

دليل التغطية

المزايا والخدمات الصحية وتغطية الأدوية المقررة بوصفة طبية لك
ضمن برنامج Medicare بوصفك عضوًا في
Blue Shield TotalDual Plan (HMO D-SNP)

مقاطعات لوس أنجلوس وسان دييغو

1 يناير 2026 - 31 ديسمبر 2026

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

H2819_26_364A_001_C_AR Approved 08262025

موافقة OMB رقم 0938-1444 (تنتهي في: 30 يونيو 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare



1 يناير 2026 – 31 ديسمبر 2026

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

مقدمة كُتِيب الأعضاء

يشرح كُتِيب الأعضاء هذا، والمعروف أيضًا باسم دليل التغطية، ما تستمتع به من تغطية بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2026. وهو يوضح خدمات الرعاية الصحية، وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية وإدمان المخدرات)، وتغطية الأدوية، والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل 12 من كُتِيب الأعضاء هذا.

هذا مستند قانوني هام. احتفظ به في مكان آمن.

عندما يُذكر في كُتِيب الأعضاء ضمير المتكلمين "نحن" أو مشتقاته، أو كلمة "خطتنا" فإن ذلك يشير إلى Blue Shield TotalDual Plan.

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

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة و/أو بطريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل الصوتي عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، 7 أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

- يمكنك الآن ومستقبلًا التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan. سيتم الاحتفاظ باللغة والصيغة المفضلة لديك في ملفتنا للاتصالات المستقبلية. لإجراء أي تحديثات على تفضيلاتك، يُرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



إشعار بتوفر خدمات المساعدة اللغوية والوسائل والخدمات المساعدة.

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

الشعار بالعربية (Arabic)

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

Հայերեն պիտակ (Armenian)

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



简体中文标语 (Chinese)

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

ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)

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

हिंदी टैगलाइन (Hindi)

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

Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

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



日本語表記 (Japanese)

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

한국어 태그라인 (Korean)

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

ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-800-452-4413 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.



Mien Tagline (Mien)

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Bei taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-800-452-4413 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-800-452-4413 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Mon-Khmer, Cambodian)

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

مطلب به زبان فارسی (Persian (Farsi))

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



Русский слоган (Russian)

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 111). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-452-4413 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Mensaje en español (Spanish)

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

Tagalog Tagline (Tagalog)

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



แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)

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

Примітка українською (Ukrainian)

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

Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)

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



اللغات الأخرى

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

التنسيقات الأخرى

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

خدمات الترجمة الفورية

توفر Blue Shield TotalDual Plan خدمات الترجمة الفورية الشفهية، بالإضافة إلى لغة الإشارة، من مترجم فوري مؤهل، على مدار 24 ساعة، دون أي تكلفة عليك. ليس عليك الاستعانة بأحد أفراد العائلة أو صديق كمترجم فوري. لا نشجع الاستعانة بالقاصرين كمترجمين فوريين ما لم يكن ذلك أمرًا طارئًا. خدمات الترجمة الفورية، والخدمات اللغوية والثقافية متاحة مجانًا. تتوفر خدمة المساعدة على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. للحصول على مساعدة لغوية، أو للحصول على هذا الكتيب بلغة مختلفة، اتصل على الرقم (TTY 711) 1-800-452-4413. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

إخلاء المسؤولية

❖ قد تتغير المزايا و/أو حصص المشاركة في الدفع في 1 يناير 2027.

❖ تعد مزايا الطعام والمنتجات الغذائية المذكورة هي ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. تعتمد الأهلية على استيفاء تعريف "المشارك المصاب بمرض مزمن". تشمل الحالات المزمنة المؤهلة، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: اضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وقصور القلب المزمن؛ ومرض



- ❖ السكري؛ وزيادة الوزن، والبدانة، ومتلازمة التمثيل الغذائي؛ واضطرابات الرئة المزمنة. يرجى الرجوع إلى كتيب الأعضاء الخاص بالخطة للحصول على قائمة كاملة بالحالات المزمنة المؤهلة ومتطلبات الأهلية.
- ❖ قد تتغير الأدوية الخاضعة للتغطية و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة موفري الرعاية في أي وقت. ستستلم إشعارًا بشأن أي تغييرات قد تؤثر عليك قبل 30 يومًا على الأقل.
- ❖ تقع على عاتق خطتنا مسؤولية تنسيق مزايا Medi-Cal (Medicaid) لك.
- ❖ خطة Blue Shield of California هي خطة HMO D-SNP متعاقدة مع كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. يعتمد الاشتراك في Blue Shield of California على تجديد العقد.
- ❖ التغطية تحت مظلة Blue Shield TotalDual Plan تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وبها يتم الوفاء بمتطلبات المسؤولية المشتركة الفردية لقانون الرعاية الصحية الأمريكي "أوباما كير" (Affordable Care Act, ACA). تفضل زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (Internal Revenue Service, IRS) على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية المشتركة للأفراد.
- ❖ Amazon Pharmacy هي شركة مستقلة عن Blue Shield of California ومتعاقدة مع Blue Shield لتوفير التوصيل المنزلي للأدوية المقررة بوصفة طبية لأعضاء Blue Shield.



الفصل 1: البدء بصفتك أحد الأعضاء

مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات حول Blue Shield TotalDual Plan، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات برنامج Medicare الخاصة بك وتتسق 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 هذا.

جدول المحتويات

A. مرحبًا بك في خطتنا.....	13
B. معلومات حول برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal.....	13
B1. برنامج Medicare.....	13
B2. برنامج Medi-Cal.....	13
C. مميزات خطتنا.....	14
D. منطقة الخدمة في خطتنا.....	14
E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة.....	15
F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد الخطط الصحية لأول مرة.....	15
G. فريق رعايتك وخطة الرعاية.....	16
G1. فريق الرعاية.....	16
G2. خطة الرعاية.....	16
H. ملخص التكاليف المهمة.....	17
H1. قسط تأمين الخطة.....	17
H2. مبلغ الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare.....	17
I. كتيب الأعضاء هذا.....	17
J. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قبلنا.....	17
J1. بطاقة معرف عضويتك.....	18



- J2. دليل موفري الرعاية والصيدليات 18
- J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية 20
- J4. شرح الاستحقاقات 20
- K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا 20
- K1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية المحمية (personal health information, PHI) 21



A. مرحبًا بك في خطتنا

توفر خطتنا خدمات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تشمل خطتنا الأطباء، والمستشفيات، والصيادلة، 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 تحتاج إليها.

B. معلومات حول برنامج Medicare و برنامج Medi-Cal

B1. برنامج Medicare

يُعد Medicare برنامجًا للتأمين الصحي الفيدرالي من أجل:

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

B2. برنامج Medi-Cal

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

تقرر كل ولاية:

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

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

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

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



C. مميزات خطتنا

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

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

- يمكنك التعاون معنا لتلبية معظم احتياجات رعايتك الصحية.
- سيكون لديك فريق رعاية تساعد أنت في تشكيله. قد يتضمن فريق رعايتك 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 رعايتك للمساعدة في عمل خطة رعاية.
- ستتمكن من إعطاء توجيهاتك بشأن الرعاية المقدمة لك بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- سوف يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية الخاص بك معك للخروج بخطة رعاية مصممة خصيصًا لتلبية احتياجاتك الصحية. وسوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاجها. على سبيل المثال، هذا يعني أن فريق رعايتك يتأكد مما يلي:
 - أن أطباءك على علم بجميع الأدوية التي تتناولها حتى يتسنى لهم التأكد أنك تتناول الأدوية الصحيحة، ويمكن لأطبائك الحد من أي آثار جانبية قد تحدث لك نتيجة تناول الأدوية.
 - 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 تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك 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 يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم الموجود أسفل الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

D. منطقة الخدمة في خطتنا

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

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

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



E. ما يؤهلك لتصبح عضوًا في الخطة

أنت مؤهل للحصول على خطتنا طالما أنك:

- تعيش في منطقة خدمتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا)، و
 - 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.
- إذا فقدت أهلية برنامج Medi-Cal ولكن من المتوقع أن تستعيدها في غضون ستة أشهر فأنت لا تزال مؤهلًا للاستفادة من خطتنا. اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

F. الإجراءات المتوقعة عند الالتحاق بأحد الخطط الصحية لأول مرة

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

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

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، حتى لو لم يكونوا تابعين لشبكتنا. نسمي هذا استمرارية الرعاية. إذا لم يكونوا ضمن شبكتنا، يمكنك الاحتفاظ بموفاي الرعاية الحاليين وتصاريح الخدمة في وقت الاشتراك لمدة تصل إلى 12 شهرًا إذا كانت جميع الشروط التالية مستوفاة:

- تطلب منا أنت أو ممثلك أو موفاي الرعاية الخاص بك السماح لك بالاستمرار في الاستعانة بموفاي الرعاية الحالي الخاص بك.
 - لقد أثبتنا أن لديك علاقة قائمة مع موفاي رعاية أولية أو الرعاية المتخصصة، مع بعض الاستثناءات. عندما نذكر "علاقة قائمة"، فهذا يعني أنك زرت موفاي رعاية غير تابع للشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارة غير طارئة خلال الـ 12 شهرًا السابقة لتاريخ اشتراكك الأولي في خطتنا.
 - نحن نحدد العلاقة القائمة من خلال مراجعة المعلومات الصحية المتوفرة لديك أو المعلومات التي تقدمها لنا.
 - يتطلب الرد على طلبك 30 يومًا. يمكن أن تطلب منا أيضًا اتخاذ قرار سريع ولا بد أن يتم الرد خلال 15 يومًا. يمكنك تقديم هذا الطلب عن طريق الاتصال بالرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413. إذا كنت معرضًا لخطر الأذى، يجب علينا الرد خلال 3 أيام.
 - يجب عليك أنت أو موفاي الرعاية الخاص بك إظهار وثائق العلاقة القائمة والموافقة على شروط معينة عند تقديم الطلب.
- ملاحظة:** يمكنك تقديم هذا الطلب لموردي الأجهزة الطبية المُعمّرة (Durable Medical Equipmen, DME) لمدة 90 يومًا على الأقل حتى نُصرح بجهاز DME مؤجر جديد ويقوم موفاي رعاية تابع للشبكة بتسليم الجهاز. على الرغم من أنه لا يمكنك تقديم هذا

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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 اتفاقاً مع طبيبك غير التابع للشبكة. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو جمعية الأطباء المستقلين (Independent Physician Association, IPA) هي منظمة تم تشكيلها بموجب قانون ولاية كاليفورنيا وتتعاقد مع الخطط الصحية لتوفير أو تنظيم توفير خدمات الرعاية الصحية للمشاركين في الخطة الصحية. المجموعة الطبية أو IPA هي جمعية من أطباء الرعاية الأولية والاختصاصيين تم إنشاؤها لتقديم خدمات رعاية صحية منسقة من أجلك. راجع الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. فريق رعايتك وخطة الرعاية

G1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الاستمرار في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. قد 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 أيضاً بإحالتك إلى موارد المجتمع المحلي أخرى قد لا توفرها خطتنا وسيعمل مع فريق رعايتك للمساعدة في تنسيق رعايتك. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات حول منسق الرعاية الخاص بك وفريق رعايتك.

G2. خطة الرعاية

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

تتضمن خطة رعايتك ما يلي:

- أهداف رعايتك الصحية، و

- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاجها.

يجتمع فريق رعايتك معك بعد HRA الخاص بك. وسيسألك عن الخدمات التي تحتاجها. ويوضح لك أيضاً الخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم وضع خطة رعايتك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. سيعمل فريق رعايتك الصحية معك لتحديث خطة رعايتك الصحية على الأقل مرة في كل عام.



H. ملخص التكاليف المهمة

قد تشمل تكاليفك ما يلي:

- قسط تأمين الخطة (القسم H1)
- مبلغ خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare (القسم H2)

في بعض الحالات، قد يكون قسط تأمين خطتك أقل.

H1. قسط تأمين الخطة

باعتبارك عضوًا في خطتك، فإنك تدفع قسط تأمين الخطة شهريًا. لعام 2026 قسط التأمين الشهري لـ Blue Shield TotalDual Plan هو \$7.00. ومع ذلك، فإنك لن تدفع أي تكاليف (\$0 شهريًا) طالما أنك مشترك في القسم D من الدعم المالي للدخل المنخفض، والمعروف أيضًا باسم "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"، وتغطية برنامج Medi-Cal الكاملة.

H2. مبلغ الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare

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

الفصل 2، يوضح القسم M3 المزيد حول خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare. إذا كنت لا توافق على المبلغ الوارد في الفاتورة كجزء من خيار الدفع هذا، يمكنك اتباع الخطوات الواردة في **الفصل 9** لتقديم شكوى أو طعن.

أ. كُتِيب الأعضاء هذا:

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

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

يسري العقد في الشهور التي تكون فيها مشتركًا في خطتنا في الفترة ما بين 1 يناير 2026 و 31 ديسمبر 2026.

ل. المعلومات الأخرى التي تحصل عليها من قبلنا

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



J1. بطاقة مُعرّف عضويتك

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

				blueshieldca.com/medicare	
Member Name: [Member Name] Member ID: [Member ID] Care Coordinator Phone: (888) 548-5765 PCP: [PCP Name]		RxBIN: 026696 RxPCN: 77993322 MEMBER CANNOT BE CHARGED PCP/SPC/ER \$0/\$0/\$0 H2819-001		Customer Service (800) 452-4413 (TTY: 711) Pharmacy Help Desk (800) 375-7924 Transportation (855) 200-7544 NurseHelp 24/7 (877) 304-0504 Send Medical Claims To: Blue Shield of California P.O. Box 272640, Chico, CA 95927-2640 Claims Processing 1606 Ave. Ponce De Leon San Juan, PR 00909-4830 Send Rx Claims To: In an emergency, call 911 or go to the nearest ER. Providers: Please file all claims with your local BCBS licensee in whose service areas the member received services.	

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

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

تذكر أنك تحتاج إلى بطاقة برنامج Medi-Cal أو بطاقة تعريف مزاي (Benefits Identification Card, 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 (In-Home Supportive Service, IHSS)
- برنامج خدمات الكبار متعدد الأغراض (Multipurpose Senior Services Program, MSSP)
- خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة

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

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

يسرد دليل موفري الرعاية والصيديات أخصائيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء، الممرضون الممارسون، والاختصاصيون النفسيون)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات)، وموفري الدعم (مثل موفرو الرعاية الصحية النهارية للكبار وموفرو الرعاية الصحية في المنزل) والذي يمكنك الاطلاع عليه بصفتك عضوًا في Blue Shield TotalDual Plan. ندرج في هذا الدليل الصيديات التي يمكنك أن تتعامل معها للحصول على أدوية المقررة بوصفة طبية. يوفر الدليل أيضًا بعض المعلومات حول ما يلي:

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

تعريف موفري الرعاية التابعين للشبكة

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

- الصيديات التابعة للشبكة هي الصيديات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل موفري الرعاية والصيديات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب في التعامل معها.
- باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف الوصفات الطبية من إحدى الصيديات التابعة لشبكتنا إذا كنت ترغب في أن تساعدك خطتنا في الدفع لها.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



لمزيد من المعلومات اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. ويمكن أن يوفر لك كلٌّ من قسم خدمات العملاء والموقع الإلكتروني أحدث المعلومات عن التغيرات الطارئة على موفري الرعاية والصيديات ضمن شبكتنا.

J3. قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية

تتضمن خططنا قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية. ونطلق عليها اسم قائمة الأدوية اختصارًا. وتسرد لك الأدوية التي تغطيها خططنا. يتم اختيار الأدوية الواردة في هذه القائمة من قبل خططنا بمساعدة الأطباء والصيادلة. يجب أن تستوفي قائمة الأدوية متطلبات برنامج Medicare. سيتم إدراج الأدوية ذات الأسعار المتفاوض عليها بموجب برنامج التفاوض بشأن أسعار الأدوية التابع لبرنامج Medicare في قائمة الأدوية ما لم تتم إزالتها واستبدالها كما هو موضح في الفصل 5، القسم E. وافق برنامج Medicare على قائمة الأدوية الخاصة بـ Blue Shield TotalDual Plan.

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

في كل عام، سوف نرسل لك معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، ولكن قد تطرأ بعض التغيرات 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 بوصفها طيبة من القسم D في برنامج Medicare، نرسل إليك ملخصًا لمساعدتك على فهم وتتبع مدفوعات الأدوية الطبية من القسم D من Medicare. يُسمى هذا الملخص شرح الاستحقاقات (Explanation of Benefits, EOB).

