسنان جزئي أو كامل الذي تم أخذ



الطبقات النهائية له، (ب) وجميع الأعمال على كل سنة من الأسنان التي بدأ العمل عليها (مثل استكمال قنوات الجذور الجاري معالجتها وتركيب التيجان عندما يتم تحضير الأسنان).

رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare

تعني خدمات الطوارئ غير المغطاة ببرنامج Medicare الرعاية التي يقدمها طبيب الأسنان لعلاج حالة الأسنان التي تظهر كعرض من أعراض الخطورة الكافية، بما في ذلك الألم الشديد، بحيث يمكن أن يتوقع العضو بشكل معقول أن يؤدي غياب الاهتمام الفوري إلى أي مما يلي: (1) تعريض صحة أسنان العضو لخطر شديد، أو (2) إعاقة خطيرة لوظائف الأسنان.

رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare داخل المنطقة

إذا كنت تشعر أنك بحاجة إلى رعاية أسنان طارئة غير مغطاة ببرنامج Medicare وكنت في منطقة خدمة Blue Shield TotalDual Plan، فاتصل على الفور بطبيب الأسنان التابع للشبكة المعين لديك. سوف ينصحك موظفو عيادة الأسنان بما يجب عليك فعله.

رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare خارج المنطقة

إذا كنت خارج منطقة خدمة Blue Shield TotalDual Plan وتحتاج إلى خدمات رعاية أسنان طارئة غير مغطاة ببرنامج Medicare، يمكنك الحصول على العلاج من أي طبيب أسنان معتمد. و تتم تغطية الخدمات التي تتلقاها من طبيب الأسنان خارج المنطقة بمبلغ يصل إلى \$100 (مطروحًا منها أي حصص مشاركة في الدفع معمول بها للأعضاء) طالما أن الانتقال إلى موفر رعاية تابع للشبكة يمثل خطرًا على صحتك.

تعويض رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare خارج المنطقة

سيتم تعويضك بمبلغ يصل إلى \$100 (مطروحًا منه أي حصص مشاركة في الدفع معمول بها للأعضاء) مقابل تكلفة خدمات طب الأسنان الطارئة المغطاة خارج المنطقة وغير المغطاة ببرنامج Medicare. كلما أمكن، يجب عليك أن تطلب من طبيب أسنانك إرسال الفاتورة مباشرة إلى Blue Shield على العنوان المذكور أدناه.

للحصول على التعويض، أرسل طلب التعويض، وإيصال الدفع، ووصف الخدمات المقدمة كتابيًا إلى:

Blue Shield of California
Claims Department
P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

هناك حدود زمنية لتقديم المطالبات. بشكل عام، يجب تقديم فواتير الخدمات إلى Blue Shield خلال سنة من تاريخ الحصول على الخدمة، ما لم يكن هناك سبب لتقديمها لاحقًا.

ستقوم DPA لدينا بمراجعة خدمة الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare التي تلقيتها وإخطارك في غضون 30 يومًا من استلام المطالبة إذا كنت مؤهلاً للحصول على التعويض. باستثناء خدمات الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare، ستكون مسؤولاً عن سداد كامل مبلغ خدمات الأسنان التي تتلقاها خارج كاليفورنيا.

رفض مطالبة التعويض لحالات الطوارئ خارج المنطقة غير المغطاة ببرنامج Medicare

رعاية الأسنان

إذا كان تم رفض مطالبتك بتعويض تكاليف رعاية الأسنان الطارئة غير المغطاة ببرنامج Medicare خارج المنطقة جزئيًا أو كليًا، ستخطر DPA بالقرار كتابيًا. سيتضمن الإخطار السبب المحدد للرفض وسيبلغك أنه يمكنك طلب إعادة النظر في الرفض.

لطلب إعادة النظر في قرار الرفض الكلي أو الجزئي، قدم إشعار كتابي إلى Blue Shield TotalDual Plan في غضون 60 يومًا من تاريخ استلامك لإشعار الرفض. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



الحصول على رأي آخر بشأن رعاية الأسنان

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

سيتم تقديم الآراء الأخرى من قبل طبيب أسنان معتمد في الوقت المناسب، بما يتناسب مع طبيعة حالتك. الطلبات التي تتضمن حالات تهديد صحي وشيك وخطير سيتم تعجيلها (سيتم اعتماد أو رفض التصريح في غضون 72 ساعة من تاريخ استلام الطلب، متى أمكن). للحصول على مساعدة أو معلومات إضافية بخصوص الإجراءات والأطر الزمنية للحصول على تصريحات بشأن رأي آخر، اتصل بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم [TTY: 711] 866-247-2486، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع (ماعدا 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 منشأة طبيب أسنان آخر تابع للشبكة، ما لم تصرح DPA بخلاف ذلك. سوف تصرح DPA برأي آخر من قبل موفر رعاية غير تابع للشبكة في حالة عدم توفر طبيب أسنان مؤهل بشكل مناسب تابع للشبكة. لن تدفع DPA سوى للآراء الأخرى التي تعتمد عليها أو تصرح بها DPA. سيتم إخطارك كتابيًا إذا قررت DPA عدم التصريح بالرأي الآخر. إذا كنت لا توافق على هذا القرار، يمكنك تقديم طعن بواسطة Blue Shield TotalDual Plan. راجع قسم *التظلمات والطعون* 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 تغطي السياسة أو البرنامج الآخر الخدمات أو النفقات بالإضافة إلى رعاية الأسنان. وبخلاف ذلك، يتم تنسيق المزايا المقدمة بموجب هذه الخطة من قبل المختصين أو أطباء الأسنان غير التابعين للشبكة مع سياسات تأمين رعاية الأسنان الجماعية الأخرى أو برامج مزايا الأسنان الجماعية الأخرى. إن القرار بشأن اعتبار أي سياسة أو برنامج أساسيًا يجب أن يخضع للقواعد المنصوص عليها في العقد.

إذا كانت هذه الخطة ثانوية، فستدفع أيهما الأقل من:

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

يجب على العضو أن يقدم طلبًا إلى DPA ويجوز لـ DPA الإفصاح عن أي معلومات عن العضو أو الحصول عليها من أي شركة تأمين أو مؤسسة أخرى، على أن تكون لازمة لإدارة تنسيق المزايا. يجب على DPA، وفقًا لتقديرها الخاص، تحديد ما إذا كان أي تعويض أي شركة تأمين أو مؤسسة أخرى مضمونًا بموجب أحكام تنسيق المزايا الموضحة هنا، وإذا ما كان يعتبر أي تعويض مدفوع بمثابة مزايا 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.

قسم التظلمات والطعون

التزامنا تجاهك لا يقتصر على ضمان جودة الرعاية فحسب، بل يتضمن أيضًا جودة العملية العلاجية. تمتد جودة العلاج هذه من الخدمات المهنية التي يقدمها أطباء الأسنان التابعين للشبكة إلى الكياسة التي يقدمها لك ممثلينا عبر الهاتف. إذا كان لديك أي سؤال أو شكوى بخصوص مدى أهليتنا، 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 بواسطة Blue Shield TotalDual Plan. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تقديم تظلم أو طعن. إذا كان لديك أي أسئلة، تواصل مع DPA على الرقم [TTY: 711] 866-247-2486، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 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 TotalDual Plan (أرقام الهواتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند).

القيود العامة لخطة HMO الروتينية للأسنان

1. تقتصر فحوصات الفم على فحص واحد (1) كل ثلاث (3) سنوات تقويمية، لكل موفر رعاية أو موقع (D0150).

2. يقتصر العلاج الوقائي أو التقليل على مرتين اثنتين (2) لكل سنة تقويمية (D1110).



3. يقتصر تطبيق الفلورايد الموضعي (باستثناء الورنيش) على مرتين (2) لكل سنة تقييمية (D1208).
4. تاج - بورسليين منصهر مع معدن ثمين يقتصر على 2 لكل سنة تقييمية (D2750).
5. طقم أسنان - طقم أسنان جزئي علوي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المتقبة/المتبنة وسنادة الفم والأسنان) مرة واحدة (1) لكل 5 سنوات تقييمية لكل مريض لكل قوس سني (D5223).
6. طب اللثة - إجراء السديلة اللثوية - بما في ذلك كشط الجذر - من واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو مساحات محددة بالأسنان لكل ربعية سنوية مرة واحدة (1) لكل ربعية سنوية لكل 3 سنوات تقييمية (D4241).
7. تقتصر أطقم الأسنان الجزئية على طقم واحد (1) لكل سنة تقييمية (D5820 و D5821).
8. التكلفة التي يتحملها العضو الذي يتلقى علاج تقويم الأسنان والذي تم إلغاء تغطيته أو إنهائها لأي سبب من الأسباب بناءً على الرسوم المعتادة لأخصائي تقويم الأسنان التابع للشبكة مقابل خطة العلاج. سيقوم أخصائي تقويم الأسنان التابع للشبكة بتقسيم المبلغ حسب عدد الأشهر المتبقية لاستكمال العلاج. يقوم العضو بالدفع مباشرة إلى أخصائي تقويم الأسنان التابع للشبكة حسب الترتيب.

الاستثناءات العامة لخطة HMO الروتينية للأسنان

1. أي إجراء غير مدرج على وجه التحديد في جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية.
2. أي إجراء يعتبر ضمن الرأي المهني لطبيب الأسنان التابع للشبكة:
 - أ- يتضمن تشخيص سيئ للحصول على نتيجة ناجحة ومدة معقولة بناءً على حالة السنة أو الأسنان و/أو الهياكل المحيطة بها، أو
 - ب- غير متوافق مع المعايير المقبولة عمومًا لطب الأسنان.
3. الخدمات فقط لأعراض تجميلية أو لظروف ناتجة عن الوراثة أو العيوب النمائية، مثل الحنك المشقوق، وتشوهات الفك العلوي والسفلي، والأسنان المفقودة خلقيًا، والأسنان التي تغير لونها أو التي تنقر إلى المينا.
4. الأجهزة المفقودة أو المسروقة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية وحافظات المسافات والتيجان وأطقم الأسنان الجزئية الثابتة (الجسور).
5. الإجراءات أو الأجهزة أو الترميم إذا كان الغرض تغيير البعد الرأسي أو لتشخيص أو علاج الحالات غير الطبيعية لاضطراب المفصل الفكي الصدغي (TMJ).
6. معدن ثمين للأجهزة القابلة للإزالة، والقواعد المعدنية أو الدائمة المرنة لأطقم الأسنان الكاملة، أو أسنان الأطقم البورسلين، أو الدعائم الدقيقة للأجزاء القابلة للإزالة أو أطقم الأسنان الجزئية الثابتة (التراكبات وعمليات الزرع والأجهزة المرتبطة بها) والتخصيص وتوصيف أطقم الأسنان الكاملة والجزئية.
7. أجهزة وملحقات طب الأسنان المدعومة بالزراعة، ووضع الزرعة، والصيانة، والإزالة وجميع الخدمات الأخرى المرتبطة بزراعة الأسنان.
8. استشارات بشأن المزايا غير المغطاة.
9. خدمات طب الأسنان التي يتم تلقيها من أي منشأة لطب الأسنان بخلاف طبيب الأسنان المعين التابع للشبكة، أو أخصائي أسنان معتمد مسبقًا، أو أخصائي تقويم أسنان تابع للشبكة باستثناء حالات خدمات رعاية الأسنان الطارئة كما هو موضح في دليل التغطية.



10. جميع الرسوم ذات الصلة بدخول المستشفى أو مركز الجراحة الخارجية أو منشأة رعاية ممتدة أو منشأة رعاية مماثلة أخرى أو استخدامهم أو الإقامة فيهم.
- 11- الأدوية المقررة بوصفات طبية.
- 12- مصاريف رعاية الأسنان المتكبدة فيما يتعلق بأي إجراء لطب الأسنان أو تقويم الأسنان قبل تأهيل العضو في Blue Shield TotalDual Plan. تشمل الأمثلة: الأسنان المعدة للتيجان، والقنوات الجذرية قيد التنفيذ، وأطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية التي تم طبعها وتقويم الأسنان.
- 13- التغييرات في علاج تقويم الأسنان التي تستلزمها وجود حادثة من أي نوع.
- 14- الأجهزة و/أو العلاجات الوظيفية العضلية وشبه الوظيفية.
- 15- الأقواس المركبة أو الخزفية، والموامة اللغوية لشرائط تقويم الأسنان وغيرها من البدائل المتخصصة أو التجميلية لأجهزة تقويم الأسنان القياسية الثابتة والمتحركة.
- 16- خلع الأسنان، عندما تكون الأسنان بدون أعراض/غير مرضية (لا توجد علامات أو أعراض لأمراض أو عدوى)، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، إزالة الأضراس الثالثة و خلع تقويم الأسنان.
- 17- تقتصر أطقم الأسنان الجزئية المؤقتة (stayplates)، جنبًا إلى جنب مع الأجهزة الثابتة أو القابلة للإزالة، على استبدال الأسنان الأمامية المخلوعة للبالغين خلال فترة الشفاء عندما لا يمكن إضافة الأسنان إلى طقم أسنان جزئي موجود.
- 18- تقتصر مزايا برنامج إدارة الأنسجة الرخوة على تلك الأجزاء المذكورة الخدمات الخاضعة للتغطية المدرجة في جدول إجراءات مزايا طب الأسنان الروتينية. إذا رفض عضو الخدمات غير المغطاة ضمن برنامج إدارة الأنسجة الرخوة، فهذا لن يؤدي إلى إزالة أو تغيير المزايا الأخرى الخاضعة للتغطية.
- 19- العلاج أو الأجهزة التي يقدمها طبيب أسنان متخصص في ممارسته لخدمات التعويضات السنوية.
- 20- يجب أن يتم توفير علاج تقويم الأسنان من قبل طبيب أسنان معتمد. لا تتم تغطية تقويم الأسنان التي يتم إجراؤها ذاتيًا.
- 21- إن إزالة أجهزة تقويم الأسنان الثابتة لأسباب أخرى غير استكمال العلاج ليست ضمن المزايا المغطاة.

E. المزايا المغطاة خارج خطتنا

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

E1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)

يستخدم برنامج الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT) المنظمات الرائدة المحلية لمساعدة المستفيدين المؤهلين برنامج Medi-Cal، الذين عاشوا في منشأة للمرضى الذين يتلقون علاج داخل المستشفى لمدة 90 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

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



فيما يخص خدمات تنسيق الانتقالات CCT

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

فيما يخص الخدمات غير المرتبطة بالانتقالات 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 الانتقالات CCT، فإننا ندفع مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا المُدرج 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 الخاص بك.

ملحوظة: 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.

E2. برنامج Medi-Cal لطب الأسنان

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال Medi-Cal Dental Program؛ وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد
- الترميم والتيجان
- علاج قناة الجذر
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والإصلاحات، والتبطين

تتوفر مزايا طب الأسنان في برنامج رسوم طب الأسنان مقابل الخدمة من Medi-Cal. لمزيد من المعلومات، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على www.dental.dhcs.ca.gov للمزيد من المعلومات.

بالإضافة إلى برنامج رسوم طب الأسنان مقابل الخدمة من Medi-Cal، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة الرعاية المُدارة للأسنان. تتوفر خطط رعاية الأسنان المُدارة في مقاطعتي سكرامنتو ولوس أنجلوس. إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول خطط الأسنان أو ترغب في تغيير خطط الأسنان، فتواصل مع خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-800-430-4263 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-430-7077، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً، المكالمات مجانية).

ملحوظة: تقدم خطتنا خدمات الأسنان الإضافية. راجع مخطط المزايا في القسم D لمزيد من المعلومات.



E3. رعاية المرضى بالأمراض العضال

لديك الحق في اختيار رعاية الأمراض العضال إذا قرر موفر الرعاية والمدير الطبي لرعاية الأمراض العضال أن لديك تشخيصًا نهائيًا. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش لمدة 6 شهور أو أقل. يمكنك تلقي الرعاية من خلال أيٍّ من برامج مآوى الرعاية المخصصة للأمراض المزمنة والمعتمدة من برنامج Medicare. يجب أن تساعدك الخطة في العثور على برامج رعاية الأمراض العضال المعتمدة من برنامج Medicare. قد يكون الطبيب المعالج لك في مآوى الرعاية المخصص للأمراض المزمنة موفر رعاية تابعًا للشبكة أو موفر رعاية غير تابع لها.

راجع مخطط المزايا في القسم D لمزيد من المعلومات حول ما ندفع مقابله أثناء حصولك على خدمات رعاية الأمراض العضال.

بخصوص خدمات مآوى الرعاية المخصصة لذوي الأمراض غير القابلة للشفاء والخدمات التي يغطيها القسم A أو B في Medicare والتي ترتبط بتشخيصك بوجود مرض عضال

- يقدم موفر رعاية الأمراض العضال الفاتورة إلى برنامج Medicare نظير الخدمات الخاصة بك. يدفع برنامج Medicare مقابل خدمات رعاية الأمراض العضال المتعلقة بتشخيصك النهائي. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

فيما يخص الخدمات التي يغطيها القسم A أو B في Medicare غير المرتبطة بتشخيصك بوجود مرض عضال

- سيقدم موفر الرعاية فاتورة إلى Medicare نظير الخدمات الخاصة بك. سيدفع برنامج Medicare مقابل الخدمات التي تتم تغطيتها من خلال Medicare في القسم A أو B. ولن تتحمل أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

فيما يخص الأدوية التي قد تكون مشمولة بمزايا القسم D في Medicare الخاصة بخططنا

- لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من مآوى رعاية الأمراض العضال وخططنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

ملحوظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية الأمراض العضال، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك لترتيب الخدمات. الرعاية غير التابعة لرعاية الأمراض العضال هي الرعاية غير المتعلقة بالأمراض العضال.

E4. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)

- سيساعدك برنامج IHSS في دفع ثمن الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعتبر برنامج IHSS بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل مراكز التمريض أو وحدات الهيئة أو وحدات الرعاية.
- 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، والاستمالة، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على خدمات الدعم المنزلية (IHSS) من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك. يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب خدمات الدعم المنزلية (IHSS) في لوس أنجلوس على الرقم 944-4477 (888) ومكتب خدمات الدعم المنزلية (IHSS) في سان دييغو على الرقم 339-4661 (800) لتقديم الطلب.



E5. (c) 1915 برامج الإعفاءات من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS).**التنازل عن المساعدة على المعيشة (ALW)**

- يوفر برنامج "التنازل عن المساعدة على المعيشة" (ALW) للمستفيدين المؤهلين في برنامج Medi-Cal خيار الإقامة في بيئة معيشية مدعومة كبديل للعيش طويل الأجل في منشأة ترميز. الهدف من برنامج (ALW) هو تسهيل انتقال منشأة الترميز مرة أخرى إلى بيئة منزلية ومجتمعية أو منع قبول الترميز الماهر للمستفيدين الذين لديهم حاجة وشيكة إلى التنسيب في منشأة الترميز.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج ALW والذين تم نقلهم إلى رعاية Medi-Cal المُدارة أن يظلوا مسجلين في ALW بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة ALW لتنسيق الرعاية الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج ALW. يمكنك العثور على الوكالات المحلية التي يمكنها تنسيق رعايتك لبرنامج 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 (SDP) للأفراد ذوي الإعاقات النمائية**

- هناك إعفاءان بموجب المادة (c) 1915، 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 (HCBA)

- يوفر إعفاء HCBA خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر وضعهم في دار الترميز أو التنسيب المؤسسي. يتم تقديم 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 وخلافه)، ويرتب للخدمات الأخرى والدعم طويل الأجل المتاحة في المجتمع المحلي. يتم توفير 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 HCBA والذين تم نقلهم إلى رعاية Medi-Cal المُدارة أن يظلوا مسجلين في إعفاء HCBA بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة إعفاء HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج ALW. يمكنك العثور على الوكالات المحلية التي يمكنها تنسيق رعايتك لبرنامج ALW هنا: dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf



برنامج إعفاء (MCWP) Medi-Cal

- يوفر برنامج إعفاء (MCWP) Medi-Cal إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المصابين بـ HIV كبديل للرعاية في منشأة التمريض أو العلاج بالمستشفى. إدارة الحالة هي نهج جماعي يركز على المشاركين ويتكون من ممرضة مسجلة ومدير حالة للعمل الاجتماعي. يعمل مدير الحالة مع المشارك ومقدم (مقدمي) الرعاية الأولية، والأسرة، وموفر (موفري) الرعاية، وموفري الخدمات الآخرين، لتقييم احتياجات مرضى الرعاية لإبقاء المشارك في منزله ومجتمعه.
- أهداف MCWP هي: (1) توفير الخدمات المنزلية والمجتمعية للأشخاص المصابين بـ HIV الذين قد يحتاجون إلى خدمات مؤسسية؛ (2) مساعدة المشاركين في إدارة صحة المصابين بـ HIV؛ (3) تحسين سبل الحصول على الدعم الصحي الاجتماعي والسلوكي (4) التنسيق بين مقدمي الخدمات والقضاء على ازدواجية الخدمات.
- يمكن للأعضاء المسجلين في إعفاء MCWP والذين تم نقلهم إلى رعاية Medi-Cal المُدارة أن يظلوا مسجلين في إعفاء MCWP بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا 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 بـ ARIES AIDS (مفتوح من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً بتوقيت المحيط الهادئ). للوصول إلى مكتب المساعدة:
 - اتصل برقم (2743) ARIES-411-866-1 أو
 - قدم طلبًا 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 الكبار متعدد الأغراض (MSSP)

- يوفر برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (MSSP) خدمات إدارة الرعاية الاجتماعية والصحية لمساعدة الأفراد على البقاء في منازلهم ومجتمعاتهم.
- في حين أن معظم المشاركين في البرنامج يتلقون أيضًا خدمات دعم منزلية، فإن برنامج MSSP يوفر تنسيقًا مستمرًا للرعاية، ويربط المشاركين بالخدمات والموارد المجتمعية الأخرى المطلوبة، وينسق مع مقدمي الرعاية الصحية، ويشترى بعض الخدمات اللازمة التي لا تكون متاحة بطريقة أخرى للوقاية من المرض أو تأخير التنسيب المؤسسي. 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 برنامج MSSP وطبيبهم وعائلتهم وغيرهم لتطوير خطط رعاية فردية. تشمل الخدمات ما يلي:
 - إدارة الرعاية
 - الرعاية اليومية للبالغين
 - إصلاح/صيانة منزلية بسيطة
 - الأعمال الروتينية الإضافية في المنزل، والرعاية الشخصية، وخدمات الإشراف الوقائي

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) (TTY: 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- خدمات الراحة
 - خدمات النقل
 - الإرشاد والتوجيه والخدمات العلاجية
 - خدمات الوجبات
 - خدمات التواصل.
- يمكن للأعضاء المسجلين في إعفاء MSSP والذين تم نقلهم إلى رعاية Medi-Cal المُدارة أن يظلوا مسجلين في إعفاء MSSP بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا 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 الرقم 1-800-510-2020 أو عن طريق تحديد مقاطعتك على صفحة البحث عن الخدمات في مقاطعتي على موقع إدارة الشيوخة بكاليفورنيا: https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

F. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برامج Medicare أو Medi-Cal

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

تسرد القائمة أدناه بعض الخدمات والعناصر التي لا تغطيها في أي ظروف، والبعض الآخر الذي نستثنيه في بعض المناطق 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 كنت تتلقى الخدمات في إحدى مرافق الطوارئ، فلن تدفع الخطة مقابل الخدمات. إذا اعتقدت أننا يجب أن ندفع نظير خدمة لم تخضع للتغطية، فيمكنك طلب الطعن. للحصول على معلومات حول الطعون، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موضحة في مخطط المزايا، لن تخضع العناصر والخدمات الآتية للتغطية بموجب خطتنا:

- تعتبر الخدمات غير "مقبولة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقًا لبرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، ما لم ندرجها على أنها من الخدمات الخاضعة للتغطية.
- العلاجات الطبية والجراحية التجريبية والأصناف والأدوية ما لم تكن خاضعة لتغطية برنامج Medicare أو جزءًا من دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare أو خاضعة للتغطية في خطتنا. ارجع إلى **الفصل 3** من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية. العلاج التجريبي والعناصر هي تلك التي لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام.
- العلاج الجراحي للبدانة المرضية، إلا عند الضرورة الطبية ويدفع برنامج Medicare تكلفتها.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- الغرفة الخاصة في المستشفى، باستثناء الحالات التي تكون ضرورية من الناحية الطبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة
- الأشياء الشخصية في غرفتك في المستشفى أو مرفق التمريض، مثل الهاتف أو التلفزيون
- رعاية ترميضية بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يفرضها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرته
- وجبات الطعام التي تصل إلى منزلك
- 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 لأنها ناجمة عن إصابة عرضية أو بغرض تجميل جزء مشوه من الجسم. ومع ذلك، نضع نظير استثناء ثدي بعد استئصاله، ومعالجة الثدي الآخر ليبدو متناسقاً معه.
- الرعاية التكوينية للعمود الفقري، بخلاف المعالجة اليدوية للعمود الفقري التي تتوافق مع إرشادات التغطية.
- العناية الروتينية بالقدم، باستثناء ما هو موضح في خدمات طب الأقدام في مخطط المزايا في القسم D
- أحذية تقويم العظام، ما لم تكن الأحذية جزءاً من دعامة الساق ومُدْرَجَة في تكلفة الدعامة أو ما لم تكن الأحذية مخصصة لشخص يعاني من مرض القدم السكري
- أجهزة دعم للقدم، باستثناء أحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص الذين يعانون من مرض القدم السكري
- جراحة القرنية الشعاعية، وجراحة الليزك، ووسائل المساعدة في علاج ضعف الرؤية الأخرى
- عكس إجراءات التعقيم ومستلزمات منع الحمل غير المقررة بوصفها طبية
- خدمات ممارس الطب الطبيعي (يستخدم وسائل علاج طبيعية أو بديلة)
- الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (VA). ومع ذلك، عند تلقي أحد المحاربين القدامى خدمات الطوارئ في مستشفى تابع لإدارة شؤون قدامى المحاربين وعندما يكون مبلغ تقاسم التكاليف في مراكز شؤون قدامى المحاربين أعلى من نظيره بموجب خطتنا، سنسدّد الفارق لقدامى المحاربين. لا تزال مسؤولاً عن دفع مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بك.