يُطلعك EOB على إجمالي المبلغ الذي تحملته، أو تحمله آخرون نيابة عنك، مقابل الحصول على الأدوية من القسم D في برنامج Medicare، وإجمالي المبلغ الذي دفعناه مقابل حصولك على كل دواء من الأدوية من القسم D في برنامج Medicare خلال الشهر. EOB هذا لا يعتبر فاتورة. يتضمن EOB مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. سوف تجد في الفصل 6 من كتيب الأعضاء المزيد من المعلومات حول EOB وكيف يساعدك على تتبع تغطية الأدوية الخاصة بك.

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

K. الحفاظ على سجل عضويتك محدثًا

يمكنك تحديث سجل عضويتك عن طريق إخبارنا عندما تتغير معلوماتك.

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

أخبرنا على الفور عما يلي:

- إذا طرأ أي تغيير على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك؛
- إذا طرأ أي تغيير على أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل التغطية التي يوفرها صاحب العمل أو صاحب العمل لزوجتك/زوجك، أو صاحب عمل رقيقك/رقيقتك الشخصية أو تعويضات العاملين.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- إذا كانت لديك أي دعاوى بخصوص المسؤوليات القانونية، مثل الدعاوى الخاصة بحوادث السيارات؛
 - الدخول إلى مركز خدمات التمريض أو مستشفى؛
 - إذا حصلت على رعاية في مستشفى أو غرفة 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 تنوي المشاركة فيها، ولكننا نشجعك على القيام بذلك).
- إذا تغيرت أي معلومات، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.

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

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



الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد الهامة

مقدمة

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

جدول المحتويات

A. خدمة العملاء	24
B. منسق الرعاية الخاص بك	27
C. برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (Health Insurance Counseling and Advocacy Program, HICAP)	29
D. خط الاستشارات التمريضية	30
E. خط أزمة الصحة السلوكية	31
F. منظمة تحسين الجودة (Quality Improvement Organization, QIO)	32
G. برنامج Medicare	33
H. برنامج Medi-Cal	35
I. مكتب التظلمات للرعاية المُدارة والصحة العقلية ببرنامج Medi-Cal	36
J. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة	37
K. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة	39
L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا	40
M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية	41
M1. برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) من برنامج Medicare	41
M2. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)	42
M3. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare	42
N. الضمان الاجتماعي	43
O. مجلس تقاعد السكك الحديدية (Railroad Retirement Board, RRB)	44

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من



P. موارد أخرى.....	45
Q. برنامج Medi-Cal Dental.....	46



A. خدمة العملاء

اتصال هاتفي	1-800-452-4413. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	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. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.
مراسلة كتابية	Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856
الموقع الإلكتروني	blueshieldca.com/medicare

اتصل بخدمة العملاء للحصول على المساعدة بشأن:

- الاستفسارات بخصوص الخطة
- الاستفسارات المتعلقة بالمطالبات أو الفواتير
- قرارات بيان المزايا المغطاة الخاصة برعايتك الصحية
 - قرار بيان المزايا المغطاة 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 هذا.
- 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- لمعرفة المزيد حول الطعون، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا 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 عبر الرابط www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
 - يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى برنامج التظلمات التابع لـ Medicare Medi-Cal عن طريق الاتصال بالرقم 1-855-501-3077.
 - للتعرف على المزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الصحية، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا.
- قرارات بيان المزايا المغطاة 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 (over-the-counter, OTC) وبعض الفيتامينات، بواسطة Medi-Cal Rx. للمزيد من المعلومات يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273.
 - لمعرفة المزيد عن قرارات بيان المزايا المغطاة المتعلقة بالأدوية الخاصة بك، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا.
- تقديم الطعون بخصوص الأدوية
 - تقديم الطعن هو طريقة لأن تطلب منا تغيير قرار بيان المزايا المغطاة.
 - لمعرفة المزيد حول تقديم طعن بشأن الأدوية الخاصة بك، راجع **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا.
- تقديم الشكاوى بخصوص الأدوية



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



B. منسق الرعاية الخاص بك

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

اتصال هاتفي	1-888-548-5765. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. من 8:00 ص إلى 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.
TTY	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. من 8:00 ص إلى 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.
مراسلة كتابية	Blue Shield of California ATTN: DSNP Health Risk Assessment Team 3840 Kilroy Airport Way Long Beach, CA 90806

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

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

قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

- الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- الرعاية التمريضية المتخصصة
 - العلاج البدني
 - العلاج المهني
 - علاج التخاطب
 - الخدمات الطبية الاجتماعية
 - الرعاية الصحية المنزلية
 - خدمات الدعم المنزلية (IHSS) من خلال وكالة الخدمة الاجتماعية في مقاطعتك
 - في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على مساعدة في الرعاية الصحية واحتياجاتك المعيشية اليومية.
- اعتمادًا على المقاطعة التي تعيش فيها وأهليتك، قد تتلقى أيضًا دعمًا مجتمعيًا إضافيًا من خلال 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 تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:
- وسائل تكيف الإمكانات البيئية (التعديلات المنزلية)
 - خدمات التوجيه لانتقال السكن
 - ودائع الإسكان
 - خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
 - الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبياً
 - خدمات العناية الشخصية والمنزلية
 - رعاية التعافي (الرعاية الطبية المؤقتة)
 - استراحة مقدمي الرعاية
 - الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى، أو
 - مراكز تحسين الوعي



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

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

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

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

اتصل بـ HICAP للمساعدة بشأن:

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



D. خط الاستشارات التمريضية

يقدم خط الاستشارات التمريضية التابع لـ Blue Shield of California الدعم من خلال الممرضات المسجلات المتوافرات للإجابة على الأسئلة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. الممرضات متاحات عبر الهاتف للرد على أسئلة الصحة العامة وتقديم التوجيهات إلى الموارد الإضافية لمزيد من المعلومات. من خلال خط الاستشارات التمريضية، يمكن للأعضاء تلقي ملخص للمحادثة عبر البريد الإلكتروني يتضمن جميع المعلومات والروابط لسهولة الرجوع إليها. يمكنك الاتصال بخط الاستشارات التمريضية بخصوص أي أسئلة لديك حول صحتك أو الرعاية الصحية.

304-0504 (877). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.	اتصال هاتفي
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. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع	TTY



E. خط أزمة الصحة السلوكية

خط الوصول والأزمات في مقاطعة لوس أنجلوس 1-800-854-7771 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية. خط الوصول والأزمات في مقاطعة سان دييغو 1-888-724-7240 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.	اتصال هاتفي
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. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع	TTY

اتصل بخط الأزمات للصحة السلوكية للمساعدة في:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية وخدمات علاج إدمان المخدرات

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



F. منظمة تحسين الجودة (QIO)

يوجد بولايتنا منظمة يطلق عليها Commence Health. وهي تضم مجموعة من الأطباء وأخصائيي رعاية صحية آخرين يساعدون في تحسين جودة الرعاية الصحية للأشخاص المستفيدين من برنامج Medicare. Commence Health منظمة مستقلة. ولا تتبع خطتنا.

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

تواصل مع Commence Health للحصول على المساعدة فيما يلي:

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



G. برنامج Medicare

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

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

اتصال هاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048. 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.
المحادثة المباشرة	يمكنك التحدث مباشرة عبر الرابط www.Medicare.gov/talk-to-someone
مراسلة كتابية	مراسلة برنامج Medicare على العنوان PO Box 1270, Lawrence, KS 66044

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الموقع الإلكتروني

www.medicare.gov

- احصل على معلومات حول الخطط الصحية وخطط الأدوية التابعة لـ Medicare في منطقتك، بما في ذلك تكلفتها والخدمات التي تقدمها.
 - ابحث عن الأطباء المشاركين في برنامج Medicare أو موفري الرعاية الصحية الآخرين والموردين.
 - اكتشف ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات أو الجرعات أو الأمصال وزيارات "العافية" السنوية).
 - احصل على معلومات ونماذج طعون برنامج Medicare.
 - احصل على معلومات حول جودة الرعاية المقدمة من الخطط ودور التمريض والمستشفيات والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومراكز رعاية الأمراض العضال ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ومستشفيات الرعاية طويلة الأجل.
 - ابحث عن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة.
- لتقديم شكوى إلى برنامج Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/my/medicare-complaint. يتعامل برنامج Medicare مع ما تقدمه من شكوى باهتمام وسوف يستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة خدمات Medicare.



H. برنامج Medi-Cal

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

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

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

اتصال هاتفي	1-800-430-4263 من الاثنين إلى الجمعة، من 8 ص إلى 6 م.
TTY	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.
مراسلة كتابية	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
الموقع الإلكتروني	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/



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

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

اتصال هاتفي	1-888-452-8609 من الاثنين إلى الجمعة، من 8 ص إلى 5 م.
TTY	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.
مراسلة كتابية	CA Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
البريد الإلكتروني	MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov
الموقع الإلكتروني	www.dhcs.ca.gov/services/MH/Pages/mh-ombudsman.aspx

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ل. الخدمات الاجتماعية بالمقاطعة

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

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

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

اتصال هاتفي	1-866-613-3777 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. تمتلك إدارة الخدمات الاجتماعية العامة في مقاطعة لوس أنجلوس مركزًا واحدًا لخدمة العملاء (Customer Service Center, CSC) يقدم الخدمات لعدد 33 مكتبًا في المنطقة. وتمتد ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة باستثناء أيام العطلات، من الساعة 7:30 ص إلى الساعة 6:30 م.
TTY	1-877-735-2929 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	Los Angeles County Department of Public Social Services 2855 E. Olympic Blvd. Los Angeles, CA 90023
الموقع الإلكتروني	https://dpss.lacounty.gov
اتصال هاتفي	1-866-262-9881 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو مقاطعة سان دييغو للصحة والخدمات الإنسانية متاحون بين الساعة 8:00 ص والساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. خط الوصول للخدمة الذاتية متاح 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على المتصلين إدخال رقم الضمان الاجتماعي (Social Security Number, SSN) الخاص بهم لاستخدام النظام.
TTY	1-619-589-4459 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام 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	مراسلة كتابية
https://www.sandiegocounty.gov/content/sdc/hhsa.html	الموقع الإلكتروني



K. وكالة خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة

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

مقاطعة لوس أنجلوس 1-800-854-7771 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية. مقاطعة سان دييغو 1-888-724-7240 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. نوفر خدمات مترجمين فوريين مجانًا لمن لا يتحدث بالإنجليزية.	اتصال هاتفي
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. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.	TTY

اتصل بوكالة الصحة السلوكية التابعة للمقاطعة للمساعدة في:

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



L. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

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

اتصال هاتفي	1-888-466-2219 ممثلو DMHC متاحون بين الساعة 8:00 ص و 6:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.
TDD	1-877-688-9891 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
مراسلة كتابية	Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
الفاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	www.dmhc.ca.gov



M. برامج لمساعدة الأشخاص على دفع ثمن الأدوية

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

M1. برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) من برنامج Medicare

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

اتصال هاتفي	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) الاتصالات بهذا الرقم مجانية، والخدمة متاحة على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048 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.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov

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

- يمكنك الاتصال بخدمة العملاء، وإعلامهم بأنك تدفع مبلغًا كبيرًا جدًا مقابل الأدوية المقررة بوصفة طبية وتقديم معلومات برنامج Medi-Cal الخاصة بك. سيتم اعتبار أهليتك لبرنامج Medi-Cal أفضل دليل متاح لتحديث برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الخاص بك وخفض حصة المشاركة في الدفع للوصفة الطبية الخاصة بك إذا أمكن. علمًا إن خفض حصة المشاركة في الدفع للأدوية المقررة بوصفة طبية غير مضمون.
- عندما نحصل على الدليل الذي يوضح مستوى حصة المشاركة في الدفع المناسب، سنقوم بتحديث نظامنا حتى تتمكن من دفع مبلغ حصة المشاركة في الدفع المناسب عندما تحصل على الوصفة الطبية التالية لك. في حالة دفع مبالغ زائدة عن حصة المشاركة في الدفع الخاصة بك، سنردها إليك إما بموجب شيك أو على شكل رصيد حصة المشاركة في الدفع المستقبلية. إذا لم تُحصل الصيدلية حصة المشاركة في الدفع الخاصة بك وكنت مدينًا لها، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الصيدلية. إذا دفعت الولاية نيابة عنك، فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى الولاية. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة إذا كانت لديك أسئلة.



M2. برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS Drug Assistance Program, ADAP)

يساعد ADAP الأشخاص المؤهلين لبرنامج ADAP المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية (Human immunodeficiency virus, HIV) متلازمة نقص المناعة المكتسبة (Acquired immunodeficiency syndrome, AIDS) في الحصول على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. أدوية القسم D في برنامج Medicare الموجودة أيضًا في كتيب الوصفات الخاص بـ ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة في مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف للوصفات الطبية من خلال California ADAP. لمزيد من المعلومات، اتصل بـ ADAP في كاليفورنيا على الرقم 421-7050 (844)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة أو تفضل بزيارة موقعهم الإلكتروني على https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx. ملاحظة: للتأهل لبرنامج ADAP في ولايتك، يجب على الأفراد استيفاء معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية والحالة المتعلقة بـ HIV، وانخفاض الدخل (وفقًا لتعريف الولاية)، وعدم وجود تأمين صحي أو وجود تأمين غير كاف. في حالة تغييرك لخطتك، أخطر موظف التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة للحصول على معلومات حول معايير الأهلية أو الأدوية الخاضعة للتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، يُرجى الاتصال بـ ADAP في كاليفورنيا على الرقم 421-7050 (844)، من الساعة 8 ص إلى الساعة 5 م، من الاثنين إلى الجمعة أو زيارة موقعهم الإلكتروني على: https://www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

M3. خطة الدفع مقابل الوصفة الطبية من برنامج Medicare

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



N. الضمان الاجتماعي

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

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

1-800-772-1213	اتصال هاتفي
علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8:00 ص حتى 7:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بهم للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.	
1-800-325-0778	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.ssa.gov	الموقع الإلكتروني

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

RRB هي وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج المزايا الشاملة للعاملين في السكك الحديدية في البلاد وأسرهم. إذا حصلت على برنامج Medicare من RRB، فأخبرهم في حالة الانتقال أو تغيير عنوانك البريدي. للأسئلة حول المزايا الخاصة بك من RRB، اتصل بالوكالة.

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



P. موارد أخرى

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

إذا كانت لديك مشاكل مع:

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

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



Q. برنامج Medi-Cal Dental

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

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

تتوفر مزايا طب الأسنان من خلال نظام الرسوم مقابل الخدمة (Fee-for-Service, FFS) والرعاية المُدارة للأسنان (Dental Managed Care, DMC).

اتصال هاتفي	1-800-322-6384 علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو برنامج Medi-Cal Dental بنظام FFS متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.
TTY	1-800-735-2922 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون صعوبات في السمع أو الكلام. ينبغي أن يكون لديك هاتف ذو طبيعة خاصة لتتصل على هذا الرقم.
الموقع الإلكتروني	www.dental.dhcs.ca.gov smilecalifornia.org

بدلاً من برنامج Medi-Cal Dental بنظام الرسوم مقابل الخدمة، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من خلال خطة رعاية صحية مُدارة للأسنان. تتوفر خطط الرعاية المُدارة للأسنان في مقاطعات لوس 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 ص إلى الساعة 6:00 م، علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. تتوفر أيضًا جهات اتصال خطة الرعاية المُدارة للأسنان هنا: www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx



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

مقدمة

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

جدول المحتويات

A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية.....	49
B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا.....	49
C. منسق الرعاية الخاص بك.....	51
C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك.....	51
C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.....	51
C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك.....	51
D. الرعاية من موفري الرعاية.....	51
D1. الحصول على رعاية من موفر الرعاية الأولية (PCP).....	51
D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة.....	53
D3. عندما يترك موفر رعاية تابع للشبكة خطتنا.....	54
D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة.....	55
E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS).....	56
F. خدمات الصحة السلوكية، خدمات (الصحة العقلية وعلاج إدمان المخدرات).....	57
F1. خدمات الصحة السلوكية من برنامج Medi-Cal المقدمة خارج خطتنا.....	57
G. خدمات النقل.....	60
G1. النقل الطبي في غير الطوارئ.....	60

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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



A. معلومات حول الخدمات وموفري الرعاية

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

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

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

B. قواعد الحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية في خطتنا

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

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. **لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare**.



- 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 (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم D في هذا الفصل).** عادةً، لن نقوم بتغطية الرعاية من موفر الرعاية الذي لا يعمل مع خطتنا الصحية. وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لموفر الرعاية بالكامل مقابل الخدمات التي تحصل عليها. وإليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:
 - 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 تغطيها خطتنا ولم يتمكن موفرو الرعاية التابعون لشبكتنا من توفيرها، فيمكنك الحصول على الرعاية من موفر رعاية غير تابع للشبكة. يجب الحصول على تصريح من الخطة قبل طلب الرعاية. في هذه الحالة، سنغطي الرعاية كما لو كنت حصلت عليها من موفر رعاية تابع للشبكة أو دون أي تكلفة عليك. للحصول على معلومات حول الحصول على موافقة لاستخدام موفر رعاية غير تابع للشبكة، انتقل إلى **القسم D4** في هذا الفصل.
 - 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.
 - عندما تلتحق بخطتنا 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. راجع **الفصل 1** من كتيب الأعضاء هذا. إذا وافقنا على طلبك، فيمكنك الاستمرار في زيارة موفري الرعاية الذين تستعين بهم الآن لمدة تصل إلى 12 شهرًا للحصول على الخدمات. خلال تلك الفترة، سيتصل بك منسق الرعاية الخاص بك لمساعدتك في العثور على موفري رعاية تابعين لشبكتنا والمنتسبين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك. بعد مرور 12 شهرًا، لن نغطي رعايتك إذا واصلت الاستعانة بموفري رعاية غير تابعين لشبكتنا وغير تابعين للمجموعة الطبية لـ PCP الخاص بك.

التغطية الصحية الأخرى: يجب على أعضاء برنامج Medi-Cal استخدام جميع التغطية الصحية الأخرى (Other health coverage, OHC) قبل برنامج Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها متاحة بموجب التغطية الصحية الخاصة بك لأن برنامج Medi-Cal هو الحل الأخير لسداد المدفوعات. وهذا يعني أنه في معظم الحالات، سيكون برنامج Medi-Cal هو الجهة الثانوية المسؤولة عن الدفع نظير Medicare OHC، والتي تغطي التكاليف المسموح بها التي لا تدفعها خطتنا أو غيرها من خدمات OHC وذلك في حدود معدل برنامج Medi-Cal.

أعضاء جدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك 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 يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711) إذا كان لديك أي استفسارات.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



C. منسق الرعاية الخاص بك

C1. تعريف منسق الرعاية الخاص بك

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

C2. كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

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

C3. كيفية تغيير منسق الرعاية الخاص بك

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

D. الرعاية من موفري الرعاية

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

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

تعريف PCP ومهام PCP تجاهك

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

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

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

اختيارك لـ PCP

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

لاختيار PCP، يمكنك:

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

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

خيار تغيير PCP الخاص بك

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

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



اسم PCP الخاص بك ورقم هاتف عيادته مطبوعان على بطاقة عضويتك. إذا غيّرت PCP الخاص بك، فسوف تستلم بطاقة عضوية جديدة.

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

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

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

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

D2. الرعاية من الاختصاصيين وغيرهم من موفري الرعاية التابعين للشبكة

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

- اختصاصيو الأورام الذين يقدّمون الرعاية لمرضى السرطان.
- أخصائيو أمراض القلب الذين يقدّمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشاكل في القلب.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- أخصائيو تقويم العظام الذين يقدّمون الرعاية للمرضى الذين يعانون من مشاكل 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 PCP الاستمرار في إدارة عملية توفير الرعاية لك.

كما سيحتاج PCP الخاص بك إلى الحصول على موافقة مسبقة من الخطة لتتمكن من الحصول على خدمات معينة. ويطلق على هذه الموافقة المسبقة اسم "تصريح مسبق". على سبيل المثال، يلزم الحصول على تصريح مسبق لجميع حالات الإقامة غير الطارئة داخل المستشفى. في بعض الحالات تستطيع المجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك، بدلاً من خطتنا، أن تقوم بعمل تصريح الخدمة لك. إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المسؤول عن إرسال التصاريح المسبقة للخدمات والموافقة عليها، يمكن أن تتصل بالمجموعة الطبية التابعة لـ PCP الخاص بك. يمكنك كذلك الاتصال بخدمة العملاء. لمزيد من المعلومات حول الخدمات التي تتطلب تصريحاً مسبقاً، يُرجى مراجعة جدول المزايا في 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 أُلحِصت فيما يلي:

- حتى إذا تغيرت شبكة موفري الرعاية لدينا خلال العام، يجب أن نمنحك إمكانية الوصول دون انقطاع إلى موفري الرعاية المؤهلين.
- سنخبرك بأن موفر الرعاية الخاص بك سيتترك خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار موفر الرعاية الجديد.
 - إذا ترك موفر الرعاية الأولية أو موفر رعاية الصحة السلوكية الخاص بك خطتنا، فسنخطررك إذا زرت موفر الرعاية هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
 - إذا ترك أي من موفري الرعاية الآخرين خطتنا، فسنخطررك إذا تم تخصيص موفر الرعاية هذا لك، أو تحصل حالياً على الرعاية منه، أو زرتة خلال الأشهر الثلاثة الماضية.



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

D4. موفرو الرعاية غير التابعين للشبكة

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

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

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



E. الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS)

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

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 واحتياجاتك المعيشية اليومية.

قد تكون قادرًا على الحصول على هذه الخدمات:

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

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 تكيف الإمكانات البيئية (التعديلات المنزلية)
- خدمات التوجيه لانتقال السكن
- ودائع الإسكان
- خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
- الوجبات الداعمة أو الوجبات المخصصة طبيًا
- خدمات العناية الشخصية والمنزلية
- رعاية التعافي (الرعاية الطبية المؤقتة)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- استراحة مقدمي الرعاية
- الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى
- مراكز تحسين الوعي

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

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

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

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

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات استقرار الحالة في حالات الأزمات
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى للمرضى النفسيين
- إدارة الحالات المستهدفة
- إعادة تأهيل ودمج الخارجين من السجون أو المؤسسات الإصلاحية



- العلاج المجتمعي الإلزامي (Assertive community treatment, ACT)
 - العلاج المجتمعي الإلزامي الجنائي (Forensic assertive community treatment, FACT)
 - الرعاية المتخصصة المنسقة (Coordinated specialty care, CSC) للذهان الأولي (First episode psychosis, FEP)
 - خدمات النادي المجتمعي
 - خدمات العاملين في صحة المجتمع المعززة (Community health worker, CHW)
 - التوظيف المدعوم
 - الخدمات السلوكية العلاجية
 - تنسيق الرعاية المركزة
 - الخدمات المنزلية المكثفة
- 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
 - علاج اضطراب تعاطي المخدرات أثناء الإقامة قبل الولادة
 - خدمات العلاج في العيادات الخارجية
 - برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
 - أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
 - خدمات دعم الأقران
- تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم من برنامج Medi-Cal للأدوية (Drug Medi-Cal Organized Delivery System, DMC-ODS) من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (LACDPH)، وخدمات الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو إذا كنت تستوفي معايير الحصول على هذه الخدمات. تشمل خدمات DMC-ODS ما يلي:
- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
 - خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
 - أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
 - خدمات العلاج في العيادات الداخلية
 - خدمات إدارة الانسحاب



• برنامج العلاج بالأدوية المسكنة

• خدمات التعافي

• تنسيق الرعاية

• خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى

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

توفر خدمات الصحة السلوكية

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

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)

- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها (يُرجى الاتصال بالرقم 888-742-7900 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع)

- الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو - خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (يُرجى الاتصال بالرقم 888-724-7240 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع)

- خط الصحة السلوكية لدى Blue Shield TotalDual Plan (يُرجى مراجعة القسم D في الفصل 2 من هذا الكتيب لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)

- خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة في أسفل 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 الجهتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تتم إحالتك من خلال Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة بالاتصال بالجهة التي تتم الإحالة إليها. كما سيتم استكمال نموذج الإحالة من قبل موفر الرعاية المُحيل، وسيتم إرساله إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.



عمليات تسوية المشكلات

إذا نشأ خلاف أو نزاع بينك وبين المقاطعة أو Blue Shield 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 للحصول عليها سلبًا. يمكنك أيضًا استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، اعتمادًا على الجهة التي تتنازع معها. للحصول على معلومات حول إجراءات الطعون، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء الذي حصلت عليه.

G. خدمات النقل

G1. النقل الطبي في غير الطوارئ

يحق لك الحصول على النقل الطبي في غير الطوارئ 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 لا تزال بحاجة إلى النقل الطبي في غير الطوارئ بمجرد استخدام 48 رحلة اتجاه واحد نقدمها لك، يمكنك التحدث إلى موفر الرعاية الخاص بك وطلب رحلات إضافية. يقرر موفر الرعاية الخاص بك أو مزود خدمة النقل لدينا، Call The Car أفضل نوع من وسائل النقل لتلبية احتياجاتك. إذا كنت بحاجة إلى النقل الطبي في غير الطوارئ، فسيصفونه من خلال إكمال نموذج وتقديمه إلى Blue Shield TotalDual Plan للموافقة عليه. وبناءً على حاجتك الطبية، تسري الموافقة لمدة عام واحد. سيقوم موفر الرعاية الخاص بك بإعادة تقييم حاجتك للنقل الطبي في غير الطوارئ لإعادة الموافقة كل 12 شهرًا.

تتمثل خدمات النقل الطبي في غير الطوارئ في النقل بسيارة إسعاف أو عربة مجهزة 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 ملائمة 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 إليه جسديًا أو طبياً على النحو الذي يحدده تصريح كتابي من موفر الرعاية الخاص بك لأنك غير قادر على استخدام الحافلة أو التاكسي أو السيارة أو الشاحنة الصغيرة للوصول إلى موعدك.
- تحتاج إلى مساعدة السائق ذهابًا وإيابًا إلى مكان إقامتك أو وسيلة النقل أو مكان العلاج، بسبب إعاقة جسدية أو عقلية

لطلب خدمات النقل الطبي التي وصفها طبيبك لمواعيدك الدورية غير العاجلة، يُرجى الاتصال بـ Call The Car على الرقم (TTY: 711) 1-877-433-2178، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات للكراسي المتحركة وتعديلها وتتبعها وإلغائها. لا يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لنقل المرضى بالنقالة ويجب عليك الاتصال لهذه الحجوزات. يجب إجراء حجز المواعيد غير العاجلة قبل 24 ساعة من موعدك. 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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، فستساعدك Blue Shield TotalDual Plan في جدولة عملية نقلك. تتوفر قائمة الخدمات الخاضعة للتغطية في **الفصل 4** من هذا الكتيب. لا تتم تغطية وسائل النقل خارج شبكة Blue Shield 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 لتلقي الخدمات المُصرح بها من قبل موفر الرعاية الخاص بك. تستخدم Blue Shield TotalDual Plan خدمة Call The Car لتنظيم 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 المَصرَاح بها، اتصل بـ Call The Car على (TTY: 711) 1-877-433-2178 قبل أربعة وعشرين (24) ساعة على الأقل من موعدك. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجزات وتعديلها وتتبعها وإلغائها. 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.

ملاحظة: يمكن للأعضاء من الهنود الأمريكيين الاتصال بعيادة الصحة الهندية المحلية في منطقتهم 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 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 عريتك أو مكان علاجك بسبب حالة جسدية أو عقلية.
- إذا كنت تستخدم كرسيًا متحركًا ولا تستطيع الصعود إلى المركبة أو النزول منها دون مساعدة السائق.
- الخدمة غير مغطاة من قبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal.

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

H1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

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

- خطر جسيم على حياتك أو على حياة طفلك الذي لم يولد بعد؛ أو
 - فقدان أو ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ أو
 - خلل جسيم في أي من وظائف الأعضاء أو أجزاء الجسد؛ أو
 - في حالة الولادة العاجلة للمرأة الحامل، في حالة:
 - عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
 - يمثل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا على صحتك أو سلامتك أو صحة الجنين.
- ما يجب عليك أن تفعل إذا واجهتك حالة طبية طارئة:

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الخدمات الخاضعة للتغطية في حالات الطوارئ الطبية

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

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

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

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

الحصول على رعاية الطوارئ إذا لم تكن حالة طارئة

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كنت تعاني من حالة طوارئ صحية طبية أو صحية سلوكية. يمكنك الذهاب للحصول على رعاية الطوارئ وسيحدد الطبيب أنها ليست حالة طارئة حقًا. فطالما أنك اعتقدت لأسباب معقولة أن صحتك كانت في خطر شديد، فسندفع ما تلقينته 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 متفاقمة لحالة موجودة بالفعل أو مرض أو إصابة غير متوقعة.

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

لا نغطي الرعاية اللازمة بشكل عاجل إلا في حالة:

- الحصول على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة و
- اتباع القواعد المذكورة في هذا الفصل.

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



هناك حاجة إلى الرعاية اللازمة بشكل عاجل خارج منطقة خدمة خطتنا

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

تغطي خطتنا خدمات الطوارئ وخدمات الرعاية اللازمة بشكل عاجل في أي مكان في العالم خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها في ظل الظروف التالية، بدون حد سنوي مشترك. لمعرفة المزيد، راجع *رعاية الطوارئ والرعاية اللازمة بشكل عاجل* في جدول المزايا الطبية في الفصل 4، القسم D.

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

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

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

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

إذا دفعت أكثر من مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف في خطتك مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية أو إذا تلقيت فاتورة التكلفة الكاملة للخدمات الطبية الخاضعة للتغطية، راجع **الفصل 7** من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة ما يجب القيام به.

لا يجب عليك دفع الفاتورة بنفسك. إذا قمت بذلك، فلن تتمكن الخطة من رد لك ما دفعته.

1.1 ماذا تفعل إذا كانت خطتنا لا تغطي الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي تم تحديدها بأنها ضرورية من الناحية الطبية، و

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

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

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

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

سندفع نظير بعض الخدمات بقيمة تصل إلى حد معين. وإذا تخطيت هذا الحد، فسيتم 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 أيضاً التجربة الطبية) طريقة يختبر بها الأطباء أنواع الرعاية الصحية أو الأدوية. عادةً ما تطلب دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare مشاركة متطوعين في الدراسة. عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، يمكنك البقاء مسجلاً في خطتنا والاستمرار في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية غير المتعلقة بالدراسة) من خلال خطتنا.

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 يتعين على موفري الرعاية الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة أن يكونوا موفري رعاية تابعين للشبكة. لا ينطبق هذا على المزايا الخاضعة للتغطية التي تتطلب تجربة سريرية أو تسجيل لتقييم الميزة، بما في ذلك مزايا معينة تتطلب تغطية مع تطوير الأدلة (NCDs-CED) وإعفاء الجهاز الاستقصائي (Investigational device exemption, IDE). وقد تخضع هذه المزايا أيضاً 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 عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت لدراسة بحثية سريرية يوافق عليها برنامج Medicare، فلن تدفع شيئاً 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 مشاركاً في دراسة
- الخضوع لعملية أو أي إجراء طبي آخر يُعد جزءاً من الدراسة البحثية
- معالجة أي آثار جانبية للرعاية الجديدة وكذلك مضاعفاتها

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

J3. المزيد من المعلومات 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/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf). ويمكنك الاتصال أيضًا على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

K. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك في مؤسسة 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 تمرير 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 قانوني ينص على رفضك لتلقي علاج طبي "غير إجباري".

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

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

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

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

- تغطي خططنا فقط الجوانب غير الدينية للرعاية.

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

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

- 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



L. الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME)

L1. الحصول على DME بصفتك عضوًا في خطتنا:

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

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

تمتلك بعض عناصر DME، مثل الأجهزة التعويضية.

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

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

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

L2. ملكية DME إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare

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

بصفتك عضوًا في Blue Shield TotalDual Plan، فلن تضطر إلى دفع تكاليف DME الخاضعة للتغطية طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية ومُعتمدة من قبل طبيبك. عادةً لن تكتسب ملكية عناصر DME بغض النظر عن عدد حصص المشاركة في الدفع التي تدفعها مقابل العنصر أثناء عضويتك في خطتنا، حتى وإن كنت قد سددت ما يصل إلى 12 دفعة متتالية لعنصر DME نفسه بموجب برنامج Original Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا. وفي ظروف محدودة معينة، سننقل ملكية عنصر DME إليك. يرجى الاتصال بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

ملاحظة: يمكنك العثور على تعريفات لخطط Original Medicare و MA في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات عنها في كتيب *Medicare & You 2026*. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليها من الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على الرابط (www.medicare.gov/medicare-and-you) أو الاتصال على 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.

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

- 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 بصفتك عضوًا في خطتنا

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

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

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

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

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

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

- معدات ومستلزمات وخدمات الأكسجين لمدة 24 شهرًا أخرى
- معدات ومستلزمات الأكسجين 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 ومستلزمات 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 ومستلزمات الأكسجين التي تغطيها وما هي تكاليفك.