الفصل 5: الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية

المقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من العيادات الخارجية. وهذه هي الأدوية التي يطلبها موفر الرعاية لك وتحصل عليها من الصيدلية أو بخدمة البريد. وهي تتضمن الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D ببرنامجي Medicare وMedi-Cal. يوضح لك **الفصل 6** من كتيب الأعضاء الخاص بك المبلغ الذي تدفعه للحصول على هذه الأدوية. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

نغطي كذلك الأدوية التالية، برغم أننا لن نتطرق إليها في هذا الفصل:

- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب أدوية القسم A في Medicare**، وتتضمن بشكل عام الأدوية التي تحصل عليها أثناء إقامتك بالمستشفى أو بمركز التمريض.
- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب القسم B في 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 الجزء B في Medicare، يرجى الرجوع إلى مخطط المزايا **بالفصل 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- بالإضافة إلى القسم D في برنامج Medicare وتغطية المزايا الطبية، قد تتم تغطية أدويةك بواسطة Original Medicare إذا كنت في دار رعاية الأمراض العضال لدى Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 5، القسم F "إذا كنت 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 طبيب أو موفر رعاية آخر الوصفة الطبية الخاصة بك والتي يجب أن تكون صالحة بموجب قوانين الولاية المعمول بها. وهذا الشخص هو غالبًا موفر الرعاية الأولية (PCP). ويمكن أن يكون موفر رعاية آخر إذا أحالك PCP له.

يجب ألا يكون مقدم الوصفات الطبية الخاص بك مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الاستثناء لدى Medicare أو قائمة موفري الرعاية المعلقين وغير المؤهلين لدى Medi-Cal.

يجب أن تستخدم بشكل عام إحدى الصيدليات التابعة للشبكة لصرف الوصفة الطبية.

يجب أن تكون الأدوية المقررة بوصفة طبية مدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية بخطتنا. ونطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا.

- إذا لم يكن الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية، فقد يكون بإمكاننا تغطيته بمنحك استثناءً.
- ارجع إلى الفصل 9 للتعرف على طلب الاستثناء.
- يرجى أيضًا ملاحظة أنه سيتم تقييم طلب تغطية الدواء الموصوف لك وفقًا لمعايير Medicare وMedi-Cal.



يجب استخدام الدواء الخاص بك لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. يُقصد بهذا أن استخدام الدواء معتمد من إدارة الأغذية والعقاقير (FDA) أو مدعوم بواسطة مراجع طبية معينة. قد يكون طبيبك 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 معتمدة". الأدوية المستخدمة ذات الاستعمال "غير المعتمد" ليست لاستعمال مقبول طبيًا ولذا لا تخضع لمزايا التغطية إلا إذا:

- أشير إلى الاستعمال "غير المعتمد" في أحد الكتب المرجعية المعتمدة من CMS.

جدول المحتويات

143	A. صرف الوصفات الطبية المقررة.....
143	A1. صرف الوصفة الطبية المقررة من صيدلية تابعة لشبكة التأمين.....
143	A2. استخدام بطاقة مُعرّف العضوية عند صرف وصفة طبية.....
143	A3. الإجراءات الواجب تنفيذها عند تغيير صيدلية تابعة لشبكتك.....
143	A4. الإجراءات الواجب تنفيذها إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة.....
144	A5. الاستعانة بصيدلية متخصصة.....
144	A6. الاستعانة بخدمات الصيدلية بالبريد للحصول على الأدوية الخاصة بك.....
145	A7. الحصول على صرفية أدوية طويلة الأجل.....
146	A8. الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا.....
146	A9. استرداد تكلفة وصفة طبية لك.....
146	B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.....
147	B1. الأدوية المُدرجة في قائمة أدويتنا.....
147	B2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية لدينا.....
148	B3. الأدوية غير المُدرجة في قائمة أدويتنا.....
149	B4. فئات تقاسم تكلفة قائمة الأدوية.....
149	C. القيود على بعض الأدوية.....
150	D. أسباب عدم تغطية دواءك.....
150	D1. الحصول على صرفية مؤقتة.....



151	D2. طلب صرفية مؤقتة.....
152	D3. طلب استثناء.....
152	E. تغييرات التغطية للأدوية الخاصة بك.....
154	F. تغطية الدواء في حالات خاصة.....
154	F1. في مستشفى أو مركز خدمات ترميض متخصصة لقضاء فترة إقامة تغطيها الخطة.....
154	F2. في مركز لرعاية طويلة الأجل.....
154	F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare.....
155	G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارة العلاج.....
155	G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان.....
155	G2. برامج تساعدك على إدارة الأدوية.....
156	G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية.....



A. صرف الوصفات الطبية المقررة

A1. صرف الوصفة الطبية المقررة من صيدلية تابعة لشبكة التأمين

في معظم الحالات، لا ندفع مقابل الوصفات الطبية المقررة إلا عند صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا التأمينية. الصيدلية التابعة للشبكة هي الصيدلية (متجر الأدوية) التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي صيدلية تابعة للشبكة لدينا.

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، اطلع على دليل الصيدليات وموفري الرعاية أو بادر بزيارة موقعنا الإلكتروني أو اتصل بخدمة العملاء.

A2. استخدام بطاقة مُعرّف العضوية عند صرف وصفة طبية

لصرف الوصفة الطبية، أظهر بطاقة مُعرّف العضوية في الصيدلية التابعة للشبكة الخاصة بك. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة بتقديم فاتورة بقيمة حصتنا من تكلفة الدواء المقرر بوصفة طبية الخاضعة للتغطية. وقد تحتاج إلى دفع حصة المشاركة في الدفع الخاصة بك من التكلفة للصيدلية عند الحصول على الوصفة الطبية.

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

وإذا لم تكن بطاقة مُعرّف العضوية أو BIC معك عند صرف وصفتك الطبية، فاطلب من الصيدلية الاتصال بالخطة للحصول على المعلومات اللازمة.

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. إذا لم تستطع دفع تكلفة الدواء، فاتصل بخدمة العملاء على الفور. وسنبذل كل شيء للمساعدة.

- لمطالبتنا برد ما دفعته، فراجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- إذا احتجت إلى مساعدة لصرف وصفة طبية مقررة، تواصل مع خدمة العملاء.

A3. الإجراءات الواجب تنفيذها عند تغيير صيدلية تابعة لشبكتك

إذا غيرت 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 صرف أي أدوية متبقية.

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

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، اطلع على دليل الصيدليات وموفري الرعاية أو بادر بزيارة موقعنا الإلكتروني أو اتصل بخدمة العملاء.



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 التمريض.
 - عادةً ما تمتلك مراكز الرعاية الطبية طويلة الأجل صيدليات خاصة بها. إذا كنت مقيمًا في منشأة رعاية طويلة الأجل، فإننا نتأكد من أنه يمكنك الحصول على الأدوية التي تحتاجها من صيدلية المنشأة.
 - إذا لم تكن الصيدلية التابعة لمركز الرعاية طويلة الأجل تابعة لشبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدويتك في أحد منشآت الرعاية طويلة الأجل، فاتصل بخدمة العملاء.
 - الصيدليات التي تخدم برنامج Indian Health Service / Tribal / Urban Indian Health (الخدمة الصحية الهندية/برنامج الصحة للهنود في المناطق القبلية/الحضرية). باستثناء حالات الطوارئ، لا يحق إلا للأمريكيين من السكان الأصليين أو سكان أسكا الأصليين التعامل مع هذه الصيدليات.
 - 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، اطلع على دليل الصيدليات وموفري الرعاية أو بادر بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمة العملاء.

A6.. الاستعانة بخدمات الصيدلية بالبريد للحصول على الأدوية الخاصة بك

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد من الصيدليات التابعة للشبكة في خطتنا. بشكل عام، الأدوية المتاحة من خلال صيدلية خدمة الطلب عبر البريد هي أدوية تتناولها بشكل منتظم، لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. يتم تمييز الأدوية غير المتوفرة من خلال خدمة الطلب عبر البريد في خطتنا بالرمز NDS في قائمة الأدوية لدينا.

تسمح لك خدمة الصيدلية بالبريد بالحصول على صرفية لمدة تصل إلى 100 يوم للفئة 1: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة والصرفية لمدة 90 يومًا للفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، الفئة 3: أدوية العلامة التجارية المفضلة و الفئة 4: الأدوية غير المفضلة. إن الصرفية المحددة لمدة 90 يومًا والصرفية المحددة لمدة 100 يوم لها مبلغ المشاركة في الدفع نفسه مثل الصرفية المحددة لشهر واحد.

صرف الوصفات الطبية بالبريد

للحصول على نماذج الطلب ومعلومات حول صرف الوصفات الطبية الخاصة بك عن طريق البريد، يرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب. إذا كنت تستخدم صيدلية بخدمة بريد غير تابعة لشبكة الخط، فلن تتم تغطية الوصفة الطبية الخاصة بك.

عادة، تصل الوصفة الطبية من خدمة البريد خلال 14 يومًا.

ومع ذلك، قد تتأخر الوصفة الطبية بخدمة البريد أحيانًا. إذا تلقيت إشعارًا بأنه قد يكون هناك تأخير في شحن الوصفة الطبية الخاصة بك، دون أي خطأ من جانبك، عن طريق صيدلية خدمة البريد، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب. سيساعدك أحد ممثلي Blue Shield في الحصول على كمية كافية من الأدوية من صيدلية البيع بالتجزئة المحلية التابعة للشبكة،



بحيث لا ينقصك أي دواء لحين وصول دواء الخدمة بالبريد إليك. قد يتطلب ذلك الاتصال بطبيبك يجعله يرسل وصفة طبية جديدة عبر الهاتف أو الفاكس إلى صيدلية البيع بالتجزئة التابعة للشبكة للحصول على الكمية اللازمة من الأدوية اللازمة حتى تتلقى الدواء بخدمة البريد.

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

عمليات صيدلية خدمة البريد

لدى خدمة الصيدلية بالبريد 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 الصيدلانية الخاصة بخدمة البريد.

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.

- يمكنك ذلك فرصة للتأكد من أن الصيدلية تقدم الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والكمية والشكل)، ويسمح لك، إذا لزم الأمر، بإيقاف الطلب أو تأخيره قبل أن تتم محاسبتك ويتم شحنه.
- قم بالرد في كل مرة تتصل فيها الصيدلية بك لإعلامها بما يجب فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

3. صرف الوصفات الطبية من الصيدلية بخدمة البريد

لإعادة صرف دواء، اتصل بالصيدلية الخاصة بك قبل 14 يومًا من نفاذ الوصفة الطبية الحالية للتأكد من وصول شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.

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 TotalDual Plan. إذا كنت بحاجة إلى تحديث رقم هاتفك أو عنوانك، فيرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف الموجود أسفل هذه الصفحة).

A7. الحصول على صرفية أدوية طويلة الأجل

يمكنك الحصول على صرفية أدوية تكفي لفترة طويلة من أدوية المداومة من قائمة الأدوية في خطتنا. أدوية "المداومة" هي 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 أدوية المداومة. إن الصرفية المحددة لمدة 90 يومًا والصرفية المحددة لمدة 100 يوم لها مبلغ المشاركة في الدفع نفسه مثل الصرفية المحددة لشهر واحد. يوضح لك دليل موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا، والتي يمكنها تقديم صرفية تكفي لفترة طويلة من أدوية المداومة. يمكنك كذلك الاتصال بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.



بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد من الصيدليات التابعة للشبكة في خطتنا للحصول على صرفية أدوية دورية طويلة الأجل. ارجع إلى **القسم A6** للتعرف على خدمات الصيدلية بالبريد.

A8. الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا

بصفة عامة، لا تغطي الأدوية التي تصرفها من صيدلية غير تابعة لشبكة التأمين إلا عندما يتعذر عليك استخدام صيدلية تابعة لشبكة التأمين. لدينا صيدليات غير تابعة للشبكة خارج منطقة خدمتنا حيث صرف الوصفات الطبية الخاصة بك بصفتك عضوًا في خطتنا.

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 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 خارج الشبكة على صرفية لمدة 30 يومًا من الأدوية الخاضعة للتغطية. في هذه الحالات، راجع خدمة العملاء أولاً لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

A9. استرداد تكلفة وصفة طبية لك

- إذا تعيّن عليك استخدام صيدلية غير تابعة لشبكة التأمين، فيتعين عليك عادةً دفع التكاليف كاملة بدلاً من قيمة المبلغ العادي الذي تدفعه للمشاركة في التكاليف عند صرف الوصفة الطبية. يمكنك مطالبة خطتنا برد حصتك 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 يسدّد Medi-Cal Rx المبلغ لك عن طريق تقديم مطالبة "تعويض مصروفات Medi-Cal النثرية (Conlan)". يمكن العثور على مزيد من المعلومات على موقع ويب Medi-Cal Rx: medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/.
- لمعرفة المزيد حول هذا، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

- تتوفر لدينا قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا.
- اخترنا الأدوية الواردة بقائمة الأدوية بفضل مساعدة فريق من الأطباء والصيدليين. كما تُخبرك قائمة الأدوية بالقواعد التي تحتاج إلى اتباعها كي تحصل على أدويةك.



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

B1. الأدوية المُدرّجة في قائمة أدويتنا

تتضمن القائمة الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D في Medicare.

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

تتضمن قائمة الأدوية لدينا الأدوية ذات العلامات التجارية، والأدوية المماثلة (البديلة)، والبدائل الحيوية.

الدواء ذو العلامة التجارية هو الدواء المُقرر بوصفة طبية والذي يتم بيعه تحت اسم علامة تجارية تمتلكها شركة مصنعة للدواء. تسمى الأدوية ذات العلامات التجارية الأكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية (مثل الأدوية التي تعتمد على البروتين) بالمنتجات البيولوجية. في قائمة الأدوية لدينا، عندما نشير إلى "الأدوية"، فهذا قد يعني دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

الأدوية المماثلة (البديلة) لديها نفس المكونات الفعالة في الأدوية ذات العلامة التجارية. نظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية، فبدلاً من أن تأخذ هيئة الأدوية المماثلة، يكون لها بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية المماثلة (البديلة) والبدائل الحيوية بنفس كفاءة الأدوية ذات العلامات التجارية أو المنتجات البيولوجية وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. هناك بدائل للأدوية المماثلة أو البدائل الحيوية المتاحة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية وبعض المنتجات البيولوجية. تحدث إلى موفر الرعاية الخاص بك إذا كانت لديك أسئلة حول ما إذا كان الدواء المماثل أو الذي يحمل علامة تجارية سوف يلبي احتياجاتك.

B2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية لدينا

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

- زيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على blueshieldca.com/medformulary2024. دائمًا ما يكون إصدار "قائمة الأدوية" الموجود على موقعنا الإلكتروني هو الإصدار الأحدث.
- اتصل بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان دواء معين 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. يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) لمزيد من المعلومات.
- استخدم "أداة Real Time Benefit" الخاصة بنا عن طريق تسجيل الدخول إلى بوابة الأعضاء الخاصة بك على blueshieldca.com/medicare أو اتصل بخدمة 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:



- 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 أداة "Price check my Rx"، انقر فوق "Check current prescriptions" (التحقق من الوصفات الطبية الحالية)*.

B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة أدويتنا

نحن لا نغطي جميع الأدوية المقررة بوصفة طبية. 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.

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 مقابلاً لدواء مستبعد بسبب حالتك، يمكنك إجراء طعن. لمزيد من المعلومات حول الطعون، يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

فيما يلي القواعد الثلاث العامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية أدوية العيادات الخارجية الخاصة بخطتنا (والتي تتضمن القسم D في Medicare) أن تدفع ثمن دواء يغطيه بالفعل القسم A في Medicare أو القسم B في Medicare. تغطي خطتنا الأدوية المغطاة بموجب القسم A في Medicare أو القسم B في Medicare مجاناً، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءاً من مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية.
 2. لا يمكن أن تغطي خطتنا دواء تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
 3. يجب أن يكون استخدام الدواء إما معتمداً من FDA، أو أن يكون مدعوماً في مراجع طبية معينة باعتباره علاجاً لحالتك. فقد يصف طبيبك دواءً ما لعلاج حالتك، حتى وإن لم يُعتمد ذلك الدواء لعلاج حالتك. ويُسمى هذا "الاستعمال غير المعتمد". والخطة عادةً لا تغطي الأدوية الموصوفة لاستعمالات غير معتمدة.
- كما أن أنواع الأدوية المدرجة أدناه لا تغطيها Medicare أو Medi-Cal وفقاً للقانون.

- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد*
- الأدوية المستخدمة في أعراض التجميل أو لزيادة كثافة الشعر
- الفيتامينات والمنتجات المعدنية الموصوفة طبيياً، 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 Medi-Cal. للمزيد من المعلومات يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov).

B4. فئات تقاسم تكلفة قائمة الأدوية

- يندرج كل عقار دوائي موجود في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا في فئة من الخمس فئات. الفئة هي عبارة عن مجموعة من الأدوية من نفس النوع بشكل عام (مثل اسم العلامة التجارية، أو الأدوية المماثلة (البديلة)، أو الأدوية غير المقررة بوصفة طبية ("OTC"). وبصفة عامة، كلما ارتفعت درجة تقاسم التكاليف، زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.
- الفئة 1 من تقاسم التكاليف الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة (أقل فئة تقاسم التكاليف) - تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة.
 - الفئة 2 من تقاسم التكاليف: الأدوية المماثلة (البديلة) - تشمل الأدوية المماثلة (البديلة).
 - الفئة 3 من تقاسم التكاليف: الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية - بما في ذلك الاسم التجاري المفضل وبعض الأدوية المماثلة (البديلة).
 - الفئة 4 من تقاسم التكاليف: الأدوية غير المفضلة - بما في ذلك الاسم التجاري غير المفضل، وبعض الأدوية المماثلة (البديلة).
 - الفئة 5 من تقاسم التكاليف: أدوية الفئة المتخصصة (أعلى فئة تقاسم تكاليف) - تشمل اسم العلامة التجارية عالية التكلفة، والأدوية المماثلة (البديلة) التي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة.
- لمعرفة درجة تقاسم التكاليف التي يقع فيها دواؤك، ابحث عنه في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.
- يوضح الفصل 6 من كتيب الأعضاء الخاص بك المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل فئة.

C. القيود على بعض الأدوية

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

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

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

1. تقييد استعمال دواء ذي علامة تجارية عند توفر دواء مماثل (بديل)

بصفة عامة، يقوم الدواء المماثل (البديل) بوظيفة الدواء ذي العلامة التجارية نفسها، وعادةً ما يكون أقل تكلفة. في معظم الحالات، عند توفر إصدار مماثل (بديل) لدواء ذي علامة تجارية، تزودك الصيدليات التابعة لشبكتنا بالإصدار المماثل (البديل).

- ولا نغطي، عادةً، الأدوية التي تحمل العلامة التجارية عند توفر إصدار مماثل (بديل) لها.



- ومع ذلك، إذا كان موفر الرعاية الخاص بك أخبرنا بالسبب الطبي وهو أن الدواء المماثل (البديل) لن يناسبك، من ثم نقوم بتغطية الدواء ذو العلامة التجارية.

2. الحصول على موافقة الخطة مسبقًا

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو طبيبك المعالج على موافقة من خطتنا قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. في حالة عدم حصولك على الموافقة، فربما لا نقوم بتغطية الدواء.

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 يجد الدواء أ معك نفعًا، فسنتحمل تغطية الدواء A، وهو ما يسمى بالعلاج المرهلي.

4. حدود الكمية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، نضع قيودًا على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. ويُسمى هذا بحد الكمية. على سبيل المثال، قد نضع حدًا لمقدار الدواء الذي يمكنك الحصول عليه في كل مرة يتم صرف الوصفة فيها.

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 العنوان blueshieldca.com/medformulary2024. 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 الخاص بك.

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:

- خطتنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا. قد نغطي إصدارًا دواء مماثل (بديل) 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 الخطة لها قواعد إضافية لتقييد استخدامها. في بعض الأحيان، قد ترغب أنت أو مقدم الوصفات لك في طلب استثناء.

هناك أمور يمكنك القيام بها إذا لم نحم بتغطية 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، يجب أن تستوفي القاعدتين التاليتين:

1. أن الدواء الذي تناولته:

- لم يعد في قائمة الأدوية، أو
- لم يذكر في قائمة الأدوية من الأساس، أو
- عليه قيود بنحو ما.