الفصل 4: جدول المزايا

مقدمة

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

أعضاء جُدد في Blue Shield TotalDual Plan: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في Blue Shield TotalDual Plan للحصول على مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر الذي يلي طلبك للاشتراك 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 يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Medi-Cal الخاصة بك. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-800-452-4413 (TTY: 711) إذا كانت لديك أي استفسارات



جدول المحتويات

A. الخدمات الخاضعة للتغطية والتكاليف النثرية التي ستدفعها من مالك الخاص	72
B. قواعد ضد موفري الرعاية الذين يفرضون عليك رسومًا مقابل الخدمات	72
C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا	72
D. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا	77
E. جدول إجراءات مزايا طب الأسنان المغطاة	139
F. الدعم المجتمعي	146
G. المزايا المغطاة خارج خطتنا	147
G1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)	147
G2. برنامج Medi-Cal Dental	148
G3. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)	149
G4. برامج الإعفاءات من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS)	149
G5. خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة المقدمة خارج خطتنا (خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات)	152
H. المزايا التي لا تغطيها خطتنا ولا برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal	154



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

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

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

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

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

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

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

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

C. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

يوضح لك جدول المزايا 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. لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا، طالما أنك تستوفي المتطلبات الموضحة أدناه.

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

- بالنسبة للمشاركين الجدد، لأول 90 يوماً قد لا نطلب منك الحصول على موافقة مسبقة على أي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت مع موفر رعاية غير تابع للشبكة.
- سوف تحصل على الرعاية من موفر رعاية تابع للشبكة. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر رعاية يعمل معنا. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تحصل عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة إلا إذا كانت حالة طوارئ أو الرعاية اللازمة بشكل عاجل أو ما لم تقدم لك خطتك أو موفر رعاية تابع للشبكة إحالة. يحتوي **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا على مزيد من المعلومات حول الاستعانة بموفر رعاية تابعين للشبكة وغير تابعين لها.
- 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 الاستعانة بموفر رعاية غير PCP الخاص بك أو الاستعانة بموفر رعاية آخرين في شبكة خطتنا. وتُسمى هذه إحالة. يحتوي **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا 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 (Prior authorization, PA). نحن نميز الخدمات الخاضعة للتغطية في جدول المزايا والتي تحتاج إلى PA عن طريق كتابتها بخط مائل.
- إذا قدمت خطتك موافقة على طلب PA للحصول على مسار العلاج، يجب أن تكون الموافقة سارية طالما كانت مقبولة وضرورية من الناحية الطبية لتجنب توقف الرعاية بناءً على معايير التغطية وتاريخك الطبي وتوصيات موفر الرعاية المعالج.
- إذا فقدت مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك، خلال فترة 6 أشهر من الأهلية المستمرة، فستستمر مزايا برنامج Medicare الخاصة بك في هذه الخطة. ومع ذلك، قد لا تكون خدمة برنامج Medi-Cal الخاصة بك مشمولة بالتغطية. اتصل بمكتب الأهلية في مقاطعتك أو خيارات الرعاية الصحية للحصول على معلومات حول أهليتك لبرنامج Medi-Cal. يمكنك الاحتفاظ بمزايا برنامج Medicare الخاصة بك، ولكن ليس مزايا برنامج Medi-Cal الخاصة بك.

معلومات المزايا المهمة للأعضاء الذين يعانون من حالات مزمنة معينة.

- إذا كنت تعاني من أي من الحالات المزمنة المدرجة أدناه وكنت تستوفي معايير طبية معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية. تعد مزايا الطعام والمنتجات الغذائية المذكورة هي ميزة تكميلية خاصة للمصابين بمرض مزمن (Special Supplemental Benefit for the Chronically Ill, SSBCI). لن يكون جميع أعضاء الخطة مؤهلين للحصول عليها. تعتمد الأهلية على استيفاء تعريف "المشارك المصاب بمرض مزمن" وإحدى الحالات المزمنة المؤهلة للخطة على الأقل أدناه:
- اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (substance use disorders, SUDs)
- اضطرابات المناعة الذاتية:
 - التهاب الشرايين العقدي المتعدد
 - ألم العضلات الروماتيزمي
 - التهاب العضلات
 - التهاب العضلات والجلد



- التهاب المفاصل الروماتويدي
- الذئبة الحمامية الجهازية
- التهاب المفاصل الصدفي
- تصلب الجلد
- السرطان
- اضطرابات القلب والأوعية الدموية:
 - عدم انتظام ضربات القلب
 - مرض الشريان التاجي
 - مرض الأوعية الدموية المحيطي
 - مرض صمام القلب
- قصور القلب المزمن
- الخرف
- مرض السكري
- زيادة الوزن والبدانة ومتلازمة التمثيل الغذائي
- مرض الجهاز الهضمي المزمن:
 - مرض الكبد المزمن
 - مرض الكبد الدهني غير الكحولي (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD)
 - الالتهاب الكبدي B
 - الالتهاب الكبدي C
 - التهاب البنكرياس
 - متلازمة القولون العصبي
 - مرض الأمعاء الالتهابي
- مرض الكلى المزمن (Chronic kidney disease, CKD):
 - CKD الذي يتطلب غسيل الكلى/مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (End-stage renal disease, ESRD)
 - CKD لا يتطلب غسيل الكلى
- اضطرابات الدم الشديدة:
 - فقر الدم اللاتنسجي
 - الهيموفيليا
 - قلة الصفيحات المناعي
 - متلازمة خلل التنسج النخاعي



- مرض الخلايا المنجلية (باستثناء سمة الخلايا المنجلية)
- الاضطراب الانصمامي الخثاري الوريدي المزمن
- HIV/AIDS
- اضطرابات الرئة المزمنة:
 - مرض الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن
 - التليف الكيسي
 - انتفاخ الرئة
 - التليف الرئوي
 - ارتفاع ضغط الدم الرئوي
 - مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD)
- حالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقة:
 - الاضطرابات ثنائية القطب
 - اضطرابات الاكتئاب الشديدة
 - اضطراب الارتياح
 - الفصام
 - اضطراب فصامي عاطفي
 - اضطراب ما بعد الصدمة (Post-traumatic stress disorder, PTSD)
 - اضطرابات تناول الطعام
 - اضطراب القلق
- الاضطرابات العصبية:
 - التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS)
 - الصرع
 - الشلل الواسع النطاق (أي، الشلل النصفي، الشلل الرباعي، شلل الساقين، شلل طرف واحد)
 - مرض هانتغتون
 - التصلب المتعدد
 - مرض باركنسون
 - اعتلال الأعصاب العديدة
 - الألم العضلي التليفي
 - متلازمة التعب المزمن
 - إصابات الحبل الشوكي
 - تضيق العمود الفقري



- العجز العصبي المرتبط بالسكتة الدماغية
 - السكتة الدماغية
 - رعاية ما بعد زراعة الأعضاء
 - نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة
 - الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي:
 - مرض الزهايمر
 - الإعاقة الفكرية وإعاقات النمو
 - إصابات الدماغ الرضحية
 - إعاقة المرض العقلي المرتبط بالضعف الإدراكي
 - ضعف إدراكي طفيف
 - الحالات المرتبطة بالتحديات الوظيفية وتتطلب خدمات مماثلة بما في ذلك ما يلي:
 - إصابات الحبل الشوكي
 - الشلل
 - فقدان الأطراف
 - السكتة الدماغية
 - التهاب المفاصل
 - الحالات المزمنة التي تضر بالعيون والسمع (الصمم) والتنوق واللمس والشم
 - الحالات التي تتطلب خدمات علاج مستمرة من أجل الحفاظ على الأداء أو الاحتفاظ به
 - ستكتشف الخطة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان مُوقَّع حول حالتك المزمنة المؤهلة.
 - **Healthy Benefits+** هي بطاقة إنفاق مع بدلات المزايا الخاصة بك المشحونة مسبقًا على البطاقة للمساعدة في دفع ثمن العناصر والخدمات الخاضعة للتغطية. بمجرد أن تعتبر مؤهلاً، ستتلقى خطابًا من مسؤول المزايا مع بطاقة المزايا الشخصية الخاصة بك. وسيعلمك هذا الخطاب بأنه تم شحن بطاقتك بمبلغ البدل. كما ستوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى مزيد من التفاصيل حول الميزة عبر الهاتف أو الموقع الإلكتروني أو تطبيق الهاتف المحمول.
 - للأسئلة حول هذه الميزة، يمكنك الاتصال بمسؤول المزايا على الرقم [TTY: 711] 572-6341 (855)، من 8 ص إلى 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من الأحد إلى السبت، ومن 1 أكتوبر إلى 31 مارس، ومن الاثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا زيارة HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل.
 - راجع صف "المساعدة في حالات مزمنة معينة" في جدول المزايا لمزيد من المعلومات.
 - اتصل بنا للحصول على معلومات إضافية.
- جميع الخدمات الوقائية مجانية. هذه التفاحة 🍏 توضح الخدمات الوقائية في جدول المزايا.



D. نبذة عن جدول المزايا في خطتنا

ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	أدوية القسم B في برنامج Medicare تخضع هذه الأدوية للتغطية بموجب القسم B من برنامج Medicare. تدفع خطتنا تكلفة الأدوية التالية: • الأدوية التي لا يتناولها المريض بنفسه عادةً ويتم حقنها أو حقنها بالحقن الوريدي خلال تلقي الخدمات في عيادة الطبيب أو في العيادات الخارجية التابعة للمستشفى أو في مراكز جراحات اليوم الواحد • الأنسولين المزود من خلال أحد الأجهزة الطبية المُعمّرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام أحد الأجهزة الطبية المُعمّرة (مثل أجهزة استنشاق الرذاذ) التي سمحت بها خطتنا • دواء الزهايمر® Leqembi (الدواء المماثل (البديل) lecanemab) الذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد (IV) • عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا • أدوية زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare علاج أدوية الزرع إذا دفع برنامج Medicare مقابل عملية زراعة الأعضاء الخاصة بك. يجب أن يكون لديك القسم A في وقت الزراعة المغطاة، ويجب أن يكون لديك القسم B في وقت الحصول على الأدوية المثبطة للمناعة. يغطي القسم D في برنامج Medicare الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان القسم B لا يغطيها يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	أدوية القسم B في برنامج Medicare (تابع) • أدوية علاج هشاشة العظام التي تؤخذ عن طريق الحقن. يتم الدفع نظير هذه الأدوية إذا كنت عاجزًا عن التحرك من منزلك أو تعاني من كسر عظمي أقرّ الطبيب أن له صلة بهشاشة العظام التي تحدث بعد انقطاع الطمث، ولا يمكن أن تتناول الدواء بنفسك • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا قام الطبيب بتحضيرها وقام شخص مدرب بشكل صحيح (قد يكون أنت، المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب. • بعض الأدوية المضادة للسرطان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان التي تؤخذ عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن أو كان الدواء دواء أوليًا (شكل فموي من الدواء يتحول، عند تناوله، إلى نفس المكون النشط الموجود في الدواء القابل للحقن). مع توفر أدوية السرطان الجديدة التي تؤخذ عن طريق الفم، قد يغطيها القسم B. إذا كان القسم B لا يغطيها، فسيغطيها القسم D • الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل أو في غضون 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو يتم استخدامها كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان عن طريق الوريد • بعض أدوية مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (ESRD) المغطاة بموجب القسم B في برنامج Medicare • الأدوية المحاكاة للكالسيوم والأدوية الرابطة للفوسفات بموجب نظام دفع ESRD، بما في ذلك الدواء عن طريق الوريد Parsabiv®، والأدوية عن طريق الفم Sensipar • بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، ومضاد الهيبارين (عندما يكون ذلك ضروريًا من الناحية الطبية) والتخدير الموضعي • عوامل تحفيز تكوين كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare عقار erythropoietin عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من ESRD أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج الأنيميا المرتبطة ببعض الحالات الأخرى (مثل Epogen® أو Procrit® أو Epoetin Alfa® أو Aranesp® أو Darbepoetin Alfa® أو Mircera® أو Methoxy polyethylene glycol-epotin beta) يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	أدوية القسم B في برنامج Medicare (تابع) ● الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية ● التغذية الوريدية والمعوية (التغذية عن طريق الوريد (IV) والتغذية بالأنبوب) نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب القسم B في برنامج Medicare ومعظم اللقاحات للبالغين بموجب مزايا الأدوية من القسم D في برنامج Medicare. يفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا مزايا الدواء لدينا. إذ يوضح القواعد التي يتعين عليك اتباعها كي تتم تغطية الوصفات الطبية. الفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا يشرح ما تدفعه مقابل أدويةك من خلال خطتنا. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	إقامة المرضى الداخليين: الخدمات الخاضعة للتغطية في المستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني (Skilled nursing facility, SNF) أثناء إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة نحن لا ندفع مقابل إقامتك كمرضى داخلي إذا كنت قد استخدمت كل مزايا المرضى الداخليين الخاصة بك أو إذا كانت الإقامة غير معقولة وغير ضرورية من الناحية الطبية. 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 خدمات التمريض. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • خدمات الطبيب • الفحوصات التشخيصية مثل اختبارات المعمل • العلاج بالأشعة السينية والراديو والنظائر المشعة، بما في ذلك المواد والخدمات المخصصة للممارسين الفنيين • الضمادات الجراحية • الجبائر بأنواعها والأجهزة الأخرى المستخدمة للكسور وحالات الخلع • الأجهزة التعويضية والتقويمية، فيما عدا المستخدمة لعلاج الأسنان، بما فيها استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة. هذه هي الأجهزة التي تحل محل كل أو جزء من: ○ عضو داخلي في الجسم (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو ○ وظيفة عضو داخلي مُعطل أو به خلل وظيفي. • دعائم الساق والذراع والظهر والرقبة، وأحزمة الفتق، والأطراف الاصطناعية للساقين والذراعين، والعيون الاصطناعية. تتضمن هذه الأعضاء عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال لعلاج الكسور أو التلف أو الفقد، أو لعلاج تغيّر في حالتك. • العلاج البدني وعلاج التخاطب والعلاج المهني قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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