2. يجب أن تنطبق أحد المواقف الموضحة أدناه عليك:

- لقد كنت في خطتنا العام الماضي.
 - تقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويةك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
 - هذا التوريد المؤقت يصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كانت وصفتك الطبية موصوفة لتكفي أيام أقل، فإننا نسمح بصرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. ويجب صرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة لشبكة التأمين.
 - (قد توفر صيدليات الرعاية الطويلة الأجل الدواء بكميات أقل لمنع الهدر).
 - أنت الآن جديد في الخطة.
 - تقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويةك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.
 - هذا التوريد المؤقت يصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كانت وصفتك الطبية موصوفة لتكفي أيام أقل، فإننا نسمح بصرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. ويجب صرف الوصفة الطبية من صيدلية تابعة لشبكة التأمين.
 - (قد توفر صيدليات الرعاية الطويلة الأجل الدواء بكميات أقل لمنع الهدر).
 - كنت مشتركًا في خطتنا لأكثر من 90 يومًا وكنت مقيمًا في مركز للرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى صرفية فورية:
 - نوفر 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

لطلب 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 خططنا 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 الموفر 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، أو يمكن أن يساعدك هو لطلب استثناء.

D3 . طلب استثناء

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

- 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).

لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناء، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب استثناء، فاتصل بخدمة العملاء.

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 قواعدنا الخاصة بالأدوية. على سبيل المثال، يجوز لنا:

- أن نطلب أو لا نطلب موافقة مسبقة (PA) على الدواء (إن من 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).

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
- نعلم أن الدواء غير آمن، أو



- سحب الدواء من السوق.

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

- تحقق من قائمة الأدوية الحالية لدينا عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2024 أو
- اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للتحقق من قائمة الأدوية الحالية لدينا.

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

- **عندما يتوفر دواء مماثل (بديل) جديد.** يتم طرح أدوية مكافئة جديدة أحيانًا في السوق تعمل بنفس كفاءة الدواء ذي العلامة التجارية المدرج في قائمة الأدوية الحالية لدينا. وعند حدوث ذلك، يمكننا إلغاء الدواء ذي العلامة التجارية وإضافة الدواء المماثل (البديل) الجديد ولكن تظل تكلفة الدواء الجديد ثابتة أو أقل.

وعند إضافة الدواء المماثل (البديل) 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 سنرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.

- يمكنك أنت أو موفر الرعاية الخاص بك طلب "استثناء" من هذه التغييرات، وسوف نرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. لمزيد من المعلومات حول الاستثناءات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

- **سحب دواء من السوق.** إذا صرحت هيئة الدواء والغذاء (Food and Drug Administration, FDA) أن الدواء الذي تتناوله غير آمن أو قامت الشركة المُصنعة للدواء بسحبه من السوق، فسنقوم بحذفه من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول الدواء، فإننا نخبرك بذلك. 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. وقد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت FDA إرشادات جديدة أو كان هناك إرشادات سريرية جديدة لأحد الأدوية.

- أضفنا دواءً مماثلًا (بديلاً) غير جديد في سوق الأدوية و

- استبدلنا أحد الأدوية ذات العلامة التجارية المدرجة في قائمة الأدوية أو

- غيرنا قواعد التغطية أو حدودها بالنسبة للأدوية ذات العلامة التجارية.

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 بدلاً من ذلك أو
 - إذا كان ينبغي عليك أن تطلب استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- قد نقوم بإجراء تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كان خاضعاً للتغطية في بداية العام، فإننا بشكل عام لن 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 أو ما تدفعه مقابل الدواء لبقية العام.

F. تغطية الدواء في حالات خاصة

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

إذا تم احتجازك في مستشفى أو مركز خدمات تريض متخصصة لقضاء فترة إقامة تغطيتها الخطة، فسوف بصفة عامة تغطية تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية أثناء إقامتك. ولن ندفع حصص المشاركة في الدفع. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مركز خدمات التريض المتخصصة، تتم تغطية الأدوية 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 لرعاية طويلة الأجل

عادةً ما تمتلك منشأة الرعاية الطبية طويلة الأجل، مثل مراكز التمريض، صيدلية خاصة بها، أو صيدلية توّرد الأدوية لكل المقيمين بها. فإذا كنت تعيش في مركز للرعاية طويلة الأجل، يمكنك الحصول على أدويةك المقررة بوصفة طبية من صيدلية المنشأة إذا كانت تابعة لشبكتنا التأمينية.

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

F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من Medicare

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

- قد تكون مسجلاً في ماوى رعاية الأمراض العضال وتحتاج إلى دواء للألم أو مضاد للغثيان أو ملين أو مضاد للقلق لا تغطيه دار الرعاية الخاصة بك لأنه لا يرتبط بتشخيصك وظروفك بوجود مرض عضال. في هذه الحالة، يجب أن تحصل خطتنا على إشعار من مقدم الوصفات الطبية أو موفر الرعاية الخاص بك بأن الدواء دون صلة قبل أن نتمكن من تغطية الدواء.
- لمنع التأخير في الحصول على أي أدوية دون صلة 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 دون صلة قبل أن تطلب من الصيدلية صرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

إذا غادرت ماوى 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 ماوى 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 الخاص بك.

G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارة العلاج

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 الأثر
- 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
- بها كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا اكتشفنا مشكلة محتملة عند استخدامك للأدوية المقررة بوصفة طبية، فإننا نتعاون مع الموقر الذي نتعامل معه لحل المشكلة.

G2.. برامج تساعدك على إدارة الأدوية

تحتوي خطتنا 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 (MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. يساعدك هذا البرنامج وموفر الخدمة 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 الأدوية الخاصة بك
- أي أسئلة أو مشكلات لديك بشأن الوصفة الطبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية

ثم، سوف يعطونك:

- 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.

إنها فكرة جيدة أن تتحدث مع طبيبك حول خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.



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

والبرامج المخصصة لـ MTM اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فيتم تسجيلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل لك المعلومات المتعلقة به. وإذا لم ترغب في الانضمام للبرنامج، أخبرنا بهذا، وسوف نخرجك منه. إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، فاتصل بخدمة العملاء.

G3. برنامج إدارة الأدوية للاستخدام الآمن للأدوية الأفيونية

تحتوي خطتنا على برنامج يمكنه مساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي يساء استخدامها بشكل متكرر بأمان. 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، فقد نتحدث مع أطباءك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. العمل مع أطباءك، إذا قررنا أن استخدامك للمواد الأفيونية الموصوفة طبيًا أو أدوية البنزوديازيبين ليست آمنة، قد نضع قيودًا على كيفية حصولك على هذه الأدوية. قد تشمل القيود ما يلي:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية لهذه الأدوية من صيدليات معينة و/أو من طبيب معين
- الحد من كمية تلك الأدوية التي نغطيها لك

إذا كنا نعتقد أنه يجب تطبيق قيد واحد أو أكثر عليك، فنرسل إليك خطابًا مقدمًا. ستخبرك الرسالة ما إذا كنا سنضع قيودًا على تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا ما كان سيطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من موفر الرعاية أو صيدلية معينة.

سيكون لديك فرصة لإخبارنا عن الأطباء أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات نعتقد أنه من المهم أن نعرفها. إذا قررنا وضع قيودًا على تغطيتك لهذه الأدوية بعد أن نتاح لك فرصة الرد، فنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد القيود.

إذا كنت نعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو كنت لا توافق على كونك معرض لخطر إساءة استخدام العقاقير الطبية، أو كنت لا توافق على هذا القيد، فيمكنك أنت ومقدم الوصفات الطبية الخاص بك تقديم طعن. إذا قمت بتقديم طعن، فسنراجع حالتك ونعطيك قرارنا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طلب طعنك المتعلق بالقيود المفروضة على حصولك على هذه الأدوية، فنرسل حالتك تلقائيًا إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO). (لمعرفة المزيد حول التظلمات ومنظمة المراجعة المستقلة (IRO)، يرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كاتب الأعضاء الخاص بك.)

قد لا ينطبق برنامج DMP عليك إذا كنت:

- تعاني من حالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي،
- تحصل على رعاية الأمراض العضال أو المعالجة الطبية المسكنة أو رعاية الاحتضار، أو
- تعيش في مركز رعاية طويلة الأجل.



الفصل 6: ما تدفعه نظير أدوية برنامج Medicare و Medi-Cal و Medi-Cal Medicaid المقررة بوصفة طبية

المقدمة

يركز هذا الفصل على المبلغ الذي تدفعه للحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من العيادات الخارجية. ونقصد بكلمة "أدوية":

• أدوية القسم D في Medicare المقررة بوصفة طبية، و

• الأدوية والعناصر التي تخضع للتغطية بموجب Medi-Cal Rx.

نظرًا لأنك مؤهل للاشتراك في برنامج Medi-Cal، ستحصل على خدمات برنامج "المساعدات الإضافية" من برنامج Medicare للمساعدة في سداد تكاليف أدويةك المقررة بوصفة طبية من أدوية القسم D في برنامج Medicare. نحن أرسلنا لك إدخال منفصل، يسمى "دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية في دفع ثمن الأدوية الموصوفة" (المعروف أيضًا باسم "دليل دعم الدخل المنخفض" أو دليل برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض LIS)، والذي يخبرك عن تغطية الأدوية الخاصة بك. إذا لم يكن لديك هذا الإدخال، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء وطلب "دليل برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض LIS".

برنامج **Extra Help** (المساعدات الإضافية) هو أحد برامج Medicare التي تساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية الموصوفة من القسم D في برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات والمدفوعات المشتركة. ويطلق على هذا البرنامج أيضًا اسم "الدعم المالي لمحدودي الدخل" أو اختصارًا "LIS".

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

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

• قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بنا.

○ ونطلق عليها "قائمة الأدوية". وهي تعلمك بما يلي:

— الأدوية التي ندفع نظيرها لها

— في أي من الفئات الخمسة يوجد كل دواء

— 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/medformulary2024.



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

● راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

- يركز الفصل على كيفية للحصول على الأدوية المقررة بوصفة طبية من العيادات الخارجية.
- ويتضمن القواعد التي يتعين عليك اتباعها. كما يوضح لك الفصل ما أنواع الأدوية المقررة بوصفة طبية التي لا تخضع للتغطية في برنامجنا.
- عند استخدام "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية الأدوية (ارجع إلى الفصل 5، القسم B2)، يتم توفير التكلفة المعروضة في "الوقت الفعلي" مما يعني أن التكلفة المعروضة في الأداة تعكس لحظة زمنية لتوفيرها تقديراً 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 لشبكة التأمين للحصول على الأدوية الخاضعة للتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات توافق على التعاون معنا.
- يسرد دليل موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكةنا. لمزيد من المعلومات حول الصيدليات التابعة للشبكة، ارجع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



جدول المحتويات

160	A. شرح الاستحقاقات (EOB).....
161	B. كيفية تتبع تكاليف أدويةك.....
162	C. مراحل دفع التكلفة لأدوية القسم D في برنامج Medicare.....
163	D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية.....
164	D1. اختياراتك للصيدلية.....
164	D2. الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل.....
164	D3. ما تدفعه.....
166	D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية.....
166	E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث.....
166	F. تكاليف دوائك في حال وصف لك طبيبك صرفية لأقل من شهر كامل.....
167	G. المساعدة في تقاسم تكاليف الوصفة الطبية للأشخاص المصابين بـ HIV/AIDS.....
167	G1. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP).....
167	G2. أنت غير مسجل في برنامج ADAP.....
167	G3. إذا كنت مسجلاً في ADAP.....
167	H. التطعيمات.....
167	H1. ما تحتاج معرفته قبل أن تتلقى التطعيم.....
168	H2. ما تدفعه مقابل التطعيم مُغطى بالقسم D في برنامج Medicare.....



A. شرح الاستحقاقات (EOB)

تتبع خطتنا تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية لك. هناك نوعان من التكاليف التي نتتبعها:

- **تكاليفك النثرية.** هذا هو مبلغ المال الذي تدفعه، أو يدفعه لك الآخرون نيابة عنك، مقابل الوصفات الطبية.
 - **إجمالي تكاليف الأدوية الخاصة بك.** هذا هو مبلغ المال الذي تدفعه، أو يدفعه لك الآخرون نيابة عنك، مقابل الوصفات الطبية، فضلاً عن المبلغ الذي تدفعه.
- عند الحصول على الأدوية الخاصة بك المقررة بوصفة طبية من خلال خطتنا، نرسل لك تقريراً يسمى شرح الاستحقاقات. ونطلق عليها EOB اختصاراً. EOB ليس فاتورة. يتضمن EOB مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى التي قد تكون متاحة مع تقاسم تكاليف أقل. يمكنك التحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول هذه الخيارات منخفضة التكلفة. يتضمن EOB ما يلي:
- **معلومات متعلقة بالشهر.** يوضح لك الملخص الأدوية المقررة بوصفة طبية التي حصلت عليها خلال الشهر السابق. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، وإضافة إلى ما دفعته أنت أو دفعه آخرون عنك.
 - **معلومات "من بداية العام حتى تاريخه".** يتعرض لك إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات نظير أدويةك منذ 1 يناير.
 - **معلومات حول أسعار الأدوية.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء وأي نسبة تغير في سعر الدواء منذ عملية الصرف الأولى.
 - **بدائل أقل تكلفة.** عندما تكون متاحة، فإنها تظهر في الملخص الموجود أسفل أدويةك الحالية. يمكنك التحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك لمعرفة المزيد.

نوفر تغطية لأدوية لا تشملها التغطية ببرنامج Medicare.

- لا تحتسب مدفوعات هذه الأدوية ضمن إجمالي التكاليف النثرية.
- معظم الأدوية المقررة بوصفة طبية التي تحصل عليها من الصيدلية مغطاة من قبل الخطة. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات يرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضاً الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد Medi-Cal (BIC) عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.
- لمعرفة المزيد عن الأدوية التي تغطيها الخطة، 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 معرف العضوية الخاصة بك.

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

2. تأكد من تزويدنا بما نحتاج إليه من المعلومات.

قدم إلينا نسخًا من الإيصالات للأدوية المغطاة التي سددت مقابلًا لها. يمكنك مطالبتنا بأن نرد لك قيمة الجزء الذي نتحملة من تكلفة الدواء.

فيما يلي بعض الموافف التي يتعين عليك فيها تسليمنا نسخًا من الإيصالات فيها:

- عند شرائك دواءً يندرج تحت التغطية من أحد صيدليات شبكة التأمين بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا
- عندما تدفع مبلغًا للمشاركة في الدفع مقابل أدوية تحصل عليه بموجب برنامج مساعدة للمرضى المقدم من جهة تصنيع دواء
- عند شرائك دواءً من صيدليات غير تابعة لشبكة التأمين
- عندما تدفع السعر الكلي لدواء يخضع للتغطية

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

3. أرسل لنا معلومات الدفعات التي سدها آخرون نيابةً عنك.

يتم احتساب الدفعات التي يسدها أفراد ومؤسسات أخرى معينة كذلك من التكاليف النثرية. على سبيل المثال، يتم احتساب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة في علاج (ADAP) AIDS، وخدمة الصحة الهندية، ومعظم المؤسسات الخيرية، ضمن التكاليف النثرية. 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 Medicare حتى نهاية العام الميلادي.

4. تحقق من EOB التي نرسلها 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 قائمة الأدوية؟ هل تتطابق مع تلك المدرجة في إيصالاتك؟ هل تتطابق الأدوية مع ما تلك الموصوفة من طبيبك؟



لمزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو قراءة كتيب أعضاء Blue Shield TotalDual Plan. كما يمكنك العثور على الإجابات على العديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: blueshieldca.com/medicare

ماذا لو وجدت أخطاء في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء غير واضح أو يبدو غير صحيح في EOB هذا، فيرجى الاتصال بنا على خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. كما يمكنك العثور على الإجابات على العديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: blueshieldca.com/medicare

ماذا عن الاحتيال المحتمل؟

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

- اتصل بنا على خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.
 - أو اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
 - إذا اشتبهت في أنّ موفر رعاية يحصل على برنامج Medi-Cal ارتكب احتيالاً أو تبديلاً 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 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 بـ EOB هذا. فهو سجل مهم لنفقات الأدوية الخاصة بك.

C. مراحل دفع التكلفة لأدوية القسم D في برنامج Medicare

هناك مرحلتا دفع لتغطية أدوية القسم D المقررة بوصفة طبية في برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تخضع لها في وقت صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. هاتان هما المرحلتان:



المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
<p>خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف الأدوية وتدفع أنت حصتك. وتسمى حصتك حصة المشاركة في الدفع.</p> <p>تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام.</p>	<p>في هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2024.</p> <p>تبدأ هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.</p>

D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية

أثناء "مرحلة التغطية المبدئية"، ندفع حصة من تكلفة الأدوية المقررة بوصفة طبية الخاضعة للتغطية، وكذلك تدفع أنت حصتك. وتسمى حصتك حصة المشاركة في الدفع. تعتمد حصة المشاركة في الدفع على فئة تقاسم التكاليف التي ينتمي إليها الدواء والمكان الذي تحصل من خلاله عليه.

وفئات تقاسم التكاليف هي مجموعات الأدوية بنفس مبالغ المشاركة في الدفع. يندرج كل عقار دوائي موجود في "قائمة العقاقير الدوائية" الخاصة بخططنا 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 تقاسم التكاليف: الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة (أقل فئة تقاسم التكاليف) تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة
- الفئة 2 من تقاسم التكاليف: الأدوية المماثلة (البديلة) تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) والبدائل الحيوية
- الفئة 3 من تقاسم التكاليف: الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة تشمل الأدوية ذات العلامة التجارية المفضلة والبدائل الحيوية وبعض الأدوية المماثلة (البديلة).
- الفئة 4 من تقاسم التكاليف: الأدوية غير المفضلة تشمل الأدوية ذات العلامة التجارية غير المفضلة والبدائل الحيوية وبعض الأدوية المماثلة (البديلة).
- الفئة 5 من تقاسم التكاليف: فئة الأدوية المتخصصة (أعلى فئة تقاسم تكاليف) تشمل اسم العلامة التجارية عالية التكلفة، والأدوية المماثلة (البديلة) التي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة.



D1. اختيارك للصيدلية

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

- صيدلية تابعة للشبكة، أو
- صيدلية غير تابعة للشبكة.

في حالات محدودة، نغطي الأدوية المقررة بوصفه طبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة لشبكة التأمين. راجع **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك لمعرفة متى نفعل ذلك.

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 هي صرفية لمدة 100 يوم للأدوية من الفئة 1 و صرفية لمدة 90 يومًا للأدوية من الفئات 2 و 3 و 4. 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 بخططك.

D3. ما تدفعه

أثناء مرحلة التغطية الأولية، قد تدفع مبلغ مشاركة في الدفع في كل مرة تقوم فيها بصرف دواء موصوف طبيًا. وإذا كانت تكاليف دوائك الخاضع للتغطية أقل من مبلغ حصة المشاركة في الدفع، ستدفع المبلغ الأقل.

اتصل بخدمة العملاء لمعرفة المبلغ الذي تدفعه مقابل أي دواء خاضع للتغطية.

الجزء الذي تتحمله من التكلفة عند حصولك على صرفية طويلة الأجل لمدة شهر واحد لأحد الأدوية المقررة بوصفة طبية والخاضعة للتغطية من:



صيدلية غير تابعة للشبكة	صيدلية تابعة للشبكة تقدم علاجات للرعاية طويلة الأجل	صيدلية خدمة البريد الخاصة بخططنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية تكفي لفترة تصل إلى 30 يومًا. وتقتصر التغطية على حالات معينة. لمزيد من التفاصيل، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء الخاص بك.	صرفية تكفي لفترة تصل إلى 31 يومًا	صرفية تكفي مدة شهر واحد أو صرفية قد تصل إلى 30 يومًا	صرفية تكفي مدة شهر واحد أو صرفية (قد) تصل إلى 30 يومًا	
\$0				تقاسم التكاليف الفئة 1 (الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة)
تتعتمد حصة المشاركة في الدفع على مستوى برنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) الذي تتلقاه: \$0 أو \$1.55 أو \$4.50				تقاسم التكاليف الفئة 2 (الأدوية المماثلة (البديلة))
تتعتمد حصة المشاركة في الدفع على مستوى برنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) الذي تتلقاه: \$0 أو \$4.60 أو \$11.20				تقاسم التكاليف الفئة 3 (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)
تتعتمد حصة المشاركة في الدفع على مستوى برنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) الذي تتلقاه: \$0 أو \$4.60 أو \$11.20				تقاسم التكاليف الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة)
تتعتمد حصة المشاركة في الدفع على مستوى برنامج Extra Help (المساعدات الإضافية) الذي تتلقاه: \$0 أو \$4.60 أو \$11.20				تقاسم التكاليف الفئة 5 (فئة الأدوية 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 تكاليفك النثرية إلى \$8,000. 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 \$8,000. كثير من الأعضاء لا يصلون إلى هذا المبلغ خلال عام واحد.

E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث

عندما يصل حد المصروفات النثرية \$8,000 مقابل أدويةك المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. وستظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية العام التقويمي. وأثناء هذه المرحلة، ستقوم الخطة بدفع جميع تكاليف أدويةك من برنامج Medicare.

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

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

- في بعض الأحيان، سوف تستفسر من طبيبك بشأن كتابة وصفة طبية لصرفية من الدواء لمدة أقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرب دواء لأول مرة معروفًا بأنه يسبب آثارًا جانبيةً بالغة).
- في حالة موافقة الطبيب، لن تسدد تكلفة صرفية شهر كامل من أدوية محددة.

عندما تحصل على صرفية دواء لفترة نقل عن شهر، فإن المبلغ الذي تدفعه سيتم تحديده استنادًا إلى عدد أيام الدواء الذي تتناوله. ونحسب المبلغ الذي تدفعه في اليوم الواحد الذي تتناول فيه الدواء ("قيمة تقاسم 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 مضروريًا في 7 أيام، فيكون إجمالي المبلغ أقل من \$0.35.
- تتيح لك المشاركة اليومية في التكلفة التأكد من أن الدواء يعمل لصالحك قبل أن تدفع مقابل صرفية شهر كامل.
- يمكنك أيضًا أن تطلب من موفر الرعاية الخاص بك أن يصف لك صرفية دواء تكفي لمدة شهر كامل لمساعدتك:
 - خطة أفضل عند إعادة صرف أدويةك،
 - تنسيق إعادة الصرف لأدوية أخرى تتناولها، و
 - استقل رحلات أقل إلى الصيدلية.



G. المساعدة في تقاسم تكاليف الوصفة الطبية للأشخاص المصابين بـ HIV/AIDS

G1. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج AIDS (ADAP)

يساعد ADAP الأفراد المؤهلين المصابين بـ HIV/AIDS في الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة. وتُعد الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في Medicare للمرضى المعالجين بالعيادات الخارجية والخاضعة لتغطية ADAP مؤهلة لتطبيق ميزة المساعدة في تقاسم تكاليف الدواء المقرر بوصفة طبية من خلال إدارة الصحة العامة في كاليفورنيا بمكتب علاج AIDS للأفراد المسجلين في برنامج ADAP.

G2. أنت غير مسجل في ADAP

للحصول على معلومات عن معايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، اتصل على الرقم 1-844-421-7050 أو تحقق من موقع ADAP الإلكتروني على www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx

G3. إذا كنت مسجلاً في ADAP

يمكن لـ ADAP الاستمرار في منح الأعضاء المشتركين في ADAP المساعدة في تقاسم تكاليف الدواء المقرر بوصفة طبية من القسم D في Medicare فيما يخص أدوية كتيب الوصفات الخاص بـ ADAP. للتأكد من استمرارك في الحصول على هذه المساعدة، قم بإخطار موظف التسجيل المحلي في ADAP بأي تغييرات في اسم خطة القسم D في برنامج Medicare أو رقم السياسة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على أقرب موقع و/أو عامل تسجيل ADAP، فاتصل بالرقم 1-844-421-7050 أو تحقق من الموقع الإلكتروني المذكور أعلاه.