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



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 الإقلاع عن التدخين واستعمال التبغ تتم تغطية استشارات الإقلاع عن التدخين واستعمال التبغ للمرضى الخارجيين والمرضى في المستشفى الذين يستوفون هذه المعايير: • استعمال التبغ، بغض النظر عما إذا كانت تظهر علامات أو أعراض مرضية ترتبط بالتبغ • أن تكون منتبهاً ومستيقظاً أثناء الاستشارة • يقدم طبيب مؤهل أو ممارس آخر معترف به من قبل برنامج Medicare المشورة ونغطي محاولتي إقلاع في السنة (قد تشمل كل محاولة أربع دورات متوسطة أو مكثفة كحد أقصى، مع ما يصل إلى ثماني جلسات في السنة).
\$0	التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري وخدماته ومستلزماته سندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): • مستلزمات لمراقبة الجلوكوز في الدم، وتتضمن ما يلي: ○ جهاز قياس نسبة السكر في الدم ○ أشرطة اختبار الجلوكوز في الدم ○ أجهزة وأدوات أخذ عينة الدم ○ تحاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة القياس • بالنسبة للأفراد الذين يعانون من مرض السكري مع مرض القدم السكري الحاد، سندفع مقابل الخدمات التالية: يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	 التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري وخدماته ومستلزماته (تابع) ○ زوج من الأحذية العلاجية ذات التصميم المخصص (بما في ذلك بطانات الأحذية)، مع إجراء ملائمة القياس، وزوج من بطانات الأحذية لكل سنة ميلادية، أو ○ زوج واحد من الأحذية العريضة، مع إجراء ملائمة القياس، وثلاثة أزواج من بطانات الأحذية (لا يتضمن ذلك بطانات الأحذية غير المخصصة القابلة للنزع المرفقة مع هذه الأحذية) ● سندفع نظير التدريب على مساعدتك في التحكم في مرض السكري في بعض الحالات. لمعرفة المزيد، اتصل بخدمة العملاء. بالنسبة لشرائط الاختبار وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم، فإن الشركة المصنعة المفضلة هي شركة Abbott. لن تتطلب شرائط اختبار FreeStyle® (التي تصنعها شركة Abbott) وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم حصولك على موافقة مسبقة من طبيبك (تسمى أحياناً "تصريح مسبق") من الخطة. ستتطلب شرائط الاختبار وأجهزة قياس نسبة السكر في الدم من جميع الشركات المصنعة الأخرى حصولك على موافقة مسبقة من طبيبك (يطلق عليها أحياناً "تصريح مسبق") من الخطة. ستتطلب أجهزة استشعار/استقبال مراقبة الجلوكوز المستمرة الحصول على تصريح مسبق. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	التطعيمات  سندفع مقابل الخدمات التالية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا، مرة واحدة في كل موسم أنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات الإنفلونزا الإضافية إذا كان الأمر ضرورياً من الناحية الطبية • لقاحات الالتهاب الكبدي B إذا كنت معرضاً لخطر كبير أو متوسط للإصابة بالالتهاب الكبدي B • لقاحات كوفيد-19 • لقاح فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) • لقاحات أخرى إذا كنت في خطر وتفي بقواعد تغطية القسم B في برنامج Medicare سندفع ثمن اللقاحات الأخرى التي تدرج ضمن قواعد القسم D في برنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 6 من كتيب الأعضاء هذا. نحن أيضاً ندفع ثمن جميع اللقاحات للبالغين وفقاً لما أوصت به اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP).
\$0	الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS) CBAS هو مركز خارجي أو مرفق يعتمد على برنامج الخدمة حيث يحضر الأشخاص وفقاً لمواعيد محددة. ويوفر الرعاية التمريضية المتخصصة، وخدمات مجتمعية، والعلاجات (متضمناً العلاج المهني والعلاج البدني وعلاج التخاطب)، والرعاية الشخصية، وتدريب مقدم الرعاية أو العائلة، والخدمات الغذائية، ووسائل النقل، وخدمات أخرى. سندفع نظير CBAS في حالة استيفاء معايير الأهلية. ملاحظة: إذا لم يكن مركز CBAS متوفراً، يمكننا توفير هذه الخدمات منفصلة.
\$0	الخدمات الوقائية من مرض الربو يمكنك الحصول على تنقيف حول مرض الربو وتقييم البيئة المنزلية لبحث وجود محفزات شائعة في المنزل للأشخاص الذين يعانون من مرض الربو الذي لا يمكن السيطرة عليه بشكل جيد.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 يتعين عليك الحصول على موافقة من خطتنا لمواصلة الحصول على تلقي العلاج داخل المستشفى في مستشفى غير تابعة للشبكة بعد اجتياز حالتك الطارئة.	الرعاية الصحية في العيادات الداخلية نحن ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الضرورية من الناحية الطبية غير المدرجة هنا: ● الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) ● الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض الدورية ● تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات الرعاية المركزة أو الرعاية التاجية ● الأدوية والعقاقير الدوائية ● الاختبارات المعملية ● الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى ● المستلزمات الطبية والجراحية الضرورية ● الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة ● خدمات غرفة العمليات وغرفة الإنعاش ● العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب ● خدمات علاج إدمان المخدرات للمرضى الذين يتلقون العلاج داخل المستشفى ● في بعض الحالات، الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية، والكلى، والكلى/البنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، والنخاع العظمي، والخلية الجذعية، والأمعاء/أعضاء حشوية متعددة. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الرعاية الصحية في العيادات الداخلية (تابع) إذا كنت في حاجة إلى إجراء عملية زرع أعضاء، سيراجع مركز زرع أعضاء معتمد من برنامج Medicare حالتك، ومن ثم يقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع أم لا. قد يكون موفرو عمليات زرع الأعضاء محليين أو من خارج منطقة الخدمة. إذا كان موفرو عمليات الزرع المحليون مستعدين لقبول النسبة المحددة من قبل برنامج Medicare، حينها يمكنك الحصول على خدمات عمليات الزرع محليًا أو خارج نموذج الرعاية لمجتمعك. إذا كانت خططنا توفر خدمات زرع الأعضاء في مواقع خارج نمط الرعاية لمجتمعنا واخترت إجراء عملية زراعة الأعضاء في هذا المكان، فإننا نرتب أو نغطي تكاليف الإقامة والسفر لك ولشخص آخر. • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه • خدمات الطبيب المعالج ملاحظة: لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب على موفر الرعاية الخاص بك كتابة أمر لدخولك 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 أو خارجيًا، فاسأل موظفي المستشفى. احصل على مزيد من المعلومات في صحيفة حقائق برنامج Medicare مزايا مستشفى Medicare. صحيفة الحقائق هذه متاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الرعاية في مركز خدمات التمريض مركز خدمات التمريض (Nursing facility, NF) هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى. تتضمن الخدمات التي ندفع نظيرها، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: ● الغرف شبه الخاصة (أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية) ● الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض ● العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب ● علاج الجهاز التنفسي ● الأدوية التي تتناولها كجزء من خطة الرعاية. (وتتضمن هذه المواد التي توجد عادةً في الجسم طبيعيًا، مثل عوامل تخثر الدم.) يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
الرعاية في مركز خدمات التمريض (تابع) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه • الصرفيات الطبية والجراحية الضرورية التي تعطيها عادةً مراكز خدمات التمريض • الاختبارات المعملية التي تجربها عادةً مراكز خدمات التمريض • خدمات الأشعة السينية والتصوير بالأشعة الأخرى التي تقدمها عادةً مراكز خدمات التمريض • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادةً مراكز خدمات التمريض • خدمات الطبيب المعالج/طبيب ممارس • الأجهزة الطبية المُعمَّرة • خدمات الأسنان بما فيها تركيب أطقم الأسنان • المزايا البصرية • فحوصات السمع • الرعاية التكوينية للعمود الفقري • خدمات طب الأقدام ستتلقى الرعاية عادةً من مراكز تابعة لشبكة التأمين. ولكن قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا: • مركز خدمات التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلًا قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز خدمات التمريض). • مركز خدمات التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى.	



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): للحصول على تعريف للرعاية في مركز خدمات التمريض المهني، انتقل إلى الفصل 12. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: ● الغرف شبه الخاصة، أو الغرف الخاصة إذا ما كان استخدامها ضروريًا من الناحية الطبية ● الوجبات، بما في ذلك الوجبات الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض المهني ● العلاج البدني، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب ● الأدوية التي توصف لك ضمن خطة الرعاية، وتتضمن المواد التي توجد عادةً في الجسم، مثل عوامل تجلط الدم يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF) (تابع) • الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه • المستلزمات الطبية والجراحية التي تعطيها SNFs • الاختبارات المعملية التي تجريها SNFs • خدمات الأشعة السينية والتصوير بالأشعة الأخرى التي تقدمها مراكز خدمات التمريض • الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي تقدمها عادة مراكز التمريض • خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية ستتلقى رعاية SNF عادةً من مراكز تابعة للشبكة. في ظل ظروف معينة، قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مركز غير تابع لشبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية في حال موافقتهم على مبالغ الدفع الواردة في خطتنا: • مركز خدمات التمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث كنت نزيلًا قبيل توجهك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر الرعاية التي يقدمها مركز خدمات التمريض) • مركز خدمات التمريض حيث يقيم زوجك/زوجتك أو الرفيق الشخصي في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	العلاج الوقائي قبل التعرض (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) للوقاية من HIV  إذا لم يكن لديك HIV، ولكن طبيبك أو أي ممارس رعاية صحية آخر يحدد أنك في خطر متزايد للإصابة بـ HIV، فإننا نغطي العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والخدمات ذات الصلة. إذا كنت مؤهلاً، تشمل الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • أدوية PrEP المعتمدة من قبل FDA لتؤخذ عن طريق الفم أو الحقن. إذا كنت تحصل على دواء قابل للحقن، فإننا نغطي أيضاً رسوم حقن الدواء. • ما يصل إلى 8 جلسات استشارية فردية (بما في ذلك تقييم مخاطر HIV والحد من مخاطر HIV والالتزام بالأدوية) كل 12 شهراً. • ما يصل إلى 8 فحوصات HIV كل 12 شهراً. • فحص فيروس التهاب الكبد B لمرة واحدة.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	العلاج بالتغذية الطبية  يستفيد من هذه الميزة الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري أو أمراض الكلى دون إجراء غسيل كلوي. كما تتم الاستفادة منها بعد إجراء عملية زرع كلى عند الحصول على إحالة من طبيبك. سندفع نظير ثلاث ساعات من الخدمات الاستشارية الفردية خلال العام الأول من تلقيك لخدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. ثم ندفع نظير ساعتين من الخدمات الاستشارية الفردية كل عام. إذا حدث تغيير في الحالة المرضية أو العلاج أو التشخيص لديك، فقد تتوفر لك إمكانية الحصول على المزيد من ساعات العلاج حسب إحالة الطبيب. يجب الحصول على هذه الخدمات بوصفها طبية من طبيب، وأن يتم تجديد الإحالة سنوياً إذا كان العلاج مطلوباً في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.
\$0	العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (Supervised exercise therapy, SET) نحن ندفع مقابل SET للأعضاء الذين يعانون من أعراض مرض الشريان المحيطي (Peripheral artery disease, PAD) ممن لديهم إحالة لـ PAD من الطبيب المعالج المسؤول عن علاج PAD. خطتنا تدفع مقابل: • ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعاً إذا تم استيفاء جميع متطلبات SET • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا اعتبرها موفر الرعاية الصحية ضرورية من الناحية الطبية يجب أن يكون برنامج الـ SET على النحو التالي: • جلسات مدتها 30 إلى 60 دقيقة من برنامج التمارين العلاجية والتدريبية لعلاج PAD لدى الأعضاء الذين يعانون من تشنجات في الساق بسبب ضعف تدفق الدم (العرج) • في العيادات الخارجية بالمستشفى أو في عيادة الطبيب المعالج • يقدمه موظفون مؤهلون يتأكدون من أن الفائدة تتجاوز الضرر والذين تم 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 قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 حصة المشاركة في الدفع لكل زيارة علاج بالحقن في المنزل المغطاة	العلاج بالحقن في المنزل تدفع خطتنا تكاليف العلاج بالحقن في المنزل، والذي يُعرف بأنه أدوية أو مواد بيولوجية يتم حقنها في الوريد أو حقنها تحت الجلد وتقدم لك هذه الخدمة في المنزل. هناك حاجة إلى ما يلي لإجراء الحقن في المنزل: • الدواء أو المادة البيولوجية، مثل الجلوبيولين المضاد للفيروسات أو المناعي؛ • المعدات، مثل المضخة؛ و • المستلزمات، مثل الأنابيب أو القسطرة. تغطي خطتنا خدمات الحقن في المنزل التي تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك؛ • تدريب الأعضاء وتعليمهم غير مدرجين بالفعل في مزايا DME؛ • مراقبة عن بُعد؛ و • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مورد العلاج بالحقن في المنزل المؤهل. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0 لكل زيارة إلى مركز جراحات اليوم الواحد أو العيادات الخارجية في المستشفى.	العمليات الجراحية في العيادات الخارجية سندفع نظير العمليات الجراحية في العيادات الخارجية والخدمات التي يتم توفيرها في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز جراحات اليوم الواحد. ملاحظة: إذا كنت ستجري عملية جراحية في المستشفى، يجب عليك التحقق مع موفر الرعاية الخاص بك حول ما إذا كنت ستكون مريضًا داخليًا أو خارجيًا. ما لم يكتب موفر الرعاية أمرًا لإدخالك كمريض داخلي في المستشفى، فأنت مريض في العيادات الخارجية. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر مريضًا خارجيًا. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	العناصر غير المقررة بوصفها طبية (Over-the-Counter, OTC)* يحق لك الحصول على بدل ربع سنوي قدره \$120 للأدوية والمستلزمات المدرجة في كتالوج OTC. تشمل هذه الميزة عناصر مثل الأسبرين والفيتامينات وأدوية البرد والسعال والضمادات. لا تشمل هذه الميزة عناصر مثل مستحضرات التجميل، والمكملات الغذائية. يتوفر كتالوج عناصر OTC وإرشادات الطلب عبر الإنترنت على الرابط blueshieldca.com/medicareOTC. يمكنك طلب العناصر عبر الهاتف على الرقم [711: TTY] 628-2770 (888)، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 ص حتى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، أو عبر الإنترنت على الرابط blueshieldca.com/medicareOTC. سيتم شحن الطلبات إليك بدون أي رسوم إضافية. يُرجى الانتظار حوالي 7 أيام عمل للتوصيل. تصبح هذه الميزة سارية في اليوم الأول من كل ربع سنة. يمكنك تقديم طلبين كل ثلاثة أشهر ولا يمكنك تحويل المخصصات غير المستخدمة إلى ربع السنة التالي. تُطبق بعض القيود. يُرجى الرجوع إلى كتالوج العناصر OTC للحصول على مزيد من المعلومات. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	الفحص البدني السنوي تتم تغطيتك لإجراء فحص بدني روتيني كل 12 شهرًا بالإضافة إلى زيارة العافية السنوية. تتضمن هذه الزيارة مراجعة شاملة لتاريخك الطبي والعائلي، وتقييمًا تفصيليًا من الرأس إلى أخمص القدمين وغيرها من الخدمات والإحالات والتوصيات التي قد تكون مناسبة.
\$0	الفحص والاستشارة بخصوص إساءة استخدام الكحول سندفع مقابل فحص تعاطي الكحول (SABIRT) مرة واحدة للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول وليس مدمني الكحول. ويتضمن هذا النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة الفحص الخاص بإساءة استخدام الكحول إيجابية، يمكنك الحصول على ما يصل إلى أربع جلسات استشارية ومختصرة بالحضور شخصيًا سنويًا (إذا كنت مؤهلًا وغير واقع تحت تأثير المادة الكحولية أثناء الاستشارة) وسيتم توفيرها بواسطة موفر رعاية أولية (PCP) مؤهل أو طبيب ممارس رعاية أولية مؤهل في مركز للرعاية الأولية.



إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	المساعدة في حالات مزمنة معينة الطعام والمنتجات الغذائية* تتضمن هذه الخطة ميزة الطعام والمنتجات الغذائية للأعضاء الذين يعانون من حالة (حالات) مزمنة معينة. وهي: ● بدل شهري قدره \$60 لشراء الطعام والمنتجات الصحية والمغذية. يمكن شراء العناصر المعتمدة من تجار التجزئة المعتمدين محليًا لمساعدة الأعضاء في الحفاظ على نظام غذائي صحي لدعم احتياجاتهم الغذائية. ● لا يمكن ترحيل هذا البديل من شهر إلى شهر. ● لكي تكون مؤهلاً للحصول على هذه الميزة (لن يكون جميع الأعضاء مؤهلين)، يجب أن يكون لديك حالة مزمنة واحدة على الأقل: ● اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات الأخرى (substance use disorders, SUDs) ● اضطرابات المناعة الذاتية: ○ التهاب الشرايين العقدي المتعدد ○ ألم العضلات الروماتيزمي ○ التهاب العضلات ○ التهاب العضلات والجلد ○ التهاب المفاصل الروماتويدي ○ الذئبة الحمامية الجهازية ○ التهاب المفاصل الصدفي ○ تصلب الجلد ● السرطان يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	المساعدة في حالات مزمنة معينة (تابع) • اضطرابات القلب والأوعية الدموية: ○ عدم انتظام ضربات القلب ○ مرض الشريان التاجي ○ مرض الأوعية الدموية المحيطي ○ مرض صمام القلب • قصور القلب المزمن • الخرف • مرض السكري • زيادة الوزن والبدانة ومتلازمة التمثيل الغذائي • مرض الجهاز الهضمي المزمن: ○ مرض الكبد المزمن ○ مرض الكبد الدهني غير الكحولي (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD) ○ الالتهاب الكبدي B ○ الالتهاب الكبدي C ○ التهاب البنكرياس ○ متلازمة القولون العصبي ○ مرض الأمعاء الالتهابي • مرض الكلى المزمن (Chronic kidney disease, CKD): ○ CKD الذي يتطلب غسيل الكلى/مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية (End-stage renal disease, ESRD) ○ CKD لا يتطلب غسيل الكلى • اضطرابات الدم الشديدة: ○ فقر الدم اللاتنسجي ○ الهيموفيليا ○ قلة الصفيحات المناعي ○ متلازمة خلل التنسج النخاعي يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



	المساعدة في حالات مزمنة معينة (تابع) ○ مرض الخلايا المنجلية (باستثناء سمة الخلايا المنجلية) ○ الاضطراب الانصمامي الخثاري الوريدي المزمن ● HIV/AIDS ● اضطرابات الرئة المزمنة: ○ مرض الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن ○ التليف الكيسي ○ انتفاخ الرئة ○ التليف الرئوي ○ ارتفاع ضغط الدم الرئوي ○ مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ● حالات الصحة العقلية المزمنة والإعاقة: ○ الاضطرابات ثنائية القطب ○ اضطرابات الاكتئاب الشديدة ○ اضطراب الارتياح ○ الفصام ○ اضطراب فصامي عاطفي ○ اضطراب ما بعد الصدمة (Post-traumatic stress disorder, PTSD) ○ اضطرابات تناول الطعام ○ اضطراب القلق ● الاضطرابات العصبية: ○ التصلب الجانبي الضموري (Amyotrophic lateral sclerosis, ALS) ○ الصرع ○ الشلل الواسع النطاق (أي، الشلل النصفي، الشلل الرباعي، شلل الساقين، شلل طرف واحد) ○ مرض هانتغتون يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية
--	---



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
المساعدة في حالات مزمنة معينة (تابع) ○ التصلب المتعدد ○ مرض باركنسون ○ اعتلال الأعصاب العديدة ○ الألم العضلي التليفي ○ متلازمة التعب المزمن ○ إصابات الحبل الشوكي ○ تضيق العمود الفقري ○ العجز العصبي المرتبط بالسكتة الدماغية ● السكتة الدماغية ● رعاية ما بعد زراعة الأعضاء ● نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة ● الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي: ○ مرض الزهايمر ○ الإعاقة الفكرية وإعاقات النمو ○ إصابات الدماغ الرضحية ○ إعاقة المرض العقلي المرتبط بالضعف الإدراكي ○ ضعف إدراكي طفيف ● الحالات المرتبطة بالتحديات الوظيفية وتتطلب خدمات مماثلة بما في ذلك ما يلي: ○ إصابات الحبل الشوكي ○ الشلل ○ فقدان الأطراف ○ السكتة الدماغية ○ التهاب المفاصل ● الحالات المزمنة التي تضر بالعيون والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية	



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	المساعدة في حالات مزمنة معينة (تابع) ● الحالات التي تتطلب خدمات علاج مستمرة من أجل الحفاظ على الأداء أو الاحتفاظ به ستكتشف الخطة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على ميزة الطعام والمنتجات الغذائية باستخدام معلومات من طبيبك أو عن طريق الاتصال بطبيبك للحصول على بيان موقع حول حالتك المزمنة. لا يمكن الجمع بين مخصصات البديل لخدمات السمع غير المغطاة ببرنامج Medicare والطعام والمنتجات الغذائية. فكل ميزة بديل منفصل. Healthy Benefits+ هي بطاقة إنفاق مع بدلات المزايا الخاصة بك المشحونة مسبقًا على البطاقة للمساعدة في دفع ثمن العناصر والخدمات الخاضعة للتغطية. بمجرد أن تعتبر مؤهلاً، ستتلقى خطابًا من مسؤول المزايا مع بطاقة المزايا الشخصية الخاصة بك. وسيعلمك هذا الخطاب بأنه تم شحن بطاقتك بمبلغ البديل. كما ستوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى مزيد من التفاصيل حول الميزة عبر الهاتف أو الموقع الإلكتروني أو تطبيق الهاتف المحمول. لأسئلة حول هذه الميزة، يمكنك الاتصال بمسؤول المزايا على الرقم [TTY: 711] 572-6341 (855)، من 8 ص إلى 8 م، بالتوقيت المحلي، من الأحد إلى السبت، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، ومن الاثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا زيارة HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل. * خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الملاحظة في العيادات الخارجية بالمستشفى سندفع نظير خدمات الملاحظة في العيادات الخارجية بالمستشفى لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى الدخول كمريض داخلي أو يمكن خروجك من المستشفى. يجب أن تستوفي الخدمات معايير برنامج Medicare وأن تعتبر معقولة وضرورية. لا تتم تغطية خدمات الملاحظة إلا عندما يتم تقديمها بموجب أمر من طبيب معالج أو شخص آخر مخول بموجب قانون الولاية واللوائح التنظيمية لموظفي المستشفى لإدخال المرضى إلى المستشفى أو طلب فحوصات العيادات الخارجية. ملاحظة: ما لم يكتب موفر الرعاية أمرًا لإدخالك كمريض داخلي في المستشفى، فأنت مريض في العيادات الخارجية. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا، فاسأل موظفي المستشفى. احصل على مزيد من المعلومات في صحيفة حقائق برنامج Medicare بعنوان <i>Medicare Hospital Benefits</i>. صحيفة الحقائق هذه متاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	النقل: النقل الطبي في غير الطوارئ* تتيح هذه الميزة النقل الطبي لخدمة تغطيتها خطتك وبرنامج Medicare. ويمكن أن تتضمن هذه الميزة: خدمات النقل الطبي من خلال سيارة إسعاف أو سيارات طبية مجهزة أو سيارة للكراسي المتحركة، والتنسيق للحصول على خدمات النقل المجتمعي بالطلب المسبق. لديك ما يصل إلى حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط إلى المواقع ذات الصلة بالصحة المعتمدة من الخطة سنويًا للنقل الطبي في غير حالات الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلًا. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 48 رحلة ذهاب فقط. يتم التصريح بخدمات النقل عندما: ● يقرر موفر الرعاية الطبية الخاص بك أن حالتك الطبية و/أو الجسدية لا تسمح لك بالتنقل باستخدام الحافلة أو سيارة الركاب أو سيارة الأجرة أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام أو الخاص، و. ● قد يلزم الحصول على تصريح مسبق وفقًا للخدمة المطلوبة. يتم التعامل مع ترتيبات الانتقال بواسطة Call The Car. يجب على الأعضاء التواصل مع Call the Car على [TTY: 711] 200-7544 (855) الخدمة متاحة على مدار 24 ساعة طوال أيام الأسبوع. يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لجدولة الحجوزات من الباب إلى الباب والكراسي المتحركة وتعديلها وتتبعها وإلغائها. لا يمكن استخدام تطبيق الهاتف المحمول CTC Go لنقل المرضى بالنقالة ويجب عليك الاتصال لإجراء هذه الحجوزات. ويجب إجراء ترتيبات الانتقال قبل 24 ساعة على الأقل من موعدك. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	النقل: النقل غير الطبي* تتيح هذه الميزة النقل للخدمات الطبية عن طريق سيارة لنقل الركاب أو سيارة أجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام/الخاص. النقل مطلوب لغرض الحصول على الرعاية الطبية اللازمة التي يغطيها برنامج Medi-Cal، بما في ذلك الانتقال إلى مواعيد الأسنان والحصول على الأدوية. تتم تغطية تكاليف النقل للخدمات التي يغطيها من كل من برنامج Medi-Cal وبرنامج Medicare. لديك ما يصل إلى حد أقصى إجمالي يبلغ 48 رحلة ذهاب فقط إلى المواقع ذات الصلة بالصحة المعتمدة من الخطة سنوياً للنقل الطبي في غير حالات الطوارئ والنقل غير الطبي. كل رحلة لا يمكن أن تتجاوز 70 ميلاً. يغطي برنامج Medi-Cal رحلات غير محدودة إلى مواقع معتمدة بعد استخدام 48 رحلة ذهاب فقط. 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. تقدم Call The Car تطبيقاً للهاتف المحمول (CTC-Go) يمكن لأعضاء Blue Shield TotalDual Plan استخدامه لتنسيق نقل مرضى الرعاية الصحية. يسمح لك CTC-Go بمراجعة الحجزات القادمة أو السابقة، وتقييم رحلتك، وتتبع سائقك، وإلغاء الحجز الحالي، وجدولة حجز جديد. CTC-Go متاح على نظامي iOS وAndroid. ابحث في متجر التطبيقات الخاص بك عن "CTC'Go" وقم بتنزيل التطبيق. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	الوخز بالإبر نحن ندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين للوخز بالإبر للمرضى في العيادات الخارجية في أي شهر تقويمي واحد، أو أكثر إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية. نحن ندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر خلال 90 يومًا إذا كنت تعاني من آلام أسفل الظهر المزمنة، والتي يتم تعريفها على النحو التالي: • تدوم لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازى يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض انتشارى أو التهابى أو معدى)؛ • لا يرتبط بجراحة؛ و • لا يرتبط بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، فإننا ندفع مقابل ثماني جلسات إضافية من الوخز بالإبر لعلاج آلام أسفل الظهر المزمنة إذا أظهرت تحسنًا. لا يجوز لك الحصول على أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة في العام. يجب إيقاف علاجات الوخز بالإبر إذا لم تتحسن أو إذا ساءت حالتك. متطلبات موثر الرعاية: يجوز للأطباء (كما هو محدد في (1)(r)1861 من قانون الضمان الاجتماعى (القانون)) تقديم الوخز بالإبر وفقًا لمتطلبات الولاية المعمول بها. يمكن لمساعدى الأطباء (Physician assistants, PAs) والمرضات الممارسات (nurse practitioners, NPs)/أخصائى التمريض السريرى (clinical nurse specialists, CNS) (كما هو محدد في (5) (aa)1861 من القانون)، والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا استوفوا جميع متطلبات الولاية المعمول بها ولديهم: • درجة الماجستير أو الدكتوراه فى الوخز بالإبر أو الطب الشرقى من مدرسة معتمدة من قبل لجنة الاعتماد على الوخز بالإبر والطب الشرقى (Accreditation Commission on Acupuncture and Oriental Medicine, ACAOM)؛ و، • ترخيص حالى وكامل ونشط وغير مقيد لممارسة الوخز بالإبر فى ولاية أو إقليم أو كومونولث (مثل، بورتوريكو) فى الولايات المتحدة أو مقاطعة كولومبيا. يستمر الحديث عن هذه الميزة فى الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	الوخز بالإبر (تابع) يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يقدمون الوخز بالإبر تحت المستوى المناسب من الإشراف على الطبيب أو PA أو NP/CNS الذي تتطلبه لوائحنا على 42 CFR §§ 410.26 و 410.27. يتم توفير الخدمات الخاضعة للتغطية من خلال موفري الرعاية المشاركين التابعين لـ American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans) للحصول على مزيد من المعلومات، أو تحديد موفر رعاية مشترك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على الرقم [TTY: 711] 678-9133 (800)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر ومن الأحد إلى السبت، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 برامج تثقيفية للصحة والعافية* نوفر الكثير من البرامج التي تركز على حالات صحية معينة. وتتضمن: • حالات التوعية الصحية؛ • حالات التوعية الغذائية؛ • الإقلاع عن التدخين واستعمال التبغ؛ و • الخط الساخن للمريض برامج تساعدك على البقاء بصحة جيدة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • مواد مكتوبة عن التوعية الصحية، بما في ذلك الرسائل الإخبارية • برامج توعوية البرامج التوعوية التي تركز على الحالات الصحية مثل: • ارتفاع ضغط الدم • الكوليسترول • مرض الربو • نظام غذائي خاص برامج توعوية مصممة لإثراء صحتك وأسلوب حياتك، بما في ذلك: • إدارة الوزن • اللياقة البدنية • إدارة التوتر NurseHelp 24/7 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 ستستمع إلى مخاوفك وتساعدك في الوصول إلى حل. اتصل بالرقم (TTY: 711) 1-877-304-0504 على مدار الساعة 7 أيام في الأسبوع. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	برامج تثقيفية للصحة والعافية* (تابع) SilverSneakers® لللياقة البدنية ستتمتع بمزايا اللياقة البدنية من خلال SilverSneakers التي تتضمن: ● شبكة وطنية من صالة الألعاب الرياضية المشاركة ومواقع المجتمع مع فصول لياقة بدنية جماعية ووسائل الراحة في مواقع مختارة - الاشتراك في العديد من المواقع كما تريد ● فصول وحلقات عمل مباشرة عبر الإنترنت من خلال SilverSneakers LIVE™ على مدار 7 أيام/أسبوع، صباحًا وبعد الظهر ومساءً ● مقاطع فيديو برنامج التدريب والعافية وممارسة التمارين الرياضية عبر الإنترنت حسب الطلب من خلال SilverSneakers On-Demand™ عند الطلب على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع ● وصول تطبيق الهاتف المحمول إلى برامج اللياقة البدنية وتتبع النشاط وبطاقة معرف العضوية الخاصة بك من خلال SilverSneakers GO™ على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع ● التواصل المجتمعي ودعم الرفاهية شخصيًا وافترضيًا من خلال مجتمع SilverSneakers و Burnalong® ليبدء استخدام الميزة، ابحث عن رقم تعريف SilverSneakers ومواقع اللياقة البدنية والفصول في silversneakers.com. إذا كانت لديك أسئلة إضافية حول مزاياك، فاتصل بالرقم [711: TTY: 1-888-423-4632]، من الاثنين إلى الجمعة، من 8 ص إلى الساعة 8 م. عندما تذهب إلى موقع اللياقة البدنية المشارك الذي تختاره، سيقوم الموظفون بتسجيلك في نظامهم باستخدام رقم تعريف SilverSneakers الخاص بك. كما يمكنك طلب جولة في الموقع للاطلاع على جميع وسائل الراحة ومكان وجود الفصول الدراسية. يتم تقديم مجموعات الأدوات المنزلية للأعضاء الذين يرغبون في البدء في التدريبات في المنزل أو لأولئك الذين لا يستطيعون الوصول إلى موقع اللياقة البدنية بسبب الإصابة أو المرض أو التواجد في المنزل. تحدث دائمًا مع طبيبك قبل البدء في برنامج التمرين. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 برنامج للوقاية من مرض السكري من Medicare (Medicare Diabetes Prevention Program, MDPP) تدفع خططنا مقابل خدمات MDPP للأشخاص المؤهلين. تم تصميم MDPP لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. ويقدم التدريب العملي في: • تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، و • زيادة النشاط البدني، و • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.
\$0 لكل توصيل وجبة منزلية تخضع للتغطية	توصيل الوجبات للمنزل* عند الخروج من المستشفى بعد تلقي العلاج داخلها أو مركز خدمات التمريض المهني، فإننا نغطي: • 22 وجبة و10 وجبات خفيفة لكل خروج من المستشفى • سيتم تقسيم الوجبات والوجبات الخفيفة إلى ما يصل إلى عمليتي تسليم منفصلة حسب الحاجة. • تقتصر التغطية على مرتين خروج من المستشفى سنويًا. وإذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يرجى الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند). *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	خدمات إدارة وعلاج الألم المزمن الخدمات الشهرية المغطاة للأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن (ألم مستمر أو متكرر يستمر لأكثر من 3 أشهر). قد تشمل الخدمات تقييم الألم وإدارة الأدوية وتنسيق الرعاية والتخطيط.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات اضطراب تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: ● الفحص والاستشارة بخصوص إساءة استخدام الكحول ● علاج تعاطي المخدرات ● المشورة الفردية أو الجماعية على يد طبيب مؤهل ● إزالة السموم تحت الحاد في برنامج علاج الإدمان أثناء الإقامة ● خدمات علاج تعاطي الكحول و/أو المخدرات في مراكز علاج العيادات الخارجية المركزة ● دواء Naltrexone ممتد المفعول (vivitrol) قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0 لكل زيارة علاجية فردية أو جماعية
خدمات إعادة التأهيل الرئوي سندفع نظير برامج إعادة التأهيل الرئوي بالنسبة للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (Chronic obstructive pulmonary disease, COPD) الذي تتراوح شدته بين المتوسطة والحادة للغاية. يجب أن تحصل على إحالة بإعادة التأهيل الرئوي صادرة من طبيب أو موفر رعاية مُعالج لـ COPD. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0
خدمات إعادة التأهيل القلبي سندفع نظير خدمات إعادة التأهيل القلبي التي تتضمن التدريبات والتنقيف والاستشارة. يجب أن تتوفر في الأعضاء شروط معينة عند الحصول على إحالة من طبيب. كما نغطي أيضًا البرامج المكثفة لإعادة التأهيل القلبي، والتي تكون عادة أكثر كثافة من برامج إعادة التأهيل القلبي. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات إعادة التأهيل لمرضى العيادات الخارجية سندفع نظير خدمات العلاج البدني والعلاج المهني وعلاج التخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل لمرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، وعيادات المعالجين المستقلين، ومراكز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF)، وأماكن أخرى. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0
خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المشمولة بالتغطية، سواء في حالة طارئة أو غير طارئة، النقل البري والجوي (بالبطائرة أو المروحية). ستنقلك وحدات الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنك الحصول على رعاية به. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك إلى الخطر. ويجب أن نوافق على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة). في حالة ما إذا كانت الحالة غير طارئة، قد ندفع قيمة خدمات الإسعاف. ويجب أن تكون حالتك خطيرة بشكل كافٍ بحيث تكون الطرق الأخرى لنقلك إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك للخطر. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 لخدمات الأسنان المغطاة من قبل برنامج Medicare	خدمات الأسنان نحن ندفع مقابل بعض خدمات الأسنان، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، التنظيفات وحشوات الأسنان وأطقم الأسنان. ما لا نغطيه متاح من خلال Medi-Cal Dental، الموضح في القسم G2 أدناه. نحن ندفع مقابل بعض خدمات الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو خلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم قبل زراعة الأعضاء. بالإضافة إلى ذلك، نحن نغطي بعض خدمات الأسنان الشاملة*. يوضح جدول إجراءات مزايا طب الأسنان (الموجود في هذا الفصل بعد جدول المزايا) إجراءات طب الأسنان المحددة التي تغطيها هذه الميزة. الخدمات المذكورة هي مزايا مشمولة بالتغطية عندما يتم توفيرها من خلال طبيب أسنان معتمد تابع للشبكة وعندما تكون ضرورية ومألوفة وفقًا لما تحدده معايير ممارسة طب الأسنان المقبولة عمومًا. تتوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى الخدمات الخاضعة للتغطية بعد جدول إجراءات مزايا طب الأسنان. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	خدمات الأسنان (تابع) قد لا تكون جميع الخدمات الخاضعة للتغطية مناسبة للجميع. يجب عليك الاعتماد على طبيب أسنان تابع لشبكته لتحديد الرعاية المناسبة لك. قد تنطبق قيود المزايا و/أو التصريح المسبق و/أو الإحالات على خدمات معينة للأسنان. * خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية. تتوفر بعض خدمات الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. يتوفر المزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org. يشمل برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل: ● الفحوصات الأولية والأشعة السينية والتنظيفات والعلاجات بالفلورايد ● الترميم والتيجان ● علاج قناة الجذر ● أطقم الأسنان الجزئية والكاملة، والتعديلات، والإصلاحات، والتبطين لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو Medi-Cal Dental لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org لمزيد من المعلومات.
\$0	خدمات الرعاية الصحية عن بُعد الإضافية* تقدم Teladoc Health استشارات طبية عبر الهاتف أو الفيديو 24/7/365. يمكن لأطباء Teladoc Health تشخيص وعلاج الحالات الطبية الأساسية ويمكنهم أيضًا وصف أدوية معينة. خدمة Teladoc Health هي خدمة تكميلية لا تهدف إلى استبدال الرعاية المقدمة من موفر الرعاية الأولية الخاص بك. يرجى تسجيل الدخول إلى blueshieldca.com/teladochealth أو تطبيق Blue Shield of California لطلب الزيارة. إذا كانت لديك أسئلة، يمكنك الاتصال بـ Teladoc Health عبر الهاتف على الرقم [TTY: 711] (1-800-835-2362) 1-800-Teladoc، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع، 365 يومًا في السنة. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات السمع ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها أحد موفري الرعاية. توضح لك هذه الاختبارات ما إذا كنت تحتاج إلى علاج طبي أم لا. ويتم التعامل مع تغطيتها بوصفها مماثلة لتلقي الرعاية في عيادات خارجية عند الحصول عليها من طبيب أو اختصاصي أو موفر رعاية مؤهل آخر. • يتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها PCP الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي كإجراء للمرضى في العيادات الخارجية عندما يقدمها الطبيب المعالج أو اختصاصي سمع أو أي موفر رعاية مؤهل آخر. • خدمات السمع التي تحصل عليها بالإضافة إلى تلك المشمولة ضمن تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal (غير مشمول بتغطية برنامج Medicare*) لديك بدل سنوي قدره \$1,500 مقابل: ○ اختبار سمع روتيني واحد (غير مشمول بتغطية برنامج Medicare). ○ ما يصل إلى وسيلتي مساعدة للسمع وتركيب وتقييم وسيلتي مساعدة للسمع (ينطبق على كلتا الأذنين معًا). ○ يمكنك الحصول على هذه الخدمات من مورّد وسائل المساعدة السمعية الذي تختاره. ○ ولا يمكن ترحيل هذا البدل من سنة إلى أخرى. لا يمكن الجمع بين مخصصات البدل لخدمات السمع غير المغطاة ببرنامج Medicare والطعام والمنتجات الغذائية. فكل ميزة بدل منفصل. سوف تتلقى خطابًا من مسؤول المزايا باستخدام بطاقة المزايا الشخصية الخاصة بك. وسيعلمك هذا الخطاب بأنه تم شحن بطاقتك بمبلغ البدل. كما ستوفر معلومات حول كيفية الوصول إلى مزيد من التفاصيل حول الميزة عبر الهاتف أو الموقع الإلكتروني أو تطبيق الهاتف المحمول. Healthy Benefits+ هي بطاقة إنفاق مع بدلات المزايا الخاصة بك المشحونة مسبقًا على البطاقة للمساعدة في دفع ثمن العناصر والخدمات الخاضعة للتغطية. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	خدمات السمع (تابع) للأسئلة حول هذه الميزة، يمكنك الاتصال بمسؤول المزايا على الرقم [TTY: 711] 572-6341 (855)، من 8 ص إلى 8 م، بالتوقيت المحلي، من الأحد إلى السبت، ومن 1 أكتوبر إلى 31 مارس، ومن الاثنين إلى الجمعة، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. يمكنك أيضًا زيارة HealthBenefitsPlus.com/BlueShieldCA عبر الإنترنت لمزيد من التفاصيل. *لا تنطبق الخدمات على حد المصروفات النثرية. بالإضافة إلى خدمات السمع غير المشمولة ضمن تغطية برنامج Medicare والمذكورة في هذا القسم. نحن ندفع أيضًا مقابل وسائل المساعدة السمعية عندما يصفها طبيب أو موفر رعاية مؤهل آخر، بما في ذلك: • قوالب الأذن والمستلزمات والدعامات الداخلية • الإصلاحات • الضبط الأولي للبطاريات • ست زيارات للتدريب والضبط والتركيب من خلال نفس المورد بعد الحصول على وسيلة المساعدة السمعية • الفترة التجريبية لإيجار الوسائل المساعدة السمعية • أجهزة الاستماع المساعدة، وأجهزة السمع بتوصيل العظم السطحية • خدمات السمع المتعلقة بوسائل المساعدة السمعية وخدمات ما بعد التقييم