H. التطعيمات

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل الأمصال: تعتبر بعض الأمصال من المزايا الطبية. تُعتبر بعض الأمصال الأخرى من أدوية القسم D في Medicare. يمكنك العثور على هذه الأمصال مدرجة في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات). تغطي خطتنا معظم أمصال القسم (D) من برنامج Medicare للبالغين دون أي تكلفة عليك. ارجع إلى قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (كتيب الوصفات) الخاصة بخطتك أو اتصل بخدمة العملاء للحصول على تفاصيل التغطية ومبالغ المشاركة في تحمل التكاليف حول أمصال معينة.

تنقسم تغطيتنا للتطعيمات في القسم D في Medicare إلى جزأين:

1. الجزء الأول من التغطية خاص بتكلفة المصل نفسه. المصل هو دواء وصفة طبية.
2. الجزء الثاني من التغطية خاص بتكلفة إعطائك المصل. على سبيل المثال، أحياناً قد تحصل على المصل كحقنة يعطيها لك طبيبك.

H1. ما تحتاج معرفته قبل أن تتلقى التطعيم

نوصي بالاتصال بخدمة العملاء إذا كنت تخطط لتلقي التطعيم.

- يمكننا أن نخبرك بطريقة تغطية خطتنا للتطعيم وشرح حصتك التي تتحملها من التكلفة.



- يمكننا أن نخبرك بكيفية تخفيض تكاليفك عن طريق الاستعانة بصيديات وموفري رعاية تابعين للشبكة. توافق الصيديات وموفرو الرعاية التابعين للشبكة على العمل وفقاً لخططنا. يعمل أحد موفري الخدمات التابع للشبكة معنا لضمان عدم تحملك أي تكاليف مقدمة مقابل أحد أمصال القسم D من برنامج Medicare.

H2. ما تدفعه مقابل التطعيم مُغطى بالقسم D في برنامج Medicare

يعتمد ما تدفعه مقابل التطعيم على نوع المصل (ما يتم تطعيمك من أجله).

- بعض الأمصال لها مزايا 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 الخاص بك.
- تُعتبر بعض الأمصال الأخرى من أدوية القسم D في Medicare. يمكنك معرفة هذه الأمصال في قائمة الأدوية بخططنا. قد تضطر إلى دفع حصة مشاركة من أمصال القسم D في Medicare. إذا تمت التوصية بمصل للبالغين من قبل منظمة تُدعى **اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP)**، فلن يكلفك المصل شيئاً.

فيما يلي ثلاث طرق شائعة يمكنك من خلالها الحصول على تطعيم ضمن القسم D في Medicare.

1. يمكنك الحصول على مصل القسم D من برنامج Medicare وحقنتك في إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
 - بالنسبة لمعظم الأمصال المُحددة في القسم D للبالغين، لن تدفع شيئاً.
 - أما بالنسبة للأمصال المُحددة في القسم D، فأنت تدفع حصة المشاركة في الدفع مقابل المصل.
2. أنت تحصل على المصل المحدد بالقسم D من برنامج Medicare في عيادة طبيبك، ويعطيك طبيبك الحقنة.
 - أنت تدفع حصة المشاركة في الدفع إلى الطبيب مقابل المصل.
 - ستدفع خططنا تكلفة إعطائك الحقنة.
 - يجب أن يتصل مكتب الطبيب بخططنا في هذه الحالة حتى تتمكن من التأكد من أنهم يعلمون أنه يتعين عليك دفع حصة المشاركة في الدفع للمصل فقط.
3. أنت تحصل دواء المصل المحدد في القسم D من برنامج Medicare من إحدى الصيدليات وتأخذه لعيادة طبيبك ليعطيك الحقنة.
 - بالنسبة لمعظم الأمصال المُحددة في القسم D للبالغين، لن تدفع شيئاً مقابل المصل نفسه.
 - أما بالنسبة للأمصال المُحددة في القسم D، فأنت تدفع حصة المشاركة في الدفع مقابل المصل.
 - ستدفع خططنا تكلفة إعطائك الحقنة.



الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية الخاضعة للتغطية

المقدمة

يخبرك هذا الفصل عن كيفية ووقت إرسال الفاتورة لنا لطلب الدفع. وسيخبرك كذلك بكيفية إجراء الطعن إذا لم تكن راضيًا عن قرار بيان المزايا المغطاة. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كاتب الأعضاء لديك.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويتك.....	170
B. إرسال طلب للدفع لنا.....	173
C. قرار بيان المزايا المغطاة.....	174
D. الطعون.....	174



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 وفقاً لـ Blue Shield TotalDual Plan بإصدار فاتورة لك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. وذلك، حيث إننا ندفع لموفري الرعاية مباشرة، ونحمي حقك في عدم دفع أي رسوم.

إذا تلقيت فاتورة بالتكلفة الإجمالية للرعاية الصحية أو الأدوية، لا تدفع الفاتورة وأرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، ارجع إلى القسم B.

- 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، فسنقوم بسدادها لك.
- إذا قمت بالدفع مقابل خدمات Medi-Cal التي تلقيتها بالفعل، فقد تكون مؤهلاً للحصول على تعويض (استرداد) إذا كنت تستوفي جميع الشروط التالية:
 - الخدمة التي تلقيتها هي خدمة مغطاة من Medi-Cal ونحن مسؤولون عن دفعها. لن نقوم بتعويضك عن خدمة لا تغطيها Blue Shield TotalDual Plan.
 - تلقيت الخدمة الخاضعة للتغطية بعد أن أصبحت عضواً مؤهلاً في Blue Shield TotalDual Plan.
 - طلبك برد المبلغ لك في غضون عام واحد من تاريخ تلقيك الخدمة المغطاة.
 - تقديمك لما يثبت أنك دفعت مقابل الخدمة الخاضعة للتغطية، مثل إيصال تفصيلي من موفر الرعاية.
 - تلقيك الخدمة الخاضعة للتغطية من موفر رعاية مسجل في برنامج Medi-Cal ضمن شبكة Blue Shield TotalDual Plan. لا يتعين عليك استيفاء هذا الشرط إذا تلقيت رعاية الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو خدمات أخرى يسمح برنامج Medi-Cal لموفري الرعاية غير تابع للشبكة بأدائها دون موافقة مسبقة (تصريح مسبق).
- في حال تطلبت الخدمة الخاضعة للتغطية موافقة مسبقة (تصريح مسبق) بشكل اعتيادي، فإنك تحتاج إلى توفير دليلاً من موفر الرعاية يثبت وجود ضرورة طبية للخدمة الخاضعة للتغطية.
- ستخبرك Blue Shield TotalDual Plan 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 Blue Shield TotalDual Plan كامل المبلغ الذي دفعته. سنقوم بتعويضك خلال 45 يوم عمل من تاريخ استلام المطالبة. إذا كان موفر الرعاية مسجلاً في برنامج Medi-Cal، ولكنه غير مسجل في شبكتنا ورفض رد المبلغ لك، سترد Blue Shield TotalDual Plan المبلغ لك، ولكن بما يصل إلى المبلغ الذي سيدفعه لخدمات FFS Medi-Cal. سوف تسدد Blue Shield TotalDual Plan مبلغ المصاريف النظرية بالكامل مقابل خدمات الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو أي خدمة أخرى تسمح Medi-Cal بتقديمها من قبل موفري الرعاية غير التابعين للشبكة دون موافقة مسبقة. في حال عدم استيفائك لأي من الشروط المذكورة أعلاه، فلن نرد لك المبلغ.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- لن نرد لك المبلغ إذا:
 - طلبت وتلقيت خدمات غير مغطاة بموجب برنامج Medi-Cal، مثل خدمات التجميل.
 - كانت الخدمة غير مغطاة بموجب Blue Shield TotalDual Plan.
 - أنك ذهبت إلى طبيب ليس تابعًا لبرنامج Medi-Cal ووقعت على نموذج يفيد بأنك تريد زيارة أي موفر رعاية وأنتك ستمدفع مقابل الخدمات بنفسك.
- إذا لم نقم بتغطية 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، يمكننا مساعدتك. ويمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تريد أن نخبرنا بمعلومات تتعلق بطلب للدفع أرسلته إلينا من قبل.

فيما يلي أمثلة على الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد ما دفعته أو دفع التكلفة التي نتحملها بموجب فاتورة تلقيتها:

1. عندما تتلقى رعاية طوارئ أو رعاية صحية عاجلة من موفر رعاية غير تابع للشبكة

اطلب من الموفر أن يعد لنا فاتورة.

 - في حال دفعت المبلغ كاملاً عند تلقيك الرعاية، فطالبنا برد 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 مباشرة.
 - إذا كنت قد دفعت أكثر من الجزء الذي تتحمله من تكلفة خدمة 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 يُعدّوا لنا فاتورة دائماً. من المهم إظهار بطاقة مُعرّف عضويتك عندما تحصل على أي خدمات أو وصفات طبية. لكن في بعض الأحيان يخطئون، ويطلبون منك دفع ثمن خدماتك أو حصة أكبر من حصتك في التكاليف. اتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا تلقيت أي فواتير.

 - بصفتك عضواً 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 أيضاً إذا دفعنا لموفر الرعاية رسوماً أقل من رسومه مقابل الخدمة. إذا قررنا ألا ندفع بعض الرسوم، فستظل لن تدفعها.
 - متى تلقيت من موفر الرعاية التابع لشبكة التأمين فاتورة 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 الشبكة مقابل الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare، ولكنك ترى أنك دفعت مبلغًا كبيرًا جدًا، فأرسل إلينا الفاتورة وأي مستندات بأي مبالغ قمت بدفعها. فسنرد إليك الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ الذي يجب أن تدفعه طبقًا لخطينا.

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 لشبكة التأمين، ستدفع تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا بالكامل.

- في حالات قليلة فقط، سوف نوفر التغطية للوصفات الطبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة للشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد قيمة الجزء الذي نتحمله من التكلفة..
- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.

5. عندما تدفع التكلفة الكاملة لوصفة طبية لأنك لم تكن تحمل بطاقة معرف عضويتك

إذا لم تكن تحمل معك بطاقة معرف 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 معرف عضويتك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد قيمة الجزء الذي نتحمله من التكلفة..

6. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة لدواء غير مشمول بالتغطية

يمكنك دفع تكلفة الوصفة الطبية كاملة لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا 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 الطبيب أو مقدم وصفات آخر لكي نرد إليك الجزء الذي نتحمله من تكلفة الدواء.
- عندما ترسل إلينا طلبًا 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 على قرارنا. لمعرفة كيفية إجراء طعن، ارجع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

B. إرسال طلب للدفع لنا

أرسل لنا فاتورتك وإثباتًا لأي مبلغ قمت به مقابل خدمات Medicare أو اتصل بنا. 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 معلوماتك الطبية إلينا خلال عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة أو العنصر أو الدواء. يجب عليك إرسال معلومات الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D في غضون ثلاث سنوات من تاريخ تلقك الخدمة أو العنصر أو الدواء.

للتأكد من تزويدنا بجميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ القرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لطلب الدفع.

- ليس مطلوبًا 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 TotalDual Plan
Medicare Customer Service
P.O. Box 927
Woodland Hills, CA 91365-9856

مطالبات الأدوية المقررة بوصفات طبية:

Blue Shield of California
P.O. Box 52066
Phoenix, AZ 85072-20

يجب أن تقدم لنا مطالبتك الطبية في غضون عامًا واحدًا من تاريخ تلقك الخدمة أو العنصر أو الدواء. يجب أن تقدم لنا مطالبتك بالدواء المقرر بوصفة القسم D طبية في غضون ثلاثة أعوام من تاريخ تلقك الخدمة أو العنصر أو الدواء.



C. قرار بيان المزايا المغطاة

عندما نتلقى منك طلبًا بالدفع، نتخذ قرارًا بالتغطية. 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.

- سوف نُعلمك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو البند أو الدواء واتبعنا جميع القواعد المتعلقة بالحصول عليها، فسوف ندفع لك الجزء الذي نتحمله من تكلفتها. وإذا كنت قد دفعت تكلفة الخدمة أو الدواء، فسوف نرسل إليك شيكًا بقيمة الجزء الذي نتحمله من التكلفة عبر البريد. إذا لم تدفع، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرةً.
- يشرح **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك قواعد تغطية خدماتك. يشرح **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك قواعد حصولك على تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية بالقسم D من برنامج Medicare.
- في حال قررنا ألا ندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، فنرسل 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 بالطعن. يمكنك أيضًا تقديم طعن إذا لم توافق على المبلغ الذي سندفعه.

تتضمن عملية الطعون الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية مفصلة. لمعرفة المزيد حول الطعون، يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

- 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**.



الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

المقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك كعضو في خطتنا. يتعين علينا احترام حقوقك. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

جدول المحتويات

176	A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلي احتياجاتك.....
177	B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة.....
178	C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI).....
178	C1. الخاصة بك PHI
179	C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية
179	D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك.....
181	E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرة.....
181	F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا.....
181	G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية.....
181	G1. حقك في التعرف على الخيارات العلاجية واتخاذ القرارات
182	G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث في حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك
183	G3. ما الذي يمكنك فعله حيال عدم الالتزام بالتعليمات الخاصة بك
183	H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا.....
183	H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك
183	I. مسؤولياتك كعضو في الخطة.....



A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات لك بطريقة مختصة ثقافياً ويمكن الوصول إليها. 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. تحتوي خطتنا على خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضاً المواد بلغات أخرى غير الإنجليزية وبتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو الصوت أو التنسيقات البديلة دون أي تكلفة إذا كنت في حاجة إليها. يمكن أيضاً توفير المواد باللغات الأرمينية والكمبودية والصينية والفارسية والهندية والهمونغية واليابانية والكورية واللاوسية والمينية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء.
- إذا كانت لديك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى:

Blue Shield of California Civil Rights Coordinator
P.O. Box 629007
El Dorado Hills, CA 95762- 9007

الهاتف: (844) 831-4133 (TTY: 711)
الفاكس: (844) 696-6070

البريد الإلكتروني: BlueShieldCivilRightsCoordinator@blueshieldca.com

- 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 TotalDual Plan.
 - ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield TotalDual باللغة والصيغة المفضلة لديك في ملفاتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual.
- إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل لغوية أو إعاقة وتريد تقديم شكوى، تواصل مع:
- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحاً إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



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

لديك حقوق بصفتك عضوًا في خطتنا.

- يحق لك اختيار موفر الرعاية الأولية (PCP) في شبكتنا. موفر الرعاية التابع للشركة هو موفر رعاية يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع موفر الرعاية الذين قد يعملون بصفتهم PCP وكيفية اختيار PCP في **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
 - يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو الاطلاع على دليل موفري الرعاية والصيديات لمعرفة الأطباء الذين يستقبلون مرضى جددًا.
 - لديك الحق في الاستعانة بأخصائي صحة المرأة دون الحصول على إحالة. الإحالة هي موافقة من PCP الخاص بك على الاستعانة بموفر الرعاية 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 الأخصائيين 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 موافقة مسبقة (PA).
 - يحق لك الحصول على أدويةك المقررة بوصفة طبية من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخير لفرات طويلة.
 - يحق لك معرفة الحالات التي يمكنك فيها الاستعانة بخدمات موفر رعاية غير تابع لشبكتنا. المعرفة المزيد عن موفري الرعاية غير التابعين للشبكة، راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
 - عندما تنضم لخطتنا لأول مرة، يكون لك الحق في الاحتفاظ بخدمات موفري الرعاية وتصريحات الخدمة الحالية لمدة تصل إلى 12 أشهر 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.
- يوضح **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك 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 الشخصية (PHI)

نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) على النحو الذي تحدده القوانين الاتحادية وقوانين الولاية.

تتضمن PHI الخاصة بك المعلومات التي أعطيتها لنا عند تسجيلك في هذه الخطة. ويتضمن هذا أيضًا سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية والطبية الأخرى.

لديك حقوق عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام الخاصة بك PHI. كذلك، سوف نعطيك إشعارًا مكتوبًا يوضح لك هذه الحقوق، ويشرح لك أيضًا كيفية حماية خصوصية الخاصة بك PHI. ويسمى هذا الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".

لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على إذن من أي عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبة للحصول على خدمات حساسة. ستقوم Blue Shield TotalDual Plan بتوجيه المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي البديل المعين للعضو، أو عنوان البريد الإلكتروني، أو رقم الهاتف، أو، في حالة عدم وجود تعيين، باسم العضو الموجود على العنوان أو رقم الهاتف الموجود في الملف. لن تفصح Blue Shield TotalDual Plan عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر دون الحصول على إذن كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. ستلبي Blue Shield TotalDual 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 الرابط Privacy (الخصوصية) الموجود أسفل الصفحة الرئيسية. هناك يمكنك العثور على إشعار ممارسات الخصوصية ونموذج المراسلات السرية.

2. اتصل برقم هاتف خدمة العملاء الموجود على بطاقة معرف عضوية Blue Shield الخاصة بك.

3. اتصل بمكتب الخصوصية لدى Blue Shield of California على الرقم المجاني (888) 266-8080. ولمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711.

4. راسلنا عبر البريد الإلكتروني على: privacy@blueshieldca.com

C1. كيف نحمي الخاصة بك PHI

نحن نتأكد من عدم قيام أي أشخاص غير مصرح لهم بالاطلاع على سجلاتك أو تغييرها.

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نعطي معلوماتك الصحية الشخصية 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 تحتاج للحصول فيها على تصريح مكتوب منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يجب علينا إصدار الخاصة بك PHI للوكالات الحكومية للتحقق من جودة الرعاية التي تقدمها خطتنا.

- يجب علينا الإفصاح عن PHI بأمر من المحكمة.

- يجب علينا أن نعطي Medicare الخاصة بك PHI. إذا أفصح برنامج Medicare عن الخاصة بك PHI لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فإنه يفعل ذلك وفقًا للقوانين الفيدرالية.



- يجب علينا تقديم PHI من Medi-Cal لأننا نقوم بما يلي:
 - المساعدة في إدارة رعايتك الصحية والعلاج الذي تتلقاه
 - تشغيل مؤسستنا
 - السداد نظير خدمات الرعاية الصحية التي تتلقاها
 - إدارة خطتك الصحية
 - المساعدة في مسائل الصحة والسلامة العامة
 - إجراء الأبحاث
 - الامتثال للقانون
 - الرد على طلبات التبرع بالأعضاء والأنسجة والتعاون مع الطبيب الشرعي أو منظم الجنازات
 - معالجة طلبات تعويض العمال وإنفاذ القانون وطلبات حكومية أخرى
 - التعامل مع القضايا والإجراءات القانونية

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- لك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة منها.
- 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 الخاصة بك PHI مع الآخرين وكيفية ذلك.
- إذا كانت لديك أسئلة أو استفسارات بشأن خصوصية الخاصة بك PHI، اتصل بخدمة العملاء.

D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك

- بصفتك عضوًا في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا وموفري الخدمات التابعين لشبكتنا وخدماتك المغطاة.
- إذا لم تكن تتحدث اللغة الإنجليزية، نوفر لك خدمات ترجمة فورية للرد على الأسئلة التي لديك عن خطتنا. للحصول على مترجم، اتصل بخدمة العملاء. هذه خدمة مجانية لك. يتوفر كتيب الأعضاء وغيره من المواد المهمة بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يمكن أيضًا توفير المواد باللغات الأرمنية والكمبودية والصينية والفارسية والهندية والهمونغية واليابانية والكورية واللاوسية والمينية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة برايل 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 خطتك أو تغييرها

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- خططنا، متضمنة:
 - المعلومات المالية
 - كيفية تقييم أعضاء الخطة لنا
 - عدد الطعون التي قدمها الأعضاء
 - كيفية إلغاء التسجيل في خطتنا
- موفري الرعاية التابعين لشبكتنا والصيدليات التابعة لشبكتنا أيضاً، متضمنة:
 - كيفية اختيار أو تغيير موفري الرعاية الأولية
 - مؤهلات موفري الرعاية والصيدليات في شبكتنا
 - كيفية دفعنا التكاليف لموفري الرعاية في شبكتنا
- الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية، بما في ذلك:
 - الخدمات (راجع **الفصلين 3 و4** من كُتِيب *الأعضاء الخاص بك*) والأدوية (راجع **الفصلين 5 و6** من كُتِيب *الأعضاء الخاص بك*) 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 الخاص بك*)، متضمنة مطالبتنا بما يلي:
 - توضيح سبب عدم تغطيتنا لعنصر ما كتابةً
 - تغيير قرار اتخذناه
 - تسديد قيمة فاتورة تلقيتها



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 الرعاية فرض رسوم عليك مقابل خدمات خاضعة للتغطية، راجع **الفصل 7** من كتيب 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 برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- ويمكنك الحصول على مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية بالقسم D في Medicare من خلال خطة للأدوية المقررة بوصفة طبية أو من خلال خطة MA أخرى.
- لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 10** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
 - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى برنامج MA الجديد أو خطة مزايا الأدوية المقررة بوصفة طبية.
 - للحصول على معلومات حول كيفية حصولك على مزايا برنامج Medi-Cal إذا تركت خطتنا.

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 واتخاذ القرارات

ويجب على موفري الرعاية 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 بالأفعال 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 كاملةً عما يحدث لك.



- **اطلب منا تفسير سبب رفض موافق ما لرعايتك.** لك الحق في الحصول على تفسير منا في حال رفض موافق تقديم رعاية لك ترى أنك تستحقها.

- **اطلب منا تغطية خدمة أو دواء رفضناه من قبل أو لا تغطيه عادةً.** وهذا ما يُطلق عليه اسم "قرار بيان المزايَا المغطاة". يوضح **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك كيف تطلب منا قرار تغطية.

G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث في حال كنت غير قادر على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك

أحيانًا يكون بعض الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث هذا لك، يمكنك:

- تحرير نموذج مكتوب لمنح شخص ما الحق في اتخاذ قرارات رعاية صحية تخصك.
 - **منح أطباءك تعليمات مكتوبة** عن كيفية التعامل مع أمر الرعاية الصحية التي تحصل عليها إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قراراتك بنفسك، بما في ذلك الرعاية التي لا ترغب بها.
- يسمى المستند القانوني الذي تستخدمه لإعطاء توجيهاتك "توجيه مسبق". هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. ومن الأمثلة على ذلك وصية الأحياء وتوكيل الرعاية الصحية.