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



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	خدمات الطبيب المعالج/موفر الرعاية، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات الصحة العقلية إذا: ○ 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 العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المحلية المؤهلة. • الفحص الافتراضي (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو مكالمات الفيديو) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق إذا ○ أنت لست مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط الفحص بزيارة عيادة خلال الأيام السبعة الماضية و ○ لا يؤدي الفحص إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك خلال 24 ساعة في الحالات التالية: ○ 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 • إجراء استشارة بين طبيبك وأطباء 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: ○ 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 قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات العلاج الجزئي بالمستشفى وخدمات العيادات الخارجية المكثفة العلاج الجزئي بالمستشفى هو برنامج منظم للعلاج النفسي الفعال. يُقدّم كخدمة عيادات خارجية في المستشفى أو من خلال أحد المراكز العامة للصحة العقلية، وتكون أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة طبيبك أو معالجك أو معالج الزواج والأسرة المعتمد (LMFT) أو مكتب المستشار المهني المرخص. ويمكن أن يساعدك في أن تتجنب الإقامة بالمستشفى. خدمة العيادات الخارجية المكثفة هي برنامج منظم لعلاج الصحة السلوكية (العقلية) النشطة المقدمة على أنها خدمة العيادات الخارجية بالمستشفى أو المراكز العامة للصحة العقلية أو مركز صحي محلي مؤهل من الحكومة الفيدرالية أو عيادة صحية ريفية أكثر تكثيفاً من الرعاية التي تم تلقيها في عيادة طبيبك أو معالجك أو LMFT أو عيادة مستشار محترف معتمد ولكن أقل تكثيفاً من العلاج الجزئي في المستشفى. ملاحظة: نظراً لعدم وجود المراكز العامة للصحة العقلية في شبكتنا، فإننا نغطي العلاج الجزئي في المستشفى فقط كخدمات العيادات الخارجية في المستشفى. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات العيادات الخارجية بالمستشفى سندفع نظير الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تتلقاها في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى لتشخيص المرض أو الإصابة أو علاجهما، مثل: • الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادات الخارجية مثل خدمات الجراحة أو الملاحظة في العيادات الخارجية ○ تساعد خدمات الملاحظة طبيبك على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى كـ "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: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • الاختبارات المعملية والفحوصات التشخيصية التي أصدرت المستشفى فاتورة بها • رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج الجزئي بالمستشفى، إذا شهد الطبيب بأن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوبًا بدونها • الأشعة السينية وخدمات التصوير بالأشعة الأخرى التي أصدرت المستشفى فاتورة بها • المستلزمات الطبية مثل الجبائر بأنواعها • الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جدول المزايا • بعض الأدوية التي لا يمكنك تناولها بنفسك قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الطب النفسي سندفع نظير خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب إقامة في المستشفى. • 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 الرعاية 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 مقابل الخدمات التي تحصل عليها في معهد للأمراض العقلية (Institute for Mental Diseases, IMD). قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية (Opioid treatment program, OTP) تدفع خطتنا تكاليف الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية (Opioid use disorder, OUD) من خلال OTP الذي يتضمن الخدمات التالية: • أنشطة الاستقبال الأولية • التقييمات الدورية • الأدوية المعتمدة من هيئة الغذاء والدواء (Food and Drug Administration, FDA) وإدارة هذه الأدوية وإعطائها لك، إن أمكن • استشارات اضطراب تعاطي المخدرات • العلاج الفردي والجماعي • اختبار العقاقير الدوائية أو المواد الكيميائية في الجسم (اختبار السموم)
\$0	فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهر البطني  نحن ندفع مقابل إجراء فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي خطتنا هذا الفحص فقط إذا كان لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك المعالج أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو الممرضة السريرية المتخصصة.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
 فحص سرطان الثدي (صورة الثدي الإشعاعية) سندفع مقابل الخدمات التالية: • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة بين سن 35 و 39 عامًا • تصوير الثدي الإشعاعي مرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء في سن 40 وما فوق • إجراء فحوصات الثدي السريرية مرة كل 24 شهرًا	\$0
 فحص سرطان الرئة مع التصوير المقطعي المحوسب بالجرعة المنخفضة (Low dose computed tomography, LDCT) تدفع خطتنا تكاليف فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا كنت: • بعمر يتراوح بين 50 و 77 عامًا، و • لديك استشارة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار مع طبيبك أو موفر رعاية مؤهل آخر، و • كنت قد دخت علبة واحدة على الأقل يوميًا لمدة 20 عامًا دون ظهور أي علامات أو أعراض لسرطان الرئة أو تدخن الآن أو أقلعت عن التدخين خلال 15 عامًا الماضية بعد الفحص الأول، تقوم خطتنا بدفع تكلفة فحص آخر كل عام بموجب أمر مكتوب من طبيبك أو أي موفر رعاية مؤهل آخر. إذا اختار موفر الرعاية تقديم استشارات بشأن فحص سرطان الرئة وزيارة مشتركة لاتخاذ القرار بشأن فحوصات سرطان الرئة، يجب أن تستوفي الزيارة معايير برنامج Medicare لهذه الزيارات.	\$0
 فحص سرطان عنق الرحم والمهبل سندفع مقابل الخدمات التالية: • لجميع النساء: تتم تغطية فحوصات مسحة عنق الرحم وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • للنساء المعرضات لخطورة عالية للإصابة بسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل: فحص مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي خضعن لفحص مسحة عنق الرحم خلال السنوات الثلاثة الماضية، وكانت النتيجة غير طبيعية وكن في سن الإنجاب: فحص مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 30-65: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري (Human papillomavirus, HPV) أو اختبار Pap plus HPV مرة كل 5 سنوات	\$0