ليس من الضروري أن يكون لديك توجيه مسبق، ولكن يمكنك الحصول عليه. إليك ما يجب فعله إذا كنت تريد استخدام التوجيه المسبق:

- **الحصول على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج من الطبيب أو المحامي أو وكالة خدمات قانونية أو أخصائي اجتماعي. غالبًا ما يكون لدى الصيدليات ومكاتب موفري الرعاية النماذج. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء لطلب النموذج.
- **ملء النموذج وتوقيعه.** يعد هذا النموذج مستندًا قانونيًا. يجب أن تفكر في الاستعانة بمحامٍ أو أي شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد العائلة أو PCP الخاص بك، لمساعدتك في إكمال ذلك.
- **أعطي نسخًا للأشخاص الذين ينبغي أن يعرفون ذلك.** يجب أن تعطي نسخة من النموذج لطبيبك المعالج. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة منه للشخص الذي عينته ليتخذ القرارات التي تخصك نيابة عنك. قد ترغب في إعطاء نسخ لأصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.
- إذا تم احتجازك في المستشفى وكنت قد وقَّعت على نموذج توجيه مسبق، **فخذ معك نسخة منه للمستشفى.**
 - في المستشفى، سيتم سؤالك عما إذا كنت قد وقَّعت على نموذج توجيه مسبق أم لا وما إذا كنت قد أحضرته معك أم لا.
 - إذا لم يكن لديك نموذج توجيه مسبق موقع، فإن المستشفى لديها نماذج وسوف يسألك عما إذا كنت تريد التوقيع على واحد.

لديك الحق في:

- وضع توجيهاتك المسبقة في سجلاتك الطبية،
- تغيير أو إلغاء توجيهك المسبق في أي وقت.
- معرفة التغييرات التي تطرأ على القوانين الخاصة بالتوجيهات المسبقة. ستخبرك Blue Shield TotalDual Plan بالتغييرات التي طرأت على قانون الولاية في موعد لا يتجاوز 90 يومًا من التغيير.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

G3. ما الذي يمكنك فعله حيال عدم الالتزام بالتعليمات الخاصة بك

إذا قمت بالتوقيع على توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى Livanta (منظمة تحسين الجودة في كاليفورنيا) على الرقم (855) 887-6668 (TTY: (855) 887-6668) أو مراسلة: Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701

H. حَقِّك في تقديم شكوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا

الفصل 9 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك ما يمكنك فعله إذا واجهت أي مشكلات أو تخوفات بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو 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 كُتِيب الأعضاء الخاص بك - أو إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول حقوقك، يمكنك التواصل مع:

- خدمة العملاء على الرقم (711) (TTY: 1-800-452-4413)
- برنامج التأمين الصحي والإرشاد (HICAP) على الرقم (711) (TTY: 1-800-434-0222). (لمزيد من المعلومات حول HICAP، راجع القسم E من **الفصل 2**.)
- برنامج Ombuds على الرقم 1-888-452-8609. لمزيد من المعلومات حول هذا البرنامج، راجع **الفصل 2** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.
- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections" (حقوقك وسبل الحماية في Medicare) الموجودة على موقع Medicare الإلكتروني على الرابط: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)

A. مسؤولياتك كعضو في الخطة

بصفتك عضوًا في الخطة، تتحمل مسؤولية القيام بالأشياء المذكورة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمة العملاء.

- **اقرأ كُتِيب الأعضاء** لمعرفة ما تغطيته خطتنا والقواعد الواجب اتباعها للحصول على تغطية الخدمات والأدوية. لمزيد من التفاصيل حول:



- الخدمات الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 3 و 4** من كتيب الأعضاء الخاص بك. في هذين الفصلين، سوف نتعرف على ما تتم تغطيته وما لا تتم تغطيته، إضافة إلى القواعد التي يتعين عليك اتباعها والتكلفة التي ستدفعها.
- الأدوية الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 5 و 6** من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- أخبرنا عن أي تغطية أخرى تشترك بها للرعاية الصحية أو الأدوية المقررة بوصفها طبية. 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 مُعرّف عضويتك الخاصة بك عندما تحصل على الخدمات أو الأدوية.
- ساعد أطباءك المعالجين وموفري الرعاية الصحية الآخرين على أن يقدموا لك الرعاية المثلى.
- وقر 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 يتضمن الأدوية المقررة بوصفها طبية والأدوية غير المقررة بوصفها 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.
- احرص على التحلي بخلق مراعاة لمشاعر الآخرين. نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. ونتوقع أيضاً أنك ستتصرف بطريقة نابعة عن الاحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومقرات موفري الرعاية الآخرين.
- ادفع ما عليك. بصفتك عضواً في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - أقساط التأمين بالقسمين A و B في Medicare. بالنسبة لغالبية أعضاء Blue Shield TotalDual Plan، فإن برنامج Medi-Cal يدفع قسط التأمين المُدرج في القسم A من برنامج Medicare الخاص بك وقسط التأمين المُدرج في القسم B من برنامج Medicare الخاص بك.
 - بالنسبة إلى بعض الخدمات والمساعدات أو الأدوية طويلة الأجل الخاضعة لتغطية الخطة، يتعين عليك دفع الجزء الذي تتحمله من التكلفة عند حصولك على الخدمة أو الدواء. وهذا سيكون مبلغ المشاركة في الدفع (مبلغ ثابت). يوضح الفصل 4 ما يجب عليك دفعه مقابل خدماتك ودعمك على المدى الطويل. يوضح الفصل 6 التكاليف التي يجب عليك سدادها للحصول على أدويةك.
 - إذا كنت تحصل على أي خدمات أو أدوية ليست خاضعة لتغطية الخطة، يجب عليك دفع كامل التكلفة. (ملاحظة: إذا لم تكن موافقاً على قرارنا بعدم تغطية إحدى الخدمات أو أحد الأدوية، يمكنك الطعن عليه. 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 هذه الخطة. لا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا. يوضح الفصل 1 من دليل الأعضاء الخاص بك منطقة خدمتنا.
 - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستنتقل خارج منطقة خدمتنا. خلال فترة التسجيل الخاص، يمكنك الانتقال إلى برنامج Original Medicare أو التسجيل في إحدى خطط Medicare للرعاية الصحية أو الأدوية المقررة بوصفها طبية في موقعك الجديد. ويمكننا إخبارك إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
 - أخبر مسؤولي Medicare وMedi-Cal بعنوانك الجديد إذا غيرت محل إقامتك. ارجع إلى الفصل 2 من كُتِيب الأعضاء الخاص بك للحصول على أرقام هواتف Medicare وMedi-Cal.
 - إذا غيرت محل إقامتك داخل منطقة خدمتنا، سنزال بحاجة إلى معرفة ذلك. يجب علينا الإبقاء على سجل عضويتك محدثاً ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- 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 مشكلات.



الفصل 9. الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والطعون والشكاوى)

المقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات عن حقوقك. اقرأ هذا الفصل لتعرف ما الذي يجب عليك فعله إذا:

- واجهتك مشكلة أو كان لديك شكوى تتعلق بخطتك.
- كنت بحاجة إلى خدمة أو دواء أو شيء ما قررت الخطة عدم دفع تكلفته.
- لم توافق على قرار اتخذته الخطة التي تشترك بها 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 (CBAS) ومركز خدمات التمريض (NF).

ينقسم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على ما تبحث عنه بسهولة. إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فاقرأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.

يجب أن تحصل على خدمات الرعاية الصحية والأدوية والخدمات والمساعدات طويلة الأجل التي حددها لك طبيبك المعالج 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 Ombuds على الرقم 1-855-501-3077 لطلب المساعدة. يشرح لك هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لديك لحلّ المشكلات والشكاوى المختلفة، ولكن يمكنك دائماً الاتصال ببرنامج Ombuds ليكون دليلاً إرشادياً لك في التعامل مع مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء الخاص بك.



جدول المحتويات

189	A. ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشكلة أو مخاوف.....
189	A1. حول المصطلحات القانونية
189	B. أماكن الحصول على المساعدة.....
189	B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة،
190	C. فهم شكوى وطعون Medicare وMedi-Cal في خطتنا.....
191	D. المشكلات المتعلقة بالمزايا.....
191	E. قرارات التغطية والطعون المتعلقة بها.....
191	E1. قرارات بيان المزايا المغطاة
192	E2. الطعون
192	E3. مساعدة بشأن قرارات التغطية والطعون
193	E4. القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل
193	F. الرعاية الطبية.....
194	F1. استخدام هذا القسم
194	F2. طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة
196	F3. تقديم طعن من المستوى 1
199	F4. تقديم طعن من المستوى 2
204	F5. مشكلات الدفع
205	G. العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare.....
205	G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare.
206	G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare
208	G3. أمور مهمة تجب معرفتها بشأن طلب استثناء
209	G4. طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء
211	G5. تقديم طعن من المستوى 1



213	G6. تقديم طعن من المستوى 2
214	H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى.....
215	H1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare
216	H2. تقديم طعن من المستوى 1
217	H3. تقديم طعن من المستوى 2
218	H4. تقديم طعن بديل من المستوى 1
219	H5. تقديم طعن بديل من المستوى 2
220	I. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة.....
220	I1. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك
220	I2. تقديم طعن من المستوى 1
222	I3. تقديم طعن من المستوى 2
223	I4. تقديم طعن بديل من المستوى 1
223	I5. تقديم طعن بديل من المستوى 2
224	J. تصعيد الطعن إلى ما بعد المستوى 2.....
224	J1. الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare
225	J2. طعون برنامج Medi-Cal الإضافية
226	J3. مستويات الطعون 3 و4 و5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare
227	K. كيفية تقديم شكوى.....
227	K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها
229	K2. الشكاوى الداخلية
230	K3. الشكاوى الخارجية



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، ويُطلق عليها 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 "قرار التغطية"
- قرار بيان المزايا المغطاة السريع بدلاً من "القرار العاجل"
- "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) بدلاً من "مؤسسة المراجعة المستقلة" (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 برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم

يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج HICAP أن يردوا على استفساراتك ومساعدتك على فهم ما عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. ويعتبر برنامج HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى. ويتوفر في برنامج HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجانًا. رقم هاتف برنامج (HICAP) هو 1-800434-0222.

مساعدة من برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare Medi-Cal Ombuds والتحدث مع أحد المحامين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. أنهم يوفرون المساعدة القانونية المجانية. إن برنامج Ombuds ليس مرتبطًا بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتفهم هو 1-888-804-3536 وموقعه 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 برنامج Medicare:

- اتصل على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. وعلى مستخدم TTY الاتصال على 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على العنوان (www.medicare.gov).

المساعدة ومعلومات عن برنامج Medi-Cal**مساعدة من إدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا**

يمكن أن يساعدك مكتب الشكاوى والتظلمات للرعاية المدارة من Medi-Cal التابع لـ DHCS، حيث يمكنهم مساعدتك إذا واجهتك مشاكل في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو مغادرتها، كما يمكنهم المساعدة إذا انتقلت إلى مكان آخر وواجهتك صعوبة في نقل خدمات برنامج Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بمكتب الشكاوى والتظلمات من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً على الرقم 1-888-452-8609.

المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC هي المسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. يساعد 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.HealthHelp.ca.gov.

تتولى إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كانت لديك شكوى ضد خطتك الصحية، فيجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 واستخدام عملية تقديم التظلمات بخطة الرعاية الصحية الخاصة بك 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 قرارًا مرضيًا أو تظلم لم يتم البت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تصبح مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). فإذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، ستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها خطة صحية فيما يتعلق بالضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترحين، وقرارات التغطية للعلاجات التجريبية أو الخاضعة للدراسة وخلافات السداد في حالات الطوارئ أو الخدمات الطبية العاجلة. توفر الإدارة رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط اتصال TDD - (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 IMR، وتعليمات عبر الإنترنت.

C. فهم شكاوى وطعون Medicare و Medi-Cal في خطتنا

متاح لديك Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا برامج Medicare و Medi-Cal. يُطلق على هذا أحيانًا اسم "العملية المتكاملة" لأنها تجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal وتدمج بينهم.



أحياناً لا يمكن الجمع بين عمليات Medicare و Medi-Cal. في تلك الحالات، يمكنك استخدام عملية واحدة للحصول على ميزة Medicare وعملية أخرى للحصول على ميزة Medi-Cal. يشرح القسم F4 هذه المواقف.

D. المشكلات المتعلقة بالمزايا

إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فاقراً 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 أي رعاية طبية، أو أدوية مقررة بوصفة طبية معينة خاضعة للتغطية أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المرتبطة بدفع تكلفة الرعاية الطبية أو ثمن الأدوية المقررة بوصفة طبية.	
<p>لا. لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أم التغطية. راجع القسم K، "كيفية تقديم شكوى".</p>	<p>نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أم التغطية. راجع القسم E، "قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون".</p>

E. قرارات التغطية والطعون المتعلقة بها

تختص عملية طلب اتخاذ قرارات التغطية وتقديم الطعون بمتابعة المشكلات المتعلقة بالفوائد والتغطية المقدمتين لك. وتتضمن العملية أيضاً متابعة مشكلات الدفع.

E1. قرارات بيان المزايا المغطاة

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويةك وخدماتك الطبية. على سبيل المثال، يتخذ طبيبك التابع لشبكة خطتك قرار بيان المزايا المغطاة تغطية (مناسباً) لك عندما تتلقى رعاية طبية منهم (راجع الفصل 4، القسم H من كتيب الأعضاء الخاص بك).

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 أن تحصل عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار التغطية نيابةً عنك.

ونتخذ قرار التغطية عندما نحدد ما يخضع للتغطية بالنسبة لك والمبلغ الذي ندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن إحدى الخدمات أو الأدوية غير مغطاة أو لم تعد مغطاة من قبل Medicare أو Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم طعن.



E2. الطعون

إذا اتخذنا قرار بيان المزايا المغطاة ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، فيمكنك "الطعن" على 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. في هذا الطعن، نقوم بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. يتعامل المراجعون المختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير المواتي مع طعنك.

في معظم الحالات، يجب عليك البدء في الطعن من الدرجة الأولى (1). إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك، أو إذا كنت تشعر بالألم شديد وتحتاج إلى قرار فوري، فيمكنك طلب IMR من إدارة الرعاية الصحية المدارة على www.dmhc.ca.gov. راجع الصفحة رقم 204 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 عاجل" أو "سريع" أو "طعن سريع" لقرار بيان المزايا المغطاة.

إذا رفضنا جزءًا مما طلبته أو كل ما طلبته، سنرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة طبية أو عنصر من برنامج Medicare أو الأدوية المحددة في القسم B، 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 من 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 كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر يغطيه كل من Medicare و Medicaid، فسيزودك الخطاب بمعلومات بخصوص كلا النوعين من الطعون 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 التغطية والطعون

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- خدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج Medicare Medi-Cal Ombuds على 1-855-501-3077.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.
- مركز المساعدة بإدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC هي المسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. يساعد 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.HealthHelp.ca.gov.
- تحدث مع طبيبك أو موفر رعاية آخر. يمكن لطبيبك أو موفر رعاية آخر مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو الطعن بالنيابة عنك.
- صديق أو فرد من أفراد العائلة. ويمكنك اختيار شخص آخر ليكون "ممثلًا" 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 الحصول 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 التظلمات في Medicare Medi-Cal على الرقم 1-888-804-3536.

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، "العقاقير المقررة بوصفة طبية من 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 (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 بالولاية.

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.

يتناول هذا القسم مزايا الرعاية والخدمات الطبية الموضحة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء. نشير بشكل عام إلى "تغطية الرعاية الطبية" أو "الرعاية الطبية" في بقية هذا القسم. ويشمل مصطلح "الرعاية الطبية" الخدمات والعناصر الطبية بالإضافة إلى العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare، وهي عقاقير دوائية يعطيها طبيبك أو اختصاصي الرعاية الصحية. وقد تنطبق قواعد مختلفة على العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare. وعندما



تتطبق القواعد، نوضح كيف تختلف قواعد العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare عن القواعد الخاصة بالخدمات والعناصر الطبية.

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 لنا 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 مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية، 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:

- الاتصال: 711 TTY: 452-4413 (800).



- الفاكس: (877) 251-6671.
- المراسلة:

Blue Shield TotalDual 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 بشأن:

- خدمة أو عنصر طبي خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد حصولنا على طلبك. بالنسبة إلى خطط Knox-Keene، خلال 5 أيام عمل، وفي موعد لا يتجاوز 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد حصولنا على طلبك.
- عقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك.

قرار بيان المزايا المغطاة السريع

المصطلح القانوني "لقرار بيان المزايا المغطاة السريع" هو "القرار العاجل".

عندما تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن رعايتك الطبية وتتطلب صحتك استجابة سريعة، اطلب منا اتخاذ "قرار بيان المزايا المغطاة السريع". ويعني قرار بيان المزايا المغطاة السريع أننا سنقدم إليك ردًا بشأن:

- خدمة أو عنصر طبي خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلبك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الطبية تتطلب استجابة أسرع.
- عقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare خلال 24 ساعة بعد حصولنا على طلبك.

للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع، يجب أن تستوفي متطلبين:

- أن تطلب التغطية لرعاية طبية لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع بشأن دفع تكاليف الرعاية الطبية 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 من دون دعم من 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 ونستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يأتي:
 - نمحك 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 كله أو جزءاً منه، فسنرسل إليك خطاباً 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 قانونياً للقيام بذلك، أو
 - إذا طلبت سحب طلبك.

إذا رفضنا طلباً للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة، فسنرسل إليك إشعاراً يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض. وتسمى هذه المراجعة طعناً. وتتم مناقشة الطعون في القسم التالي.

F3.. تقديم طعن من المستوى 1

لبدء إجراءات الطعن، يجب عليك أو على طبيبك أو من يملك الاتصال بنا. اتصل بنا على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711).

اطلب طعناً عادياً أو طعناً سريعاً كتابياً أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

- إذا طلب طبيبك أو مقدم وصفات طبية 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 لتقويض 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. في حال لم نحصل على النموذج في غضون 44 يوماً من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طلب الطعن:
 - سنرفض طلبك،
 - سنرسل إليك إشعاراً كتابياً يوضح حقك في مطالبة منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا برفض طعنك.
- يجب عليك طلب الطعن خلال 60 يوماً من أيام التقويم الميلادي 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 الجويهة 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 كنت ستقدم طعنًا في قرار اتخذناه بشأن تغطية رعاية لم تحصل عليها، فستقرر أنت و/أو طبيبك ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع.
 - نمحك طعنًا سريعًا تلقائيًا إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تستدعي ذلك. إذا طلبت من دون دعم من طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على طعن سريع أم لا.
 - إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تلي 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 الطعن.
 - 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 10 أيام من أيام التقويم الميلادي من تاريخ خطابنا أو بحلول تاريخ السريان المقرر للإجراء، أيهما أبعد.
 - إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو العنصر من دون أي تغييرات في أثناء النظر في الطعن من المستوى 1.
 - ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (غير المتعلقة بطعنك) من دون أي تغييرات.
 - إذا لم تقدم الطعن قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على الخدمة أو العنصر في أثناء انتظارك قرار الطعن.
- ننظر في طعنك ونوافقك بالرد.**
- عندما نراجع طعنك، فإننا نلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطعنك لتغطية الرعاية الطبية.

- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما رفضنا طلبك.
 - نجمع مزيداً 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 نوافق بالرد في غضون **72 ساعة من حصولنا على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة أسرع.** سنوافق بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

○ إذا لم نوافق بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. لاحقاً 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.**

- **إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه،** فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقتنا عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- **إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه،** فسنرسل طعنك إلى منظمة المراجعة المستقلة لإجراء طعن من المستوى 2.

ثمة مواعيد نهائية للطعن العادي.

- عندما نتبع المواعيد النهائية العادية، يجب أن نوافق بالرد في غضون **30 يوماً من أيام التقويم الميلادي** بعد حصولنا على طعنك الخاص بتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفه طبية من القسم B في برنامج Medicare ولم تحصل عليه، فسندوافق بالرد في غضون **7 أيام من أيام التقويم الميلادي** بعد حصولنا على طعنك أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نوافق بالرد بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. في القسم F4، 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.**
- **إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه،** فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقتنا عليها أو تقديمها في غضون 30 يوماً من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تلقينا طلب الطعن، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي من تاريخ حصولنا على طعنك إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفه طبية من القسم B في برنامج Medicare.

إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فلدك حقوق طعن إضافية:

- **إذا رفضنا جزءاً مما طلبته أو كل ما طلبته،** فسنرسل إليك خطاباً.
- 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، فسنرسل 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، فسنرسل 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. ولكن لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية.
 - إذا كنت مؤهلاً 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 طعون المستوى 1.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medicare فقط، فلن تستمر مزايا هذه الخدمة خلال عملية الطعون من المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medi-Cal فقط، فستستمر مزايا هذه الخدمة إذا قدمت طعنًا من المستوى 2 في غضون 10 أيام من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي الخطاب الذي يتضمن قرارنا.
- عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو عنصر يغطيه برنامج Medicare عادةً
تراجع IRO طعنك. وهي منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare.

الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو "مؤسسة المراجعة المستقلة"، واختصاره "IRE".

- هذه المنظمة ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. اختار برنامج Medicare الشركة لتكون IRO، ويشرف على عملها.
- نرسل معلومات حول طعنك ("ملف حالتك") إلى هذه المنظمة. ولديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.
- لديك الحق في إعطاء منظمة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لدعم الطعن.
- يدرس المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة جميع المعلومات المتعلقة بالطعن 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 توافيك بالرد على طعن المستوى 2 خلال 72 ساعة من تلقي الطعن.

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 أو خدمة طبية، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن توافيك بالرد على طعن المستوى 2 في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تلقي الطعن.
- إذا كان طلبك يتعلق بعقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن توافيك بالرد على طعن المستوى 2 في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي من تلقي الطعن.

في حال منحتك IRO ردها كتابيًا مع توضيح الأسباب.

- إذا وافقت IRO على طلب الحصول على عنصر أو خدمة طبية كله أو جزء منه، فيجب علينا تنفيذ القرار على الفور:
 - التصريح بتغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة، أو
 - تقديم الخدمة خلال 5 أيام عمل بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات العادية، أو
 - تقديم الخدمة خلال 72 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار IRO للطلبات العاجلة، أو
- إذا وافقت IRO على طلب الحصول على عقار مقرر بوصفة طبية من القسم B في برنامج Medicare، فيجب علينا التصريح بالعقار المقرر بوصفة طبية 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، أو
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة طعنك كله أو جزءًا منه، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا 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 قدمًا 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 الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الطعن من المستوى 2.
 - يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري (ALJ) أو محامٍ محكّم مع الطعن من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على مزيد من المعلومات حول الطعون من المستويات 3 و4 و5.



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) المراجعة الطبية المستقلة

يمكنك تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). من خلال تقديم شكوى، ستقوم إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بمراجعة قرارنا واتخاذ قرار. وتتوفر IMR لأي خدمة أو عنصر طبي بطبيعته يغطيه برنامج Medi-Cal. وتتمثل المراجعة الطبية المستقلة في قيام أطباء غير تابعين لخطتنا أو إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بمراجعة حالتك. إذا تم اعتماد أن IMR في صالحك، 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 علاجًا مقدمًا من برنامج Medi-Cal أو تغييره أو تؤخره لأن خطتنا ترى أنه ليس ضروريًا من الناحية الطبية.
- لن تغطي علاجًا تجريبيًا أو خاضعًا 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 من أيام التقويم الميلادي بالنسبة إلى الطعن العادي أو 72 ساعة، أو قبل ذلك، إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك، بالنسبة إلى الطعن السريع.

ملحوظة: 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 مراجعة طبية مستقلة من المستوى 2 لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة، إلا إذا كان طعنك ينطوي على تهديد وشيك وخطير على صحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو إحدى وظائف الجسم الرئيسية.

يحق لك الحصول على مراجعة طبية مستقلة وجلسة استماع بالولاية، ولكن لا يحق لك الحصول على مراجعة طبية مستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية بشأن القضية نفسها.

في معظم الحالات، يجب عليك تقديم طعن إلينا قبل طلب مراجعة طبية مستقلة. راجع الصفحة 211 للحصول على معلومات حول عملية الطعن من المستوى 1. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أو طلب IMR من مركز المساعدة في DMHC.

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 بألم شديد، فيمكنك إبلاغ DMHC بمشكلتك على الفور من دون المرور أولاً بعملية الطعن الخاصة بنا.



يجب عليك التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة في غضون 6 أشهر بعد أن نرسل إليك قرارًا كتابيًا بخصوص طعنك. قد تقبل إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا طلبك بعد 6 أشهر لسبب وجيه، مثل إصابتك بحالة طبية منعتك من طلب المراجعة الطبية المستقلة في غضون 6 أشهر أو عدم حصولك على إشعار مناسب منا بعملية المراجعة الطبية المستقلة.

اطلب IMR:

- املاً نموذج طلب المراجعة الطبية المستقلة/الشكوى المتاح على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصل بمركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 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. فلا يمكن لمركز الدعم إعادة أي مستندات.
- املاً 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 الرقم 1-888-466-2219. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرسل النماذج وأي مرفقات عن طريق البريد أو الفاكس إلى:

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

- يمكنك أيضًا تقديم طلب IMR/الشكوى ونموذج المساعد المفوض عبر الإنترنت: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint.aspx

إذا تأهلت لإجراء IMR، سترجع DMHC حالتك وترسل لك خطابًا في غضون 7 أيام تقويمية تخبرك بأنك مؤهل لإجراء IMR. وبعد استلام طلبك والمستندات الداعمة من خطتك، فإن قرار IMR سيصدر في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. ويجب أن يصلك قرار المراجعة الطبية المستقلة في غضون 45 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تقديم الطلب المكتمل.

إن كانت حالتك طارئة وكنت مؤهلًا لإجراء IMR، سترجع DMHC حالتك وترسل لك خطابًا في غضون 2 يومين تقويميين لإبلاغك أنك مؤهل لإجراء IMR. وبعد استلام طلبك ووثائقك الداعمة من خطتك، فإن قرار IMR سيصدر في غضون 3 أيام تقويمية. ويجب أن يصلك قرار IMR في غضون 7 أيام تقويمية من تقديم الطلب المكتمل. إذا لم تكن راضيًا عن نتيجة IMR، فلا يزال بإمكانك طلب جلسة استماع بالولاية.



قد تستغرق IMR وقتاً أطول إذا لم تستلم DMHC جميع السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا كنت تستعين بطبيب من خارج 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 إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا حالتك من خلال عملية شكوى المستهلكين العادية. ينبغي حل شكاوك في غضون 30 يوماً 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 نعتمده، 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 يوماً لطلب عقد جلسة استماع بالولاية بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الطعن" إليك بالبريد.

ملحوظة: إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تحصل عليها حالياً سيتم تغييرها أو إيقافها، فسيتبقى لديك عدد أيام أقل لإرسال طلبك إذا أردت الاستمرار في تلقي هذه الخدمة في أثناء انتظار جلسة الاستماع بالولاية. اقرأ "هل ستستمر المزاي التي أحصل عليها خلال طعون المستوى 2" في الصفحة 215 لمزيد من المعلومات.

توجد طريقتان لطلب عقد جلسة استماع بالولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع بالولاية" الموجود في الجزء الخلفي من الإشعار بالإجراء. ويجب عليك توفير جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم بالكامل والعنوان ورقم الهاتف، واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك، وبرنامج (برامج) المساعدات المعنية، إضافة إلى سبب مفصل عن رغبتك في عقد جلسة استماع. وبعد ذلك، يمكنك تقديم طلبك بإحدى هذه الطرق:

- إلى إدارة الرعاية التابعة للمقاطعة على العنوان المبين في الإشعار.
- إلى دائرة الخدمات الاجتماعية التابعة لولاية كاليفورنيا - California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

- إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية - State Hearings Division - على رقم الفاكس 916-651-5210 أو 916-651-2789.

2. يمكنك الاتصال بدائرة الخدمات الاجتماعية بولاية كاليفورنيا على الرقم 1-800-743-8525. ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت أن تطلب جلسة استماع بالولاية عن طريق الهاتف، فيجب أن تدرك أن خطوط الهاتف تكون مشغولة جداً.

يقدم إليك قسم جلسات الاستماع بالولاية قراره كتابياً ويشرح لك الأسباب.



- إذا وافق قسم جلسات الاستماع بالولاية على طلب الحصول على عنصر أو خدمة طبية كله أو جزء منه، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو العنصر أو تقديمهما في غضون 72 ساعة بعد حصولنا على قراره.
- إذا رفض قسم جلسات الاستماع بالولاية طعنك كله أو جزءاً منه، 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 في حال كانت القيمة المالية بالدولار للخدمات أو العناصر التي تريدها تطابق مبلغاً معيناً بحد أدنى. ويتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكّم مع طعن المستوى 3. سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من IRO حقوقاً 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 رسوماً أقل من رسومه مقابل الخدمة أو العنصر الخاضع للتغطية. ولن يُطلب منك أبداً دفع المبلغ المتبقي من أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يجب أن يُطلب منك دفعه هو حصة المشاركة في الدفع للفئة 2: الأدوية المماثلة (البديلة)، المستوى 3: الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة، والفئة 4: الأدوية غير المفضلة، والفئة 5: فئة العقاقير الدوائية المتخصصة.

إذا حصلت على فاتورة تزيد قيمتها على حصة المشاركة في الدفع المقررة لك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية، فأرسل الفاتورة إلينا. ينبغي ألا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بموفر الرعاية مباشرةً ونتولى حل المشكلة. وإذا دفعت الفاتورة، فيمكنك استرداد أموالك من خطتنا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو العناصر.

لمزيد من المعلومات، راجع الفصل 7 من كُتِيب الأعضاء. وهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته أو دفع فاتورة حصلت عليها من موفر الرعاية. كما يوضح كيفية إرسال المستندات الورقية التي تطالبنا بالدفع.

إذا طلبت استرداد المبلغ الذي دفعته، فإنك بذلك تطلب اتخاذ قرار بيان المزايَا المغطاة. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابله خاضعاً للتغطية وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابله خاضعاً للتغطية واتبعت القواعد كلها، فسنرسل إليك حصتنا من تكلفة الخدمة أو العنصر في غضون 60 يوماً من أيام التقويم الميلادي بعد تلقينا طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو العنصر بعد، فسنرسل المبلغ إلى موفر الرعاية مباشرةً. وعندما نرسل المبلغ، يكون الأمر مماثلاً للموافقة على طلبك للحصول على قرار بيان المزايَا المغطاة.
- إذا كانت الخدمة أو العنصر غير خاضعين للتغطية، أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطاباً نخبرك فيه بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو العنصر ونوضح سبب ذلك.

إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، IRO. 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 من أيام التقويم الميلادي بعد تلقينا الطعن.
- إذا طلبت منا أن نرد إليك تكلفة رعاية طبية قد حصلت عليها ودفعت تكلفتها بالفعل، فلا يمكنك طلب طعن سريع.
- إذا رفضنا طعنك وكان برنامج Medicare يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فسنرسل حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة. وسنرسل إليك 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 من أيام التقويم الميلادي. 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 من أيام التقويم الميلادي.
- إذا رفضت IRO طعنك، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي لنا عدم اعتماد طلبك. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن". وستتلقى 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. العقاقير المقررة بوصفة طبية من القسم D في برنامج Medicare

تشمل المزايا التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خطتنا تغطية كثير من العقاقير المقررة بوصفة طبية. ومعظمها من العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare. يوجد عدد قليل من العقاقير الدوائية التي لا يغطيها القسم D في برنامج Medicare ولكن قد يغطيها برنامج Medi-Cal. لا ينطبق هذا القسم إلا على طعون العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare. سنستخدم كلمة "عقار دوائي" في بقية هذا القسم بدلاً من "عقار دوائي من القسم D في برنامج Medicare" في كل مرة. بالنسبة إلى العقاقير الدوائية التي يغطيها برنامج Medi-Cal فقط، اتبع العملية الواردة في القسم E في الصفحة 205.

يجب استخدام العقار الدوائي لدواعي استعمال مقبولة طبيًا حتى تتم تغطيته. ويعني ذلك أن يكون العقار الدوائي معتمدًا من جانب هيئة الدواء والغذاء (FDA) أو مدعومًا بمرجعية طبية معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات بشأن دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا.

G1. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare.

في ما يأتي أمثلة على قرارات بيان المزايا المغطاة التي يمكنك مطالبتنا باتخاذها في ما يتعلق بالعقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare:

- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء، بما في ذلك مطالبتنا بما يأتي:
 - تغطية عقار دوائي من القسم D في برنامج Medicare غير مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بخطتنا أو



○ إلغاء القيود المفروضة على تغطيتنا لعقار دوائي (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)

● سؤالنا عما إذا كان العقار الدوائي خاضعًا للتغطية (على سبيل المثال عندما يكون العقار الدوائي مدرجًا في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بخططنا ولكن يجب علينا اعتماده قبل أن نقوم بتغطيته لك)

ملحوظة: 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 ليس مدرجًا في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا أو تريد منا إلغاء قاعدة أو قيد مفروض على عقار دوائي نغطيه.	تريد منا تغطية عقار دوائي مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا، وتعتقد أنك تستوفي قواعد الخطة أو قيودها (مثل الحصول على موافقة سابقة) 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 وG4.	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 العقاقير الدوائية الخاصة بنا أو إزالة قيد مفروض على عقار دوائي طلب "استثناء كتيب الوصفات".

في ما يأتي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أن تطلب إجراءها أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر:

1. تغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا

- إذا وافقنا على إجراء استثناء وتغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا، فستدفع حصة المشاركة في الدفع التي تنطبق على العقاقير الدوائية في الفئة 4: 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 العقاقير الدوائية المدرجة في قائمة العقاقير الدوائية 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 (البديل) 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 (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 استثناء لك وتجاهلنا قيدًا ما، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ حصة المشاركة في الدفع الذي يتعين عليك دفعه.

- 3. تغيير تغطية عقار دوائي إلى فئة أقل من فئات المشاركة في تحمل التكاليف. يندرج كل عقار دوائي موجود في "قائمة العقاقير الدوائية" الخاصة بنا في فئة من فئات المشاركة في تحمل التكاليف الخمس. بشكل عام، كلما انخفض رقم فئة المشاركة في تحمل التكاليف، قل مبلغ حصة المشاركة في الدفع المطلوب.

يُطلق أحيانًا على المطالبة بدفع سعر أقل مقابل عقار دوائي غير مفضل خاضع للتغطية طلب "التجزئة الفئوية للاستثناء".

- تتضمن قائمة العقاقير الدوائية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة".



- إذا كان العقار الدوائي البديل لحالتك الطبية يقع في فئة مشاركة في تحمل التكاليف أقل من العقار الدوائي الذي تتناوله، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف للعقار الدوائي البديل. 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 مماثلاً، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف لأقل فئة من بدائل العلامة التجارية أو البدائل المماثلة لحالتك.
- لا يمكنك المطالبة بتغيير فئة المشاركة في تحمل التكاليف لأي عقار دوائي في الفئة 5: فئة العقاقير الدوائية المتخصصة.
- إذا وافقنا على طلب التجزئة الفنية 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 تجب 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 بياناً 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 العقاقير الدوائية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة". إذا كان العقار الدوائي البديل بنفس فعالية العقار الدوائي الذي تطلبه ولا يسبب مزيداً من الآثار الجانبية أو المشكلات الصحية الأخرى، فإننا عادةً لا نعتد طلب الاستثناء الخاص بك. إذا طلبت منا التجزئة الفنية 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 تفاعلاً سلبيًا أو ضررًا آخر.
- يمكن 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 على الرقم (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 بالنيابة 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 كتيب الأعضاء.
- إذا طلبت استثناءً، 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 إلكترونيًا من خلال بوابة الأعضاء الآمنة على: https://www.blueshieldca.com/basca/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 تطالبنا برد ما دفعته مقابل 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، فإننا نوافق على ذلك ونمنحك القرار. ونرسل إليك خطابًا لإبلاغك بذلك.
- إذا طلبت قرار بيان المزايا المغطاة السريع من دون دعم من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر، فسيرجع إلينا القرار بشأن ما إذا كنت ستحصل على قرار بيان المزايا المغطاة السريع أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تُلبي متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
 - ونرسل إليك خطابًا لإبلاغك بذلك. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم شكوى 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 اتبعنا المواعيد النهائية السريعة، فيجب أن نوافيك بالرد خلال 24 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناءً، فسنوافيك بالرد في غضون 24 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجع منظمة المراجعة المستقلة. راجع القسم G6 لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2.
- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فسندعم إليك التغطية في غضون 24 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناءً، فسنوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعه IRO.
- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فسندعم إليك التغطية في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك للحصول على استثناء.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضًا 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 لتراجعه IRO.
- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فسنرد إليك ما دفعته خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضًا 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 الخطة.

- ابدأ الطعن العادي أو السريع عن طريق الاتصال على الرقم: (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع، 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 بالطعن الذي تقدمه.
- يجب عليك طلب الطعن خلال 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي 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 العاجلة".

- 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 بطلبك للتغطية.
- نتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا القواعد عندما رفضنا طلبك.
- قد نتصل بك أو بطبيبك أو مقدم الوصفات الطبية الآخر 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 نوافك بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.
- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فيجب علينا تقديم التغطية التي وافقتنا عليها في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه، 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 7 أيام من أيام التقويم الميلادي 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 نمنحك قرارًا في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه منظمة المراجعة المستقلة. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه:

- يجب علينا تقديم التغطية التي وافقتنا عليها في أقرب وقت تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في فترة لا تتعدى 7 أيام من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طعنك.
- يجب علينا أن نرسل إليك دفعة مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طعنك.

إذا رفضنا طلبك كله أو جزءًا منه:

- فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.
- يجب علينا الرد عليك بشأن سداد المبلغ الذي دفعته مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طعنك.
 - إذا لم نمنحك قرارًا في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي، 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 كله أو جزء منه، فيجب علينا رد ما دفعته في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طلبك.



- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فسنرسل إليك خطاباً 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" (IRO) هو "مؤسسة المراجعة المستقلة"، واختصاره "IRE".

لتقديم طعن من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممتلك أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر التواصل مع IRO كتابياً وطلب مراجعة حالتك.

- إذا رفضنا طعنك من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن تعليمات حول كيفية تقديم طعن من المستوى 2 إلى منظمة المراجعة المستقلة. 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.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم الطعن.

تراجع IRO طعنك من المستوى 2 بشأن القسم D في برنامج Medicare وتوافقك بالرد كتابياً. 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 كله أو جزء منه، 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 7 أيام من أيام التقويم الميلادي بعد تلقيها طعنك بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه.
- في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طعنك بشأن سداد ثمن عقار دوائي اشتريته.

إذا وافقت IRO على طلبك كله أو جزء منه:

- 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 من أيام التقويم الميلادي 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 منظمة المراجعة المستقلة 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 المالية 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 منظمة المراجعة المستقلة 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 الطعون بعد المستوى 2.
- إذا رفضت IRO طعنك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الطعون:
 - فإنه يرجع إليك القرار في ما 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 قاضي متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى

- عند دخولك إلى أحد المستشفيات، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى الخاضعة لتغطيتنا واللازمة لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما. لمزيد من المعلومات حول تغطية المستشفيات التابعة لخطتنا، راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- في 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 إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم F4 في الصفحة 214 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا 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 الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 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 في 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 حقوقك.**
 - يمكنك أنت أو أي شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.
 - إن توقيع الإشعار يوضح فقط أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك. لا يعني التوقيع أنك موافق 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 مسبقًا إذا:
- اتصلت بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
 - اتصلت ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
 - قمت بزيارة www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices



H2. تقديم طعن من المستوى 1

إذا أردت أن نوفر لك التغطية لخدمات تلقي العلاج داخل المستشفى لفترة أطول، فيجب عليك تقديم طعن. تراجع منظمة تحسين الجودة (QIO) الطعن من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسباً من الناحية الطبية.

QIO هي مجموعة من الأطباء واختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. يقوم هؤلاء الخبراء بفحص جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة على تحسينها. وهم لا يشكلون جزءاً من خطتنا.

في كاليفورنيا، QIO هي Livanta. يمكنك الاتصال بها على الرقم [855] 887-6668 [TTY: 588-1123 (877)]. معلومات الاتصال موجودة أيضاً في الإشعار، "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك"، وفي الفصل 2.

اتصل بـ 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 في أثناء انتظار قرار منظمة تحسين الجودة 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.
 - إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة بشأن طعنك، فقيّم الطعن إلى خطتنا مباشرة بدلاً من ذلك. راجع القسم G4 للحصول على معلومات حول تقديم طعن إلينا.
 - نظراً 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 أيضاً تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يرجى الرجوع إلى القسم F4 في الصفحة 214 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.
- اطلب المساعدة إذا كنت في حاجة إليها. إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا احتجت إلى مساعدة في أي وقت:
- اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
 - اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222.

اطلب إجراء مراجعة سريعة. تصرف بسرعة واتصل بـ QIO لطلب إجراء مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني "للمراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية" أو "المراجعة العاجلة".

ما يحدث في 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 ملزماً 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 الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم (1-877-486-2048). يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

توافيك 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 نعتقد أن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسب طبيًا.
- سنتتهي 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 الظهر في اليوم التالي لقيام منظمة تحسين الجودة 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.

H3. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من منظمة تحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1. يمكنك الاتصال بها على الرقم [855] 887-6668 [TTY: (877) 588-1123].

يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي 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 من المستوى 2 خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي 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 منظمة تحسين الجودة 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 الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم E4 في الصفحة 204 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يتعامل قاضي متخصص في القانون الإداري أو محام محكم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

H4. تقديم طعن بديل من المستوى 1

- يكون الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة لتقديم طعن من المستوى 1 خلال 60 يومًا أو في موعد لا يتجاوز الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى. إذا فاتك الموعد النهائي للطعن من المستوى 1، فيمكنك استخدام عملية "الطعن البديل".
- اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب منا إجراء "مراجعة سريعة" لميعاد خروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني "المراجعة السريعة" أو "الطعن السريع" هو "الطعن العاجل".

- نلقي نظرة على جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك في المستشفى.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً واتباع القواعد.
- نتبع المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية العادية ونوافيك بالرد خلال 72 ساعة من تاريخ طلبك المراجعة السريعة.

في حال كان ردنا هو قبول الطعن السريع الذي تقدمت به:

- نوافق على أنك بحاجة إلى البقاء في المستشفى بعد ميعاد الخروج.
- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء التغطية.



في حال كان ردنا هو رفض الطعن السريع الذي تقدمت به:

- نوافق على أن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى كان مناسبًا من الناحية الطبية.
- تنتهي تغطيتنا لخدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاصة بك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- لن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
- قد تضطر إلى دفع جميع تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك إذا واصلت إقامتك في المستشفى.
- نرسل طعنك إلى IRO للتأكد من أننا اتبعنا جميع القواعد. وعندما نقوم بذلك، سنتنقل حالتك تلقائيًا إلى عملية الطعون من المستوى 2.

H5. تقديم طعن بديل من المستوى 2

- نرسل المعلومات الخاصة بطعنك من المستوى 2 إلى IRO في غضون 24 ساعة من رفض طعنك من المستوى 1. نقوم بذلك تلقائيًا، لست بحاجة إلى القيام بأي شيء.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، أو أي موعد نهائي آخر، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K للحصول على معلومات عن تقديم الشكاوى.

تُجري IRO مراجعة سريعة للطعن الذي قدمته. حيث تلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى، وعادةً ما توافقك بالرد في غضون 72 ساعة.

في حال كان رد IRO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- سندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء التغطية.
- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد IRO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على أن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى كان مناسبًا من الناحية الطبية.
- سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.

يتعامل قاضي متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يرجى الرجوع إلى القسم F4 في الصفحة 214 لمعرفة كيفية تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.



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 إعادة تأهيل صحي شامل لمرضى العيادات الخارجية معتمد 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 في قرارنا. يوضح هذا القسم كيفية طلب الطعن.

1.1 إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا سننقله قبل يومين على الأقل من توقعنا عن دفع تكاليف رعايتك. ويسمى ذلك "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare". يوضح الإشعار التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية رعايتك وكيفية الطعن في قرارنا.

يجب عليك أنت أو من يملك التوقيع على الإشعار لإثبات استلامك إياه. يثبت توقيع الإشعار حصولك على المعلومات فقط. ولا يعني التوقيع موافقتك على قرارنا.

1.2 تقديم طعن من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك الطعن في 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 في حاجة إليها. إذا كانت لديك أي استفسارات أو إذا احتجت إلى مساعدة في أي وقت:

○ اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

○ اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم على الرقم 1-800-434-0222.

• اتصل بـ QIO.

○ راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول منظمة تحسين الجودة وكيفية الاتصال بها.



○ اطلب منهم مراجعة طعنك وتحديد ما إذا كان سيتم تغيير قرار خطتنا أم لا.

- تصرف بسرعة واطلب إجراء "طعن سريع". اسأل QIO عما إذا كان من الملائم من الناحية الطبية أن نقوم بإنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي للاتصال بهذه المنظمة

- يجب عليك الاتصال بـ QIO لبدء طعنك بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ سريان "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare" الذي أرسلناه إليك.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة، فيمكنك تقديم الطعن إلينا مباشرةً بدلاً من ذلك. للحصول على تفاصيل حول كيفية القيام بذلك، راجع **القسم 14**.
- إذا لم تنظر 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. يرجى الرجوع إلى القسم F4 في الصفحة 214 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC نيا بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو "إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare". للحصول على نموذج منه، اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. أو احصل على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices.

ما يحدث في أثناء 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".

- يبلغك المراجعون بقرارهم خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.

في حال كان رد QIO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- سنقدم إليك 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 مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك.
- يرجع إليك القرار في ما 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. يمكنك الاتصال بها على الرقم [887-6668 (855) TTY: 588-1123 (877)].

يجب عليك أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد اليوم الذي رفضت فيه منظمة تحسين الجودة 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 من المستوى 2 خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي 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 ما دامت هذه الرعاية ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- يعني هذا أنها 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 DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى القسم F4 في الصفحة 213 لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

يتعامل قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم 3 لمزيد من المعلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.



14. تقديم طعن بديل من المستوى 1

كما هو موضح في القسم 12، يجب عليك التصرف بسرعة والتواصل مع منظمة تحسين الجودة للبدء في الطعن من المستوى 1. إذا فاتك الموعد النهائي، فيمكنك استخدام عملية "الطعن البديل".

اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب منا "مراجعة سريعة".

المصطلح القانوني "المراجعة السريعة" أو "الطعن السريع" هو "الطعن العاجل".

- نلقي نظرة على جميع المعلومات المتعلقة بحالتك.
- نتحقق من أن القرار الأول كان عادلاً وأنها اتبعتنا القواعد عندما حددنا تاريخ إنهاء التغطية للخدمات التي تتلقاها.
- نتبع المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية العادية ونوافيك بالرد خلال 72 ساعة من تاريخ طلبك المراجعة السريعة.

في حال كان ردنا هو قبول الطعن السريع الذي تقدمت به:

- يعني هذا أننا نوافق على أنك بحاجة إلى تلقي الخدمات لفترة أطول.
- سنقدم إليك الخدمات الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- نوافق على أن ندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الميعاد الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء تغطيتنا لما تتلقاه من رعاية.
- في حال كان ردنا هو رفض الطعن السريع الذي تقدمت به:
 - سنتتهي تغطيتنا لهذه الخدمات بدءًا من التاريخ الذي أخبرناك به.
 - لن ندفع أي حصة من التكاليف بعد هذا التاريخ.
 - ستدفع التكلفة الكاملة لهذه الخدمات إذا واصلت الحصول عليها بعد التاريخ الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء تغطيتنا.
 - نرسل طعنك إلى منظمة المراجعة المستقلة للتأكد من أننا اتبعتنا جميع القواعد. وعندما نقوم بذلك، سنتنقل حالتك تلقائيًا إلى عملية الطعون من المستوى 2.

15. تقديم طعن بديل من المستوى 2

خلال الطعن من المستوى 2:

- نرسل المعلومات الخاصة بطعنك من المستوى 2 إلى IRO في غضون 24 ساعة من رفض طعنك من المستوى 1. نقوم بذلك تلقائيًا، لست بحاجة إلى القيام بأي شيء.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، أو أي موعد نهائي آخر، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم K للحصول على معلومات عن تقديم الشكاوى.



- تُجري IRO مراجعة سريعة للطعن الذي قدمته. حيث تلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بخروجك من المستشفى، وعادةً ما توافقك بالرد في غضون 72 ساعة.

في حال كان رد IRO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- سندفع إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أحطناك فيه علمًا بانتهاء التغطية.
- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد IRO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- يعني هذا أنها 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 أيضًا تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبته بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى القسم F4 في الصفحة 214 لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى والمطالبة بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.
- يتعامل قاضي متخصص في القانون الإداري أو محام محكم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم 3 لمزيد من المعلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

ل. تصعيد الطعن إلى ما بعد المستوى 2

ل1. 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 مبلغًا معينًا بالدولار كحد أدنى، 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 قاضي متخصص في القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي متخصص في القانون الإداري أو محام محكم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.
- في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكم هو قبول الطعن الذي تقدمت به، 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.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحصول على قرار القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكّم.
- في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكّم هو **رفض الطعن** الذي تقدمت به، 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. إن المجلس جزء 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، فسنعلمك بذلك كتابيًا.
 - إذا قررنا **عدم الطعن** على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي 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 ستتلقاه 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:



The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

يجب إرسال هذا الخطاب في غضون 30 يومًا من إخطارك بالقرار. يمكن تمديد هذا الموعد النهائي حتى 180 يومًا إذا كان لديك سبب وجيه للتأخير.

اذكر في طلبك لإعادة جلسة الاستماع تاريخ إخطارك بالقرار وأسباب طلبك إعادة هذه الجلسة. إذا كنت تريد تقديم أدلة إضافية، فوضِّح تلك الأدلة الإضافية وشرح أسباب عدم تقديمها من قبل ومدى إمكانية تغييرها للقرار. يمكنك الاتصال بقسم الخدمات القانونية للحصول على المساعدة.

لطلب مراجعة قضائية، يجب أن تقدم التماسًا إلى المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية، القسم 1094.5) في غضون عام واحد من إخطارك بالقرار. قدّم الالتماس للمحكمة العليا ملتزمًا 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 المتحملة إذا أصدرت المحكمة قرارها النهائي لصالحك. إذا تم عقد إعادة جلسة الاستماع ولم توافق على قرار إعادة جلسة الاستماع، يمكنك طلب مراجعة قضائية ولكن لا يمكنك طلب إعادة جلسة 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 قاضٍ متخصص في القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضٍ متخصص في القانون الإداري أو محامٍ محكّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري 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 من أيام التقويم الميلادي من إخطارنا بالقرار.
- في حال كان رد القاضي المتخصص في القانون الإداري أو المحامي المحكّم هو رفض الطعن الذي تقدمت به، 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 الذي تقدمت به ويوافقك بالرد. إن المجلس جزء 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 من أيام التقويم الميلادي من إخطارنا بالقرار.

في حال كان رد المجلس هو رفض الطعن الذي تقدمت به، 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.

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.



الشكوى:	مثال:
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	<ul style="list-style-type: none"> لا يمكنك الوصول فعليًا (بسبب إعاقة جسدية على سبيل المثال) إلى خدمات الرعاية الصحية والإمكانات المتاحة في عيادة الطبيب أو مقر موفر الرعاية. لا يوفر الطبيب أو موفر الرعاية مترجمًا فورًا للغة غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). لا يقدم إليك موفر الرعاية وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	<ul style="list-style-type: none"> تواجه مشكلة في تحديد موعد أو تنتظر وقتًا أطول من اللازم لتحديده. يتركك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية أو موظفو خدمة العملاء أو غيرهم من الموظفين في الخطة منتظرًا لفترة أطول من اللازم.
مستوى النظافة	<ul style="list-style-type: none"> تظن أن المركز الطبي أو عيادة الطبيب ليست نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها من قبلنا	<ul style="list-style-type: none"> 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 في ما يتعلق بقرارات بيان المزايا المغطاة أو الطعون	<ul style="list-style-type: none"> 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 بالظن لصالحك، لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد الخدمة أو توفيرها لك أو رد المبلغ الذي تستحقه نظير خدمات طبية معينة. لا تعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة 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 الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

المصطلح القانوني "الشكوى" هو "النظم".

المصطلح القانوني "لتقديم شكوى" هو "تقديم نظم".



K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 1-800-452-4413). يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم يكن الأمر يتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare. إذا كانت الشكوى تتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare، فيجب عليك تقديمها في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من مواجهة المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

• إذا كان الأمر يتطلب إجراء أي شيء آخر، فسيخبرك موظفو خدمات العملاء بذلك.

• كذلك، يمكنك تحرير الشكوى وإرسالها إلينا. وإذا أرسلت الشكوى كتابيًا، فسوف نرد عليك بالرد عليها كتابيًا أيضًا.

• إليك كيف يسير الأمر:

• الخطوة 1: تقديم تظلم

• لبدء العملية، اتصل بتمثل خدمة العملاء في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحدث واطلب تقديم تظلم. يمكنك أيضًا تقديم تظلم كتابيًا في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحدث عن طريق إرساله إلى:

• Blue Shield TotalDual 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 TotalDual Plan. سنرسل إليك خطابًا يُعلمك باستلامنا إشعار مشكلتك في غضون 5 أيام من أيام التقويم الميلادي وسنمنحك اسم الشخص الذي يعمل على حلها. سنحل المشكلة عادةً خلال 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي.

• إذا طلبت "تظلمًا عاجلاً" لأننا قررنا عدم منحك "قرارًا سريعًا" أو "طعمًا سريعًا"، فسندرس 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 "طعمًا سريعًا". سيراجع مدير الشؤون الطبية طلبك ويحدد ما إذا كان قرارنا الأصلي مناسبًا. وسندرس 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 من أيام التقويم الميلادي من تلقي شكواك.

• الخطوة 2: جلسة استماع التظلم

• إذا لم تكن راضيًا عن القرار المتخذ بشأن التظلم المتعلق بمشكلة جودة الرعاية، فيمكنك تقديم طلب كتابي إلى قسم الطعون والتظلمات الخاص ببرنامج Blue Shield Medicare لعقد جلسة استماع للتظلم. سنشكل لجنة للاستماع إلى حالتك في غضون 31 يومًا من أيام التقويم الميلادي 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 التظلم الذي لا يتضمن جودة الرعاية، مثل أوقات الانتظار أو عدم الاحترام أو خدمة العملاء أو مستوى النظافة، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan لطلب إجراء مراجعة إضافية.

المصطلح القانوني "للشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".



سنرد عليك فورًا إن أمكن. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من الرد عليك في المكالمات الهاتفية نفسها. وإذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنقوم بذلك.

- نرد على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. إذا لم نتخذ قرارًا في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي لأننا بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنخبرك 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 شكواك في غضون 24 ساعة.
 - إذا قدمت شكوى لأننا استغرقتنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الطعن، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك في غضون 24 ساعة.
- إذا لم نوافق على جزء من شكواك أو شكواك بالكامل، فسنعلمك بذلك ونوافقك بالأسباب. وسنوافقك بالرد سواء بالموافقة على شكواك أو عدم الموافقة عليها.

K3. الشكاوى الخارجية

برنامج Medicare

يمكنك إخطار برنامج Medicare بشكواك أو إرسالها إليه. يتوفر نموذج شكوى Medicare على الموقع الإلكتروني: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. لا يلزم تقديم شكوى إلى Blue Shield TotalDual Plan قبل تقديم شكوى إلى برنامج Medicare.

يتعامل برنامج Medicare مع ما تقدمه من شكوى 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 بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-20481. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

برنامج Medi-Cal

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب التنظيمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS) عن طريق الاتصال بالرقم 1-888-452-8609. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711. ويمكنك الاتصال من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). إن DMHC هي المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. يمكنك الاتصال بمركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا للحصول على مساعدة بخصوص شكواك في ما 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 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي. 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 من أيام التقويم الميلادي.



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 (OCR)

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية (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 مكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr لمزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا التواصل مع مكتب الحقوق المدنية 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: (800) 368-1019
الفاكس: (202) 619-3818
TTY: (800) 537-7697
البريد الإلكتروني: ocrmail@hhs.gov

قد تتوفر لك أيضًا حقوق بموجب قانون المعاقين الأمريكيين لعام 1990 (ADA) وبموجب تعديلات القانون لعام 2008 (القانون العام، 110-325). يمكنك الاتصال ببرنامج التظلمات في برنامج Medi-Cal للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-888-452-8609.

منظمة تحسين الجودة (QIO)

إذا كانت الشكوى التي تقدمها بخصوص جودة الرعاية، فسيكون أمامك خياران:

- يمكنك تقديم شكواك بشأن جودة الرعاية إلى QIO مباشرةً.
 - 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 QIO Livanta. رقم هاتف Livanta هو [TTY: (855) 887-6668] (877) 588-1123.



الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

المقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية المتاحة لك بعد إلغاء تسجيلك في خطتنا. وفي حال إلغاء تسجيلك في خطتنا، ستظل مشتركًا في برنامجي Medicare وMedi-Cal ما دمت مؤهلاً. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء لديك.

جدول المحتويات

233	A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا.....
234	B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.....
234	C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare وMedi-Cal بشكل منفصل.....
234	C1. خدمات برنامج Medicare الخاصة بك.....
237	C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك.....
237	D. الخدمات الطبية والعقاقير الدوائية التي تحصل عليها حتى تنتهي عضويتك في خطتنا.....
238	E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا.....
239	F. قواعد عدم مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة.....
239	G. الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا.....
239	H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة.....



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، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة الآتية:

- من يناير إلى مارس
- من أبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث هذه، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات الآتية كل عام:

- فترة التسجيل السنوية التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage (MA) التي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي. قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، عندما:
 - تنتقل إلى منطقة خارج نطاق منطقة خدمتنا،
 - يتم تغيير أهليتك للحصول على برنامج Medi-Cal أو برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)، أو
 - إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق ترميز أو مستشفى رعاية طويلة الأجل أو تتلقى حاليًا رعاية بها أو انتقلت للتو منه.
- ستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي تتلقى فيه طلبك بتغيير خطتك. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير، فستنتهي التغطية التي تحصل عليها من خطتنا في 31 يناير. وستبدأ التغطية الجديدة الممنوحة لك في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير في هذا المثال).

إذا توقفت عن استخدام 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 الاتصال بـ: خدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. رقم مستخدمي TTY مدرج أيضًا.

- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE المتاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



- خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً أو مراسلته عبر البريد الإلكتروني MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملحوظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة العقاقير الدوائية (DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات عن برامج إدارة العقاقير الدوائية.

B. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك التسجيل 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 المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، فيجب 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.
- يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY (الأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. عندما تتصل بالرقم 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 التسجيل في خطتنا في المخطط الموجود في الصفحة 256.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 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

ثمة ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare مدرجة أدناه. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.



<p>إليك كيفية إجراء ذلك:</p> <p>يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>أو</p> <p>الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة.</p> <p>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة Medicare الخاصة بنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.</p>	<p>1- يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة صحية أخرى لبرنامج Medicare تتضمن خطة تجمع بين تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal</p>
---	--



2- يمكنك التغيير إلى:

Original Medicare مع خطة منفصلة للعقاقير
المقررة بوصفة طبية من برنامج **Medicare**

إليك كيفية إجراء ذلك:

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على
مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي
TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد
من المعلومات:

- اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم
(HICAP) في كاليفورنيا على الرقم
1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من
الساعة 8:00 صباحاً حتى 5:00 مساءً. لمزيد من
المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لبرنامج
استشارات التأمين الصحي والدعم في منطقتك، يرجى
زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.

أو

الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة للعقاقير
المقررة بوصفة طبية.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية
Original Medicare الخاصة بك.



<p>إليك كيفية إجراء ذلك:</p> <p>يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة للحصول على المساعدة أو مزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.</p>	<p>3- يمكنك التغيير إلى:</p> <p>Original Medicare من دون خطة منفصلة للعقاقير المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare</p> <p>ملحوظة: إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare، ولم تشترك في خطة منفصلة للعقاقير المقررة بوصفة طبية من برنامج Medicare، فقد يجعلك برنامج Medicare تشترك في إحدى خطط العقاقير الدوائية ما لم تُطلع برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام إليها.</p> <p>يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية إلا إذا كانت لديك تغطية دوائية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو النقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للعقاقير الدوائية، فاتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لبرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>
---	---

C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك

لأسئلة عن كيفية الحصول على خدمات برنامج Medi-Cal بعد إلغاء التسجيل في خطتنا، اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-430-7077. اسأل كيف يؤثر الاشتراك في خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.

D. الخدمات الطبية والعقاقير الدوائية التي تحصل عليها حتى تنتهي عضويتك في خطتنا

إذا أُلغيت التسجيل في خطتنا، فقد يستغرق إنهاء عضويتك وبدء تغطية برنامجي Medicare وMedi-Cal الجديدة لك بعض الوقت. وفي أثناء هذه الفترة ستنل تحصل على العقاقير المقررة بوصفة طبية والرعاية الصحية الخاصة بك من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استعن بموفري الرعاية التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- تعامل مع صيدليات شبكتنا، بما في ذلك من خلال خدمات الطلب عبر البريد من الصيدليات لأصرف وصفاتك الطبية.
- إذا تم احتجازك في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في خطة Blue Shield TotalDual Plan، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى تخرج منه. سيحدث هذا حتى إذا بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يتعين 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.
- يجب أن يكون المستفيدون من برنامج Medicare الذين يشتركون في Blue Shield TotalDual 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 بك بفقدان حالة برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) وسنستمر في تغطية مزايا برنامج Medicare الخاصة بك حتى تتمكن من إعادة التأهل لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) خلال الـ 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 الـ 6 أشهر التي لا تزال فيها مشتركًا في الخطة ولكن ليست لديك تغطية برنامج Medi-Cal.
- نتيج الفرصة للتبديل إلى إحدى خطط الأهلية للتغطية الثانوية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة. يتم تقديم خطة الأهلية للتغطية الثانوية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة 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 (SEP) للمستفيدين من برنامج Medicare الذين لم يعودوا مؤهلين لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid).
- إذا لم تتم إعادة تأهلك لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) أو إذا قبلت فرصة التبديل إلى خطة الأهلية للتغطية الثانوية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة في غضون 6 أشهر من الإخطار بفقدان حالة ذوي الاحتياجات الخاصة، فسيتم إلغاء اشتراكك قسريًا في Blue Shield TotalDual Plan.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا.
- إذا كنت خارج منطقة خدمتنا لمدة تزيد على 6 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 مسجونًا أو محبوسًا لارتكاب جريمة جنائية.
- إذا كذبت أو حجبت معلومات بشأن تأمين آخر تشترك به ويوفر لك تغطية للأدوية المقررة بوصفة طبية.
- إذا لم تكن مواطنًا أمريكيًا أو لم تكن موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
- يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو موجودًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة لتكون عضوًا في خطتنا.
- نخطرن مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضوًا على هذا الأساس.
- يجب علينا إلغاء اشتراكك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



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 الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 877-486-20481. يمكنك الاتصال على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.

G. الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فإنه يتعين علينا إخطارك بأسباب ذلك كتابياً. يجب علينا أيضاً أن نوضح كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. ويمكنك أيضاً الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات عن كيفية تقديم شكوى.

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن إنهاء عضويتك، فيمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.



الفصل 11: الإشعارات القانونية

المقدمة

يتضمن هذا الفصل الإشعارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. ترد المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

241	A. إشعار بشأن القوانين.....
241	B. إشعار بشأن عدم التمييز.....
242	C. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع وبرنامج Medi-Cal بوصفه الحل الأخير لسداد المدفوعات.....
242	D. إشعار بشأن التحصيل من الممتلكات لبرنامج Medi-Cal.....
242	E. إدارة دليل التغطية.....
243	F. تعاون الأعضاء.....
243	G. نقل الملكية.....
243	H. مسؤولية صاحب العمل.....
243	I. مسؤولية الوكالة الحكومية.....
243	J. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية.....
243	K. مزايا تعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل.....
244	L. استرداد المدفوعات الزائدة.....
244	M. عندما تسبب جهة خارجية إصابتك.....
245	N. إشعار بالمشاركة في تبادل المعلومات الصحية.....
245	O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام.....



A. إشعار بشأن القوانين

تُطبق العديد من القوانين على كاتب الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى في حال عدم احتواء كاتب الأعضاء على نصوص القوانين أو شرحها. القوانين الرئيسية المطبقة هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة ببرنامجي Medicare وMedi-Cal. قد يتم أيضًا تطبيق قوانين أخرى من القوانين الاتحادية والقوانين الخاصة بالولاية.

B. إشعار بشأن عدم التمييز

لا نمارس التمييز أو نعاملك بطريقة مختلفة بسبب عنصرك أو انتمائك العرقي أو أصلك القومي أو لونك أو دينك أو جنسك أو نوعك أو عمرك أو توجهك الجنسي 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 أشخاصًا 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 لوزارة الصحة والخدمات البشرية على الرقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr لمزيد من المعلومات.

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).

- أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

- 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: 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 الرقم 916-440-7370. إذا لم يكن بمقدورك التحدث أو السماع جيدًا، فيرجى الاتصال بالرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات).

- 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: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CivilRights@dhcs.ca.gov.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة على الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو موفر الرعاية، فاتصل بخدمة العملاء. وإذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة تتعلق باستخدام كرسي متحرك، فيمكن خدمة العملاء مساعدتك.

C. 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 في 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، وتتحمل المسؤولية عن ذلك.

نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية والخاصة بالولاية في ما 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.

D. إشعار بشأن التحصيل من الممتلكات لبرنامج Medi-Cal

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 المُدارة/مدفوعات التعويض الفردي لخدمات مراكز التمريض، والخدمات المنزلية والمجتمعية، وخدمات المستشفى والعقاقير المقررة بوصفها طبية ذات الصلة التي حصل عليها العضو عندما كان يتلقى العلاج داخل مركز خدمات ترميز أو يتلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز مبلغ السداد قيمة ممتلكات العضو المثبتة.

لمعرفة مزيد من المعلومات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني للتحصيل من الممتلكات التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على www.dhcs.ca.gov/er أو اتصل بالرقم 916-650-0590.

E. إدارة دليل التغطية

قد نعتد سياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة لتعزيز الإدارة المنظمة والفعالة *لدليل التغطية* هذا.



F. تعاون الأعضاء

يجب عليك إكمال أي طلبات ونماذج وبيانات ونشرات وتصريحات ونماذج امتياز وأي مستندات أخرى نطلبها في سياق الأعمال الطبيعي أو كما هو محدد في دليل التغطية هذا.

G. نقل الملكية

لا يجوز لك التنازل عن دليل التغطية 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 سابقة منا.

H. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة إلى أي خدمات يُلزم القانون صاحب العمل بتقديمها، لن ندفع إلى صاحب العمل نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من صاحب العمل.

I. 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.

J. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية

بالنسبة إلى أي خدمات للحالات التي يُلزم 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.

K. مزايا تعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل

قد تكون مؤهلاً للحصول على مدفوعات أو مزايا أخرى بموجب قانون تعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل. سنقدم أدوية القسم D الخاضعة للتغطية حتى لو لم يكن من الواضح ما إذا كان يحق لك الحصول على المزايا، ولكننا قد نقوم باسترداد قيمة أي من الخدمات الخاضعة للتغطية من المصادر الآتية:

1. من أي مصدر يقدم المزايا أو تستحق منه المزايا.
2. منك، إلى الحد الذي يتم به تقديم المزايا أو تكون به قابلة للدفع أو كان سيكون من المطلوب تقديمها أو دفعها إذا كنت قد سعت بجد لإثبات حقوقك في المزايا بموجب أي قانون لتعويض العمال أو مسؤولية أصحاب العمل.



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، في ما يتعلق بالخدمات المطلوبة نتيجة تلك الإصابة، توفير مزايا الخطة ويكون لها حق عادل في الاسترداد أو السداد 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 بالنيابة عنك، من الجهة الخارجية المسؤولة عن الإصابة أو المرض أو بالنيابة عنها أو من تغطية سائق غير مؤمن عليه/مؤمن عليه بشكل غير كافٍ.

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، في ما يتعلق بالمرض أو الإصابة ("الاسترداد")، بغض النظر عما إذا كنت قد "شُفيت" من خلال الاسترداد. يتعلق الحق في الاسترداد أو التعويض أو أي وسيلة انتصاف أخرى متاحة بذلك الجزء من إجمالي مبلغ الاسترداد المستحق للمزايا المدفوعة في ما 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، في موعد لا يتجاوز 30 يومًا بعد تقديم المطالبة أو الإجراء القانوني أو اتخاذهما ضد الجهة الخارجية و،
 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 و،
 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 بالبنود 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 ("HIE") ما يجعل المعلومات الصحية الخاصة بأعضائها متاحة لـ 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 والمرضات 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.

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 باختبار 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 الرقم 510-7142-5111 (888) من الساعة 7:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً. بتوقيت المحيط الهادئ من الاثنين إلى الجمعة. 711 TTY: لضعاف السمع.

O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام

ما المقصود بالاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام (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 الخاصة بك

- لا تصرح أبدًا بأرقام الضمان الاجتماعي أو برنامج Medicare أو الخطة الصحية أو المعلومات المصرفية الخاصة بك إلى شخص لا تعرفه.
- لا توافق على إجراء أي فحوصات مخبرية من دون طلب من طبيبك.
- من غير القانوني قبول أي شيء ذي قيمة مقابل الخدمات الطبية.

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



احذر من الاحتيال بالاختبارات الجينية

يقترّب المحتالون من المشتركين غير المتشككين في مهرجانات الصحة المحلية، ومرافق إسكان كبار السن والمراكز المجتمعية ووكالات الصحة المنزلية وغيرها من المواقع الموثوقة لتنفيذ عمليات احتيال بالاختبارات الجينية. ويجدون كذبًا بأن برنامج Medicare سيدفع مقابل الاختبار، وتحتاج ببساطة إلى تقديم مسحة الخد وهويتك ومعلومات 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 بألاف 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 لشركة Blue Shield of California: (855) 331-4894 (TTY: 711)** أو عبر البريد الإلكتروني: MedicareStopFraud@blueshieldca.com.

• **Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE**، على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال أيام الأسبوع (ينبغي لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048).



الفصل 12: تعريفات المفردات المهمة

المقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الأساسية المستخدمة في كتيب الأعضاء الخاص بك 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.



أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأمور التي يقوم بها الأشخاص في الأيام العادية، مثل تناول الطعام أو استخدام دورات المياه أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو غسل الأسنان.

قاضي القانون الإداري: القاضي الذي يراجع الطعن من المستوى 3.

برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP): برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بـ HIV/AIDS على الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة.

مركز جراحات اليوم الواحد: مرفق يقدم خدمات الجراحات بالعيادة الخارجية لمرضى ليسوا بحاجة إلى رعاية صحية داخل المستشفى ولا يُتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية الصحية.

الطعن: وسيلة متاحة لك للطعن على الإجراءات التي نتخذها إذا اعتقدت أننا أخطأنا. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار تغطية عن طريق تقديم طعن. **الفصل 9** من كتيب الأعضاء الخاص بك يشرح الطعون، بما في ذلك كيفية تقديم طعن.

الصحة السلوكية: مصطلح شامل يشير إلى خدمات اضطرابات الصحة العقلية وتعاطي المخدرات.

دواء ذو علامة تجارية: عقار مقرر بوصفه طبية يتم تصنيعه وبيعه بواسطة الشركة التي صنعت العقار الدوائي في الأساس. تحتوي الأدوية ذات العلامة التجارية على نفس مكونات الأنواع المماثلة (البديلة) من الأدوية. ويتم تصنيع الأدوية المماثلة (البديلة) وبيعها بواسطة شركات عقاقير دوائية أخرى.

منسق الرعاية: شخص واحد يُعد المسؤول الرئيسي ويتعامل معك ومع الخطة الصحية ومع موفري الرعاية لك للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية".

الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (خدمات CPO): خدمات إضافية اختيارية في خطة الرعاية الفردية (ICP) الخاصة بك. ولا تُعد هذه الخدمات بديلة للخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل المصرح لك بتلقيها بموجب برنامج Medi-Cal.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

مرحلة تغطية الكوارث: المرحلة المتوفرة ضمن مزايَا أدوية القسم D في برنامج Medicare التي تدفع فيها الخطة جميع تكاليف العقاقير الدوائية الخاصة بك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تكون (أنت أو أي أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) قد أنفقت \$8,000 على الأدوية الخاضعة للتغطية في القسم "D" خلال العام. ولن تدفع أنت أي تكاليف.

مراكز خدمات Medicare و(CMS) Medicaid: الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. يشرح الفصل 2 من كتيب الأعضاء الخاص بك كيفية الاتصال بمراكز خدمات Medicare و Medicaid.

الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS): برنامج خدمات مقدّم من خلال منشأة لمرضى العيادات الخارجية لتقديم الرعاية التمريضية المتخصصة والخدمات الاجتماعية والعلاج المهني والتخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للأسرة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية وخدمات النقل وغيرها من الخدمات للأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الشكاوى: بيان مكتوب أو منطوق يوضح أن لديك مشكلة أو تخوفًا بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. ويتضمن ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو الرعاية التي تتلقاها أو بشأن موفري الرعاية التابعين للشبكة أو الصيدليات التابعة للشبكة. الوصف الرسمي الذي يُطلق على "تقديم الشكاوى" هو "تقديم التظلم".



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 غير بسيطة. 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.

حصة المشاركة في الدفع: مبلغ ثابت تدفعه بوصفه الجزء الذي تتحمله من التكاليف في كل مرة تحصل فيها على خدمات أو عقاقير معينة مقررة بوصفها طبية. على سبيل المثال، قد تدفع \$2 أو \$5 مقابل خدمة أو عقار مقرر بوصفها طبية.

مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مبالغ يتعين عليك دفعها عندما تحصل على خدمات أو عقاقير معينة مقررة بوصفها طبية. ويشمل مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف حصص المشاركة في الدفع.

فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مجموعة من العقاقير الدوائية التي لها حصة المشاركة في الدفع نفسها. كل عقار دوائي مدرج في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (المعروفة أيضًا باسم قائمة العقاقير الدوائية) يقع ضمن فئة من خمس فئات لمبالغ المشاركة في تحمل التكاليف. وبصفة عامة، كلما ارتفعت درجة تقاسم التكاليف، زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.

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 كاتب الأعضاء الخاص بك كيفية مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.

الأدوية الخاضعة للتغطية: مصطلح نستخدمه للإشارة إلى جميع العقاقير الدوائية المقررة بوصفها طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي تخضع لتغطية خطتنا.

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 خطتنا.

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.

خدمة العملاء: قسم تابع لخطتنا يتولى مسؤولية الرد على استفساراتك المتعلقة بالعضوية والمزايا والتظلمات والطعون. يرجى الرجوع إلى الفصل 2 من كاتب الأعضاء الخاص بك لمزيد من المعلومات عن خدمة العملاء.

نسبة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف اليومية: نسبة قد يتم تطبيقها 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 7 أيام من دوائك، فسيكون المبلغ الذي ستدفعه أقل من \$0.05 عن كل يوم مضرورًا في 7 أيام، فيكون إجمالي المبلغ أقل من \$0.35.



خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS): القسم الذي يدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal) في ولاية كاليفورنيا.

إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC): القسم المسؤول عن تنظيم الخطط الصحية في ولاية كاليفورنيا. تساعد إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا الأشخاص على تقديم الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. وتجري إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا أيضًا مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إلغاء الاشتراك: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء الاشتراك طوعيًا (باختيارك) أو إلزاميًا (ليس باختيارك).

برنامج إدارة العقاقير الدوائية (DMP): برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون المواد الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي تتكرر إساءة استخدامها بشكل آمن.

فئات العقاقير الدوائية: مجموعات من العقاقير الدوائية الموجودة في قائمة العقاقير الدوائية الخاصة بنا. وتُعد الأدوية المماثلة (البديلة) أو ذات العلامات التجارية أو الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) أمثلة على فئات العقاقير الدوائية. كل دواء في قائمة العقاقير الدوائية يقع في فئة من خمس فئات.

خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين للحصول على كل من برنامجي Medicare و Medicaid. وخطتنا هي D-SNP.

الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME): بعض العناصر التي يطلبها طبيبك لاستخدامها في منزلك. ومن أمثلة هذه العناصر الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب 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.

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 وفاة أو فقدان لأحد أعضاء الجسم أو فقدان لوظيفة أحد أعضاء الجسم (وفقدان الجنين إن كنتِ سيدة حاملًا). وقد تكون الأعراض الطبية في صورة مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة.

رعاية الطوارئ: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يقدمها موفر رعاية مدرّب على تقديم خدمات الطوارئ، المطلوبة لعلاج حالة صحية بدنية أو سلوكية طارئة.

الاستثناء: عبارة عن إذن للحصول على التغطية لعقار دوائي لا تتم تغطيته عادة أو لاستخدام الدواء من دون فرض حدود وقواعد معينة.

الخدمات المستبعدة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.



برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help): برنامج Medicare الذي يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف العقاقير المقررة بوصفة طبية ضمن القسم D من برنامج Medicare، مثل أقساط التأمين والمبالغ المستقطعة وحصص المشاركة في الدفع. ويطلق على هذا البرنامج أيضًا اسم "برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض" أو "LIS" اختصارًا.

الدواء المماثل (البديل): دواء مقرر بوصفة طبية معتمد من الحكومة الفيدرالية للاستخدام بدلاً من دواء ذي علامة تجارية. ويحتوي الدواء المماثل (البديل) على المكونات نفسها التي توجد في الأدوية ذات العلامة التجارية. وعادة ما تكون أقل تكلفة وتتمتع بالفعالية نفسها تمامًا التي تتمتع بها الأدوية ذات العلامة التجارية.

النظام: 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.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يقدم المعلومات والإرشاد والتوجيه المجاني والموضوعي بشأن برنامج Medicare. ويشرح الفصل 2 من كتيب الأعضاء الخاص بك كيفية الاتصال ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم.

الخطة الصحية: منظمة مكونة من أطباء ومستشفيات وصيدليات 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 تحتاج إليها.

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة لتاريخك الطبي وحالتك الراهنة. ويُستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

مسعف المساعدة الصحية في المنزل: شخص يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج مرخص لهما، مثل المساعدة على الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام دورات المياه أو ارتداء الملابس أو ممارسة التمارين الموصوفة). ولا يحمل مسعف المساعدة الصحية في المنزل رخصة تمريض ولا يقدمون علاجًا.

رعاية الأمراض العضال: برنامج رعاية ودعم لمساعدة الأشخاص المشخصين بمرض عضال على العيش بشكل مريح. ويعني التشخيص بمرض عضال أن الشخص معتمد طبيًا بأنه مريض ميؤوس من شفائه، ما يعني أن متوسط العمر المتوقع له هو 6 أشهر أو أقل.

• يحق للعضو المشترك الذي لديه تشخيص بمرض عضال أن يختار دارًا لرعاية الأمراض العضال.

• يقدم فريق مدرب خصوصًا 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.

إعداد الفواتير غير الصحيح/غير المناسب: موقف يقوم موفر الرعاية فيه (مثل الطبيب أو المستشفى) بإعداد فاتورة لك بمبلغ أكبر من مبلغ تقاسم تكاليف الخدمات. اتصل بخدمة العملاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

بصفتك عضوًا 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.



خدمات الدعم المنزلية (IHSS): سيساعدك برنامج خدمات الدعم المنزلية على دفع ثمن الخدمات المقدمة إليك حتى تتمكن من البقاء في منزلك بأمان. يُعد برنامج خدمات الدعم المنزلية بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل دور التمريض أو مرافق الضيافة والرعاية. 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، والاستمالة، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية في المقاطعة خدمات الدعم المنزلية.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا رفضنا طلبك للحصول على الخدمات الطبية أو العلاج، فيمكنك تقديم طعن. إذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بخدمة Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات الأجهزة الطبية المُعمَّرة والعقاقير الدوائية، فيمكنك أن تطلب من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا إجراء IMR. IMR تتمثل في قيام أطباء غير تابعين لخطينا بمراجعة حالتك. إذا كان قرار IMR في صالحك، فيتعين علينا أن نقدم إليك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف نظير IMR.

منظمة المراجعة المستقلة (IRO): منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare وتقوم بمراجعة الاستئناف من المستوى 2. إنها ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحاً أم أنه ينبغي تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها. والاسم الرسمي الذي يُطلق عليها هو مؤسسة المراجعة المستقلة.

خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستلتاها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن الخطة الخاصة بك خدمات طبية، وخدمات للصحة السلوكية، وخدمات ومساعدات طويلة الأجل.

مرحلة التغطية المبدئية: المرحلة التي تسبق وصول النفقات الإجمالية للعقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare إلى \$5,030. وهذا يتضمن المبالغ التي دفعتها وما دفعته الخطة بالنيابة عنك وبرنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض. تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام. خلال هذه المرحلة، تدفع جزءاً من تكاليف الأدوية وتدفع أنت حصتك.

تلقي العلاج داخل المستشفى: مصطلح يُستخدم عند حجزك رسمياً في المستشفى لتلقي خدمات طبية متخصصة. إذا لم يتم حجزك رسمياً، فربما يتم التعامل معك بوصفك مريض عيادات خارجية بدلاً من تلقي العلاج داخل المستشفى حتى إذا مكثت في المستشفى طوال الليل.

فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): قد يتضمن فريق الرعاية الأطباء أو الممرضات أو الاستشاريين أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الموجودين لمساعدتك على الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها. يساعدك فريق الرعاية أيضاً على تحديد خطة الرعاية.

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالعقاقير المقررة بوصفها طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية التي نغطيها. نختارُ العقاقير الدوائية الواردة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيدال. 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 "كُتِبَ الوصفات".

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 مرفق تمريض أو مستشفى. تشمل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل التي تغطيها خطتنا الخدمات المجتمعية ومرافق التمريض (NF) وأشكال الدعم المجتمعية. تُعد برامج الإغفاء من خدمات الدعم المنزلية والمتعلقة بالمادة (c) 1915 من LTSS التابعة لبرنامج Medi-Cal التي تُقدَّم خارج خطتنا.

برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض (LIS): راجع "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"

برنامج صيدلانية خدمة البريد: قد تقدم بعض الخطط برنامج صيدلانية خدمة البريد الذي يسمح لك بالحصول على صرفية ما يصل إلى 3 أشهر من العقاقير المقررة بوصفها طبية الخاضعة للتغطية عن طريق إرسالها إلى منزلك مباشرة. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة ومريحة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.



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 والعقاقير الدوائية 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 وMedi-Cal.

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.

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.

ضرورة من الناحية الطبية: يصف ذلك الخدمات أو الصرفيات أو العقاقير الدوائية التي تحتاج إليها لمنع حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تفيدك من الذهاب إلى مستشفى أو مركز تمرير. كما تعني أيضاً الخدمات والصرفيات والعقاقير الدوائية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المقبولة.

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 الفشل الكلوي في مراحله النهائية (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").

Medicare Advantage: أحد برامج Medicare ويُعرف أيضاً باسم "القسم C" في برنامج Medicare "MA" ويقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.

مجلس الطعون التابع لبرنامج Medicare (المجلس): مجلس يراجع الطعون من المستوى 4. ويُعد المجلس جزءاً من الحكومة الفيدرالية.

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.

برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare (MDPP): برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل وزيادة النشاط البدني وإستراتيجيات التغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

المشترك في برنامج Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل للحصول على تغطية برنامجي Medicare و Medicaid. يُطلق على المشترك في برنامج Medicare-Medicaid أيضاً اسم "الفرد ذو الأهلية المزدوجة".



القسم A في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في المستشفيات ومراكز خدمات التمريض المهنية والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المرضى بالأمراض العضال.

القسم B في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والجراحات وزيارات الأطباء) والصرفيات (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) التي تُعد ضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة ما. كما أن القسم B في برنامج Medicare يغطي العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

القسم C في برنامج Medicare: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA"، الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا Medicare من خلال خطة MA.

القسم D في برنامج Medicare: برنامج Medicare لمزايا العقاقير المقررة بوصفة طبية. (ونطلق على هذا البرنامج "القسم D" اختصارًا). يغطي القسم D في برنامج Medicare العقاقير المقررة بوصفة طبية المقدمة لمرضى العيادات الخارجية والأمصال وبعض الصرفيات غير الخاضعة لتغطية القسمين A أو B في برنامج Medicare، أو تغطية برنامج Medicaid. وتتضمن خطتنا القسم D في برنامج Medicare.

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.

إدارة العلاج الدوائي (MTM): مجموعة متميزة من الخدمات أو مجموعة الخدمات التي يقدمها موفرو الرعاية الصحية بما في ذلك الصيدالة لضمان تحقيق أفضل النتائج العلاجية للمرضى. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5** من كتيب الأعضاء الخاص بك.

العضو (عضو خطتنا أو عضو الخطة): شخص مشترك في برنامجي Medicare وMedi-Cal مؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية الذي اشترك في خطتنا وتم تأكيد اشتراكه بواسطة مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) وبواسطة الولاية.

كتيب الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذا المستند ونموذج 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.

الصيدلية التابعة للشبكة: صيدلية (متجر أدوية) 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.

موفر الرعاية التابع للشبكة: يُعد مصطلح "موفر الرعاية" مصطلحًا عامًا نستخدمه للإشارة إلى الأطباء والمرضات والأشخاص الآخرين الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية. ويتضمن هذا المصطلح أيضًا المستشفيات ووكالات الصحة المنزلية والعيادات والأماكن الأخرى التي تُقدم خدمات الرعاية الصحية والأجهزة الطبية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل إليك.

- وهي مراكز مرخصة أو معتمدة من برنامج Medicare ومن الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- ونُطلق عليها اسم "موفرو الرعاية التابعون للشبكة" عندما يوافقون على العمل مع الخطة الصحية ويقبلون طريقتنا في الدفع ولا يفرضون على أعضاء خطتنا مبالغ إضافية.
- أثناء عضويتك في خطتنا، يتعين عليك التعامل مع موفري الرعاية التابعين للشبكة للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية. ويطلق أيضًا على موفري الرعاية التابعين للشبكة اسم "موفرو الرعاية وفقًا للخطة".

OMB Approval 0938-1444 (Expires: June 30, 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، فُيرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، على مدار الأسبوع، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات،

يرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



دار أو مرفق التمريض: مرفق يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على رعايتهم في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى.

مكتب الشكاوى والتظلمات: مكتب في ولايتك يعمل كمحامٍ نيابة عنك. يمكنهم الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنهم مساعدتك في فهم ما يجب القيام به. خدمات مكتب الشكاوى والتظلمات مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و 9** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك.

قرار المؤسسة: تتخذ خطتنا قرار المؤسسة عندما نقرر نحن أو أحد موفري الرعاية لدينا ما إذا كانت الخدمات خاضعة للتغطية أو المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وتسمى قرارات المؤسسة "قرارات بيان المزايا المغطاة". ويشرح **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء الخاص بك قرارات بيان المزايا المغطاة.

برنامج Original Medicare (برنامج Medicare التقليدي أو برنامج Medicare الرسوم 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 Medicare. ويتكون برنامج Original Medicare من جزأين: القسم A في برنامج Medicare (تأمين المستشفى) والقسم B في برنامج Medicare (التأمين الصحي).
- يُعد برنامج Original Medicare متاحًا لأي شخص داخل الولايات المتحدة.
- إذا كنت لا ترغب في الانضمام إلى خطتنا، فيمكنك اختيار برنامج Original Medicare.



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 تتطبق شروط معينة.

موفر رعاية غير تابع للشبكة أو مرفق غير تابع للشبكة: موفر رعاية أو مرفق غير موظف أو مملوك أو يخضع لإدارة خطتنا ولا يرتبط بعقد لتوفير الخدمات الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. يشرح **الفصل 3** من كتيب الأعضاء الخاص بك موفري الرعاية أو المرافق غير التابعة للشبكة.

التكاليف النثرية: متطلبات مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي يجب على الأعضاء دفعها مقابل جزء من الخدمات أو العقاقير الدوائية التي يحصلون عليها تُسمى أيضًا متطلبات التكاليف "النثرية". راجع تعريف "مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف" الوارد أعلاه.

الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC): الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية هي عقاقير دوائية أو أدوية يمكن لأي شخص شراؤها دون وصفة طبية من اختصاصي الرعاية الصحية.

القسم A: راجع "القسم A في برنامج Medicare".

القسم B: راجع "القسم B في برنامج Medicare".

القسم C: راجع "القسم C في برنامج Medicare".

القسم D: راجع "القسم D في برنامج Medicare".

العقاقير الدوائية ضمن القسم D: راجع "العقاقير الدوائية ضمن القسم D في برنامج Medicare".

المعلومات الصحية الشخصية (وتسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية) (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 في ما يتعلق الخاص بك PHI.

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 للتعرف على معلومات عن الحصول على الرعاية من موفري الرعاية الأولية.

التصريح المسبق (PA): موافقة يجب عليك الحصول عليها من قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو عقار دوائي 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 PA من خطتنا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء.

لا تغطي خطتنا بعض العقاقير الدوائية إلا إذا حصلت على PA منا.



- يتم وضع علامة على العقاقير الدوائية الخاضعة للتغطية التي تتطلب PA من خطتنا في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية.

برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE): برنامج يغطي مزايا برنامجي Medicare و Medicaid معًا للأشخاص البالغين سنهم 55 عامًا فأكثر ويحتاجون إلى مستوى عالٍ من الرعاية للإقامة بالمنزل.

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.

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 للحصول على معلومات عن QIO.

حدود الكمية: حد لكمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها. ويجوز لنا تحديد كمية العقار الدوائي التي نغطيها لكل وصفة طبية.

أداة Real Time Benefit Tool: بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمشاركين البحث فيه عن الأدوية الخاضعة للتغطية ومعلومات المزايا الخاصة بالمشارك الكامل والدقيقة والمناسبة سريريًا وفي الوقت المناسب. ويشمل ذلك مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف، والعقاقير الدوائية البديلة التي يمكن استخدامها للحالة الصحية نفسها مثل عقار دوائي معين، وقيود التغطية (التصريح المسبق)، والعلاج المرحلي، وحدود الكمية) التي تنطبق على العقاقير الدوائية البديلة.

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 عن الإحالات في **الفصلين 3 و4** من كتيب الأعضاء.

خدمات إعادة التأهيل: علاج يمكنك الحصول عليه لمساعدتك على الشفاء من مرض أو حادث أو عملية جراحية غير بسيطة. 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، والعدوى المنقولة جنسيًا (STI)، و HIV/AIDS، والاعتداء الجنسي والإجهاد، واضطراب إدمان المخدرات، ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي، وعنف العشير.

منطقة الخدمة: النطاق الجغرافي الذي تقبل فيه الخطة الصحية الأعضاء إذا كانت حدود العضوية معتمدة على أماكن إقامة الأشخاص. بالنسبة إلى الخطط 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.

حصة من التكلفة: الجزء من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك الذي قد يتعين عليك تحمله شهريًا قبل تفعيل المزايا الخاصة بك. ومقدار حصتك من التكلفة يتغير وفق دخلك ومواردك.

مركز خدمات التمريض المهني (SNF): مركز خدمات تمريض مجهز بطاقم ومعدات ليوفر الرعاية التمريضية المتخصصة، وفي أغلب الأحيان، خدمات إعادة التأهيل الماهرة وخدمات صحية أخرى.

الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): خدمات رعاية تمريضية متخصصة وخدمات إعادة تأهيل 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 طبيعي أو حقن بالوريد.



الاختصاصي: طبيب يوفر الرعاية الصحية لمرض معين أو عضو معين من أعضاء الجسم.

الصيدليات المختصة: راجع الفصل 5 من كُتِيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات المختصة.

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.

العلاج المرحلي: إحدى قواعد التغطية التي تتطلب منك تجربة عقار دوائي آخر قبل أن نبدأ بتغطية العقار الدوائي الذي طلبته.

دخل الضمان التكميلي (SSI): فائدة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى محدودي الدخل والموارد من ذوي الإعاقة أو المصابين بالعمى أو الذين تبلغ سنهم 65 عامًا أو أكثر. وفوائد دخل الضمان التكميلي (SSI) ليست هي نفسها فوائد الضمان الاجتماعي.

الرعاية اللازمة بشكل عاجل: رعاية تحصل عليها بسبب مرض أو إصابة أو حالة مفاجئة غير طارئة، إلا أنها تحتاج إلى رعاية فورية. يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري الرعاية غير التابعين للشبكة في حال عدم توفر موفري الرعاية التابعين للشبكة أو تَعَدُّ الوصول إليهم.



خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan

اتصال هاتفي	1-800-452-4413
المكالمات لهذا الرقم مجانية. 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. المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع.	
الفاكس	(877) 251-6671
مراسلة كتابية	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
الموقع الإلكتروني	blueshieldca.com/medicare