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 فحص عدوى فيروس التهاب الكبد C نغطي فحصًا واحدًا للكشف عن التهاب الكبد C إذا طلب طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو موفر رعاية صحية مؤهل آخر فحصًا وأنك تستوفي أحد هذه الشروط: • أنت معرض لخطر كبير لأنك تستخدم أو استخدمت مواد مخدرة عن طريق الحقن بطريقة غير قانونية. • خضعت لنقل دم قبل عام 1992. • ولدت بين 1945-1965. إذا ولدت بين 1945-1965 ولم تعتبر معرضًا لخطر كبير، فسندفع مقابل الفحص مرة واحدة. إذا كنت معرضًا لخطر كبير (على سبيل المثال، واصلت استخدام مواد مخدرة عن طريق الحقن بطريقة غير قانونية منذ اختبار فحص التهاب الكبد C السلبي السابق)، فإننا نغطي الفحوصات السنوية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 \$0 (تقتصر التغطية على ما يصل إلى 12 زيارة سنويًا للخدمات غير المغطاة ببرنامج Medicare).	خدمات تقويم العمود الفقري (المغطاة من قبل برنامج Medicare) سندفع مقابل الخدمات التالية: • تعديلات العمود الفقري لتصحيح الاستقامة خدمات تقويم العمود الفقري (غير المغطاة من قبل برنامج Medicare) تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • الفحوصات الأولية واللاحقة • تعديلات تقويم العمود الفقري • العلاجات المساعدة • الأشعة السينية (تقويم العمود الفقري فقط) يتم توفير الخدمات غير المغطاة من جانب برنامج Medicare من خلال موفر الرعاية المشاركين التابعين لـ American Specialty Health Plans of California, Inc. (ASH Plans). يجب أن يتم تحديد الخدمات الخاضعة للتغطية حسب الضرورة الطبية من جانب ASH Plans. لمزيد من المعلومات، أو لتحديد موفر رعاية مشترك في ASH Plans، يمكنك الاتصال بـ ASH Plans على [TTY: 711] 678-9133 (800)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 5 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر ومن الأحد إلى السبت، من الساعة 8 ص إلى الساعة 8 م، بتوقيت المحيط الهادئ، من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan أو زيارة blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر رعاية مشترك في ASH Plans. *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات تنظيم الأسرة 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. سندفع مقابل الخدمات التالية: • اختبار تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • معمل تنظيم الأسرة والفحوصات 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 شريحة رقيقة أو غشاء حاجز أو غطاء) • خدمات محدودة للخصوبة مثل الاستشارات والتوعية بشأن أساليب التوعية بالخصوبة و/أو الاستشارات الصحية السابقة للحمل، والاختبارات والعلاج للأمراض المعدية المنقولة جنسياً (sexually transmitted infections, STIs) • استشارات واختبارات HIV و AIDS والحالات الأخرى المتعلقة بـ HIV. • وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الطريقة لتنظيم الأسرة. يجب عليك التوقيع على استمارة موافقة فيدرالية على التعقيم قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن ليس أكثر من 180 يومًا قبل تاريخ الجراحة). • الاستشارات الوراثية ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ومع ذلك، يجب أن تستشير موفر رعاية من ضمن شبكة موفري الرعاية لدينا للحصول على الخدمات التالية: • العلاج الطبي لحالات العقم (لا تتضمن هذه الخدمة وسائل صناعية للحمل). • علاج AIDS والحالات المتعلقة بـ HIV • اختبارات الجينات الوراثية
\$0	خدمات دولا بالنسبة للسيدات الحوامل، نقوم بدفع تكاليف تسع زيارات لدى دولا خلال فترة ما قبل الولادة وبعدها بالإضافة إلى الدعم أثناء المخاض والولادة. ويمكن أيضًا توفير ما يصل إلى تسع زيارات إضافية بعد الولادة.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
خدمات رعاية الصحة العقلية في العيادات الخارجية سندفع نظير خدمات الصحة العقلية التي يقدمها: • طبيب أمراض نفسية أو طبيب مُرخّص من قِبل الولاية • أخصائي في علم النفس السريري • أخصائي اجتماعي سريري • اختصاصي تمرّض سريري • مستشار محترف معتمد (Licensed professional counselor, LPC) • معالج زواج وأسرّة معتمد (licensed marriage and family therapist, LMFT) • ممارس تمرّض (NP) • طبيب مساعد (PA) • أي أخصائي آخر في رعاية الصحة العقلية مؤهل من قِبل برنامج Medicare على النحو المصرّح بموجب القوانين السارية في الولاية سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • الخدمات الطبية السريرية • العلاج اليومي • خدمات إعادة التأهيل النفسي • الاستشفاء الجزئي أو برامج العناية المركزة بالعيادات الخارجية • تقييم وعلاج الصحة العقلية للأفراد والمجموعات • الاختبارات النفسية عندما توصف سريريًا لتقييم نتائج الصحة العقلية • خدمات العيادات الخارجية لأغراض مراقبة العلاج بالعقاقير الدوائية • معمل العيادات الخارجية والأدوية والصرفيات والمكملات الغذائية • استشارات العلاج النفسي قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	خدمات طب الأقدام سندفع مقابل الخدمات التالية: ● التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهماز العقب) ● رعاية روتينية للقدم للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية تؤثر على الساقين، مثل مرض السكري ● العناية الروتينية بالقدم (غير خاضعة لتغطية برنامج Medicare)* تغطي: ○ قطع أو إزالة التآليل والنتوءات ○ تقليم، قص، تقصيص، أو إزالة الجلد الزائد للأظافر *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.
\$0	خدمات ومستلزمات أمراض الكلى سندفع مقابل الخدمات التالية: ● خدمات التوعية بأمراض الكلى لتوفير الوعي برعاية الكلى ومساعدتك في اتخاذ قرارات مدروسة بشأن ما تتلقى من رعاية. يجب أن تكون في المرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن وأن تحصل على إحالة من طبيبك. نغطي ما لا يزيد عن ست جلسات من خدمات التوعية بأمراض الكلى. ● علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمة مؤقتًا، كما هو موضح في الفصل 3 من كتيب الأعضاء هذا، أو عندما يكون موفر رعاية هذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. ● علاج الغسيل الكلوي بالمستشفى في حال دخولك المستشفى باعتبارك مريضًا مقيمًا لتلقي الرعاية الخاصة ● التدريب على غسيل الكلى الذاتي، ويتضمن ذلك تدريبك وتدريب أي شخص يساعدك في علاج غسيل الكلى بالمنزل ● معدات ومستلزمات غسيل الكلى المنزلية ● خدمات دعم منزلي محددة، مثل الزيارات الضرورية التي يقوم بها أخصائيو غسيل الكلى المدربون لمتابعة غسيل الكلى بالمنزل، وللمساعدة في الحالات الطارئة، وللتحقق من أجهزة غسيل الكلى والإمدادات المائية. يدفع القسم B في برنامج Medicare مقابل بعض أدوية غسيل الكلى. للحصول على معلومات، راجع "أدوية القسم B في برنامج Medicare" في هذا الجدول. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	فحوصات واستشارات الأمراض المعدية المنقولة جنسياً (STI) نحن ندفع نظير الفحوصات لداء الكلاميديا والسيلان ومرض الزهري والالتهاب الكبدي B. وتخضع هذه الفحوصات للتغطية بالنسبة للنساء الحوامل وبعض الأشخاص ممن هم عرضة بصورة أكبر لمخاطر الإصابة بـ STI. يجب أن يطلب موفر رعاية أولية إجراء الاختبارات. نغطي هذه الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهراً أو في أوقات محددة خلال فترة الحمل. كما سندفع نظير ما يصل إلى جلستين فرديتين من الجلسات الاستشارية السلوكية المباشرة عالية التكثيف سنوياً وذلك للبالغين النشطين جنسياً والذين هم عرضة بصورة أكبر لخطر الإصابة بـ STIs. يمكن أن تتراوح مدة الجلسة منها بين 20 و30 دقيقة. لن ندفع نظير هذه الجلسات الاستشارية كخدمة وقائية إلا إذا قدمها موفر رعاية أولية. يجب أن تُجرى هذه الجلسات في مرفق رعاية أولية مثل عيادة طبيب.
\$0	قياس كتلة العظام سندفع نظير إجراءات معينة للأعضاء المؤهلين (الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بفقدان كثافة العظام أو خطر هشاشة العظام في العادة). تحدد هذه الإجراءات كثافة العظام، أو فقدان كثافة العظام، أو اكتشاف جودة العظام. سندفع نظير الخدمات مرة واحدة كل 24 شهراً، أو أكثر إذا كانت الخدمة المطلوبة ضرورية من الناحية الطبية. كما سندفع للطبيب لفحص النتائج وإبداء الملاحظات عليها.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية تابع للشبكة)* تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: ● فحص العين الروتيني، بما في ذلك الانكسار وكشف عدسات النظارات. إذا أوصى موفر الرعاية بإجراءات إضافية، فأنت مسؤول عن دفع التكاليف الإضافية. تتطلب فحوصات العدسات اللاصقة رسومًا إضافية. أنت مسؤول عن دفع التكلفة الإضافية. ● إطارات النظارات. ● عدسات النظارات أو العدسات اللاصقة. إذا اخترت عدسات النظارات، يمكنك اختيار العدسات المفردة، ثنائية البؤرة بخط فاصل، ثلاثية البؤرة بخط فاصل، العدسية. إذا اخترت العدسات الأخرى غير المدرجة أو العلاجات الإضافية، فستكون مسؤولاً عن دفع التكاليف الإضافية، حتى إذا ظل إجمالي التكاليف ضمن البذل. لا يشترط الحصول على تصريح مسبق (موافقة مسبقة). استخدم دليل الإبصار أو انتقل إلى blueshieldca.com/find-a-doctor لتحديد موقع موفر الرعاية المشارك في شبكة خطة خدمة الإبصار (Blue Shield Vision Plan Administrator) (VSP). *خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	\$0 مقابل فحص واحد كل عام عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. \$0 لإطارات النظارات (بسرير يصل إلى قيمة سعر البيع بالتجزئة المعتادة البالغة \$365) كل عام عند استخدام موفر رعاية تابع للشبكة. إذا اخترت إطارات النظارات بسعر يزيد عن \$365، فأنت مسؤول عن دفع الفرق. تدفع خطتنا مقابل إما زوجان من عدسات النظارات المقررة بوصفها طبية (بغض النظر عن الحجم أو القوة) أو العدسات اللاصقة (بسرير يصل إلى \$365 مقابل خدمة ومواد العدسات اللاصقة) كل عام عند الاستعانة بموفر رعاية تابع للشبكة. إذا كان سعر الخدمات والمواد أعلى من \$365، فأنت مسؤول عن دفع الفرق.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية الإبصار، غير مغطاة ببرنامج Medicare (يتم الحصول عليها من موفر رعاية غير تابع للشبكة)* ● فحص العين الروتيني، والانكسار وكشف عدسات النظارات. ● إطارات النظارات وعدسات النظارات (بما في ذلك العدسات المفردة، ثنائية البؤرة بخط فاصل، ثلاثية البؤرة بخط فاصل، العدسية) أو العدسات اللاصقة. يمكنك، إذا اخترت ذلك، زيارة اختصاصي البصريات أو أخصائي عيون ليس ضمن موفري الرعاية التابعين للشبكة لدى TotalDual Plan. ومع ذلك، لا يجوز لك الحصول على نفس الخدمات من موفر رعاية تابع للشبكة وموفر رعاية غير تابع للشبكة في الوقت نفسه. 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. * خدمات لا تخضع للحد الأقصى من المصروفات النثرية.	يتم تعويضك بما يصل إلى \$30 مقابل فحص واحد كل عام. يتم تعويضك بما يصل إلى \$35 مقابل زوج واحد من إطارات النظارات كل عام. 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 عام.



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 رعاية الإبصار (مُغطاة من برنامج Medicare) سندفع مقابل الخدمات التالية: ندفع نظير خدمات طبيب العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض العين وإصاباتهما. على سبيل المثال، علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. بالنسبة للأشخاص المعرضين بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما (المياه الزرقاء)، ندفع نظير فحص الجلوكوما لمرة واحدة كل عام. يتضمن الأشخاص المعرضون بدرجة كبيرة لخطر الإصابة بمرض الجلوكوما: • الأشخاص الذين أصيبوا بالجلوكوما لعامل وراثي عائلي • الأشخاص الذين يعانون من مرض السكري • الأمريكيون من أصل إفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر • الأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر بالنسبة للأشخاص الذين يعانون من مرض السكري، ندفع مقابل إجراء فحص لاعتلال الشبكية السكري مرة واحدة سنويًا. ندفع نظير زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد جراحة كتركت (عتامة العدسة) عندما يتم تركيب عدسة في مقلة العين بوصف من الطبيب. إذا كنت ستخضع لعمليتين منفصلتين لعلاج إعتام عدسة العين، يلزمك أن تحصل على نظارة بعد كل جراحة. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى وإن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
رعاية الطوارئ رعاية الطوارئ هي الخدمات التي: • يقدمها موفر رعاية مدرب على توفير خدمات الطوارئ، و • المطلوبة لتقييم أو علاج حالة طبية طارئة. الحالة الطبية الطارئة هي مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة. وتكون هذه الحالة خطيرة جدًا، ويمكن أن يتوقع أي شخص على درجة متوسطة من المعرفة الصحية والدوائية بالنتيجة التالية إذا لم يحصل المصاب على الرعاية الطبية الفورية: • حدوث خطر جسيم على صحتك أو على جنينك؛ أو • ضرر خطير في الوظائف الجسدية؛ أو • خلل جسيم في أي من أعضاء الجسم أو • فقدان أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة أحد الأطراف. • في حالة الولادة العاجلة للمرأة الحامل، عندما: ○ عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. ○ يمثل النقل إلى مستشفى آخر تهديدًا على صحتك أو سلامتك أو صحة الجنين. التغطية العالمية* لا يوجد حد سنوي مجمع لرعاية الطوارئ أو الخدمات اللازمة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها. *لا ينطبق الحد الأقصى للمصروفات النثرية الخاصة بالخطة على الخدمات خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.	\$0 إذا تلقيت رعاية طارئة في مستشفى غير تابع للشبكة وتحتاج إلى رعاية داخلية في المستشفى بعد استقرار حالتك الطارئة، يجب عليك الانتقال إلى إحدى المستشفيات التابعة للشبكة حتى يستمر دفع تكاليف رعايتك. لا يمكنك البقاء في المستشفى غير التابعة للشبكة لتلقي العلاج فيها إلا إذا وافقت خطتنا على إقامتك. قيمة المشاركة في التأمين 20% للتغطية العاجلة العالمية (يتم الإعفاء من قيمة المشاركة في التأمين في حالة دخول المستشفى خلال يوم واحد لنفس الحالة).



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0 للخدمات الاستشارية لرعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط)	رعاية المرضى بالأمراض العضال من حقك اختيار رعاية الأمراض العضال إذا قرر موفر الرعاية الخاص بك والمدير الطبي لرعاية الأمراض العضال أن لديك تشخيصًا بمرض عضال في مرحلته النهائية. هذا يعني أنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك تلقي الرعاية من خلال أيٍّ من برامج رعاية الأمراض العضال المخصصة والمعتمدة من برنامج Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية الأمراض العضال المعتمدة من برنامج Medicare في منطقة خدمة الخط، بما في ذلك البرامج التي نملكها أو نتحكم فيها أو لدينا مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب رعاية الأمراض العضال الخاص بك موفر رعاية تابع للشبكة أو موفر رعاية غير تابع للشبكة. تتضمن الخدمات الخاضعة للتغطية ما يلي: • أدوية لعلاج الأعراض والألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية تُرسل فواتير خدمات رعاية الأمراض العضال والخدمات التي يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو B في برنامج Medicare والتي ترتبط بتشخيصك بوجود مرض عضال في مرحلته النهائية إلى برنامج Medicare: • سيدفع برنامج Original Medicare (بدلاً من خطتنا) لموفر رعاية الأمراض العضال الخاص بك مقابل خدمات رعاية الأمراض العضال وأي خدمات من خدمات القسم A أو B المتعلقة بمرضك العضال في مراحله النهائية. أثناء اشتراكك في برنامج رعاية الأمراض العضال، سيقوم موفر رعاية الأمراض العضال الخاص بك بتقديم فاتورة إلى Original Medicare مقابل الخدمات التي يدفع Original Medicare مقابلها. فيما يتعلق بالخدمات التي تتم تغطيتها من خلال خطتنا والتي لا تتم تغطيتها من قبل القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare: • تغطي خطتنا الخدمات التي لا يغطيها القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. نحن نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بتشخيصك في المرحلة النهائية أم لا. ولن تدفع أنت أي تكاليف مقابل هذه الخدمات. يستمر الحديث عن هذه الميزة في الصفحة التالية



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
	رعاية المرضى بالأمراض العضال (تابع) فيما يخص الأدوية التي قد تكون مشمولة بمزايا القسم D في برنامج Medicare بخططنا لا تتم تغطية الأدوية أبدًا من قبل كل من رعاية الأمراض العضال وخططنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا. ملاحظة: إذا كنت تعاني من مرض خطير، فقد تكون مؤهلاً للحصول على الرعاية المخففة للأم، والتي توفر رعاية تتمركز حول المريض والأسرة على أساس الفريق لتحسين جودة حياتك. يمكن أن تتلقى الرعاية المخففة للأم في نفس الوقت الذي تتلقى فيه الرعاية العلاجية/المنتظمة. يُرجى الاطلاع على قسم الرعاية المخففة للأم أدناه للحصول على مزيد من المعلومات. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية المرضى بالأمراض العضال، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك و/أو خدمة العملاء لترتيب الخدمات. الرعاية غير التابعة لرعاية المرضى بالأمراض العضال هي الرعاية التي لا تتعلق بتشخيصك بمرض عضال في المرحلة النهائية. تغطي خططنا الخدمات الاستشارية لرعاية الأمراض العضال (مرة واحدة فقط) المقدمة للمريض في المرحلة النهائية من المرض الذي لم يختار ميزة رعاية الأمراض العضال. قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	زيارة العافية السنوية  يمكنك الحصول على قائمة سنوية. وهذه القائمة لإجراء خطة وقائية أو تحديثها وفقًا لعوامل الخطورة الحالية. وندفع نظيرها مرة واحدة كل 12 شهرًا. ملاحظة: لا يمكن أن تتم زيارتك السنوية الأولى للعافية في غضون 12 شهرًا من زيارة Welcome to Medicare. ومع ذلك، لا تحتاج إلى زيارة Welcome to Medicare للحصول على زيارات صحية سنوية بعد حصولك على القسم B لمدة 12 شهرًا.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
 زيارة تقليل خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب) ندفع مقابل زيارة واحدة سنوياً، أو أكثر إذا كان الأمر ضرورياً من الناحية الطبية، إلى موفر الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك للمساعدة في تقليل خطر إصابتك بأمراض القلب. أثناء الزيارة، قد يقوم طبيبك بما يلي: • مناقشة استخدام الأسبرين، • التحقق من ضغط الدم، و/أو • إعطاء نصائح تتيح لك التأكد من أنك تتناول طعاماً صحياً.	\$0
 زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية نغطي زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية لمرة واحدة. وتتضمن الزيارة ما يلي: • مراجعة حالتك الصحية، • والتوعية بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها وتوفير خدمات استشارية بشأنها (بما في ذلك فحوصات وجرععات تطعيم محددة)، • وإحالات لجهات رعاية أخرى إذا لزم الأمر. ملاحظة: نحن نغطي زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية فقط خلال أول 12 شهراً التي تكون مشاركاً فيها في القسم B في برنامج Medicare. عند تحديد موعدك، أخبر عيادة طبيبك أنك تريد تحديد موعد زيارة "Welcome to Medicare" الوقائية لك.	\$0
 فحص الاكتئاب سندفع مرة واحدة لفحص الاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مرفق للرعاية الأولية يمكنه أن يوفر متابعة علاجية و/أو تقديم إحالات.	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	فحص مرض السكري  سندفع نظير هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا توفر لديك أي من عوامل الخطورة الآتية: • ارتفاع ضغط الدم • سجل الكوليسترول ومستويات الدهون الثلاثية غير الطبيعيين (اضطراب شحميات الدم) • البدانة • سجل ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز) يمكن تغطية الفحوصات في بعض الحالات الأخرى، مثل إذا كان وزنك زائدًا ولديك تاريخ عائلي فيما يتعلق بالإصابة بمرض السكري. قد تكون مؤهلاً لإجراء فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.
\$0	فحص HIV  ندفع مقابل اختبار فحص HIV مرة واحدة كل 12 شهرًا للأشخاص الذين: • يطلبون إجراء اختبار فحص HIV، أو • يعانون من خطر متزايد بالعدوى بـ HIV. إذا كنتِ حاملًا، فسندفع مقابل ما يصل إلى ثلاثة اختبارات فحص HIV أثناء الحمل. نحن ندفع أيضًا مقابل فحص (فحوصات) HIV الإضافية عندما يوصي بها موفر الرعاية الخاص بك.
\$0	فحوصات البدانة وعلاجها لمتابعة فقدان الوزن  إذا كان مؤشر كتلة الجسم يساوي 30 أو أكثر، فسوف ندفع نظير جلسات الاستشارة للمساعدة على فقدان الوزن. يتعين عليك الحصول على جلسات الاستشارة في مرفق الرعاية الأولية. وبهذه الطريقة، يمكن أن تتدرج هذه الخدمة ضمن خطة الوقاية الكاملة. نتناقش مع موفر الرعاية الأولية لمعرفة المزيد.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
 فحوصات الكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية ندفع مقابل فحوصات الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل خمس سنوات (60 شهرًا). كما تمكن فحوصات الدم هذه التحقق من العيوب الناتجة عن ارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب.	\$0
 فحوصات الكشف عن سرطان البروستاتا للرجال في سن 50 وأكبر، ندفع مقابل الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهرًا: • الفحص الرقمي للمستقيم • اختبار المستضد البروستاتي النوعي (Prostate specific antigen, PSA)	\$0



ما تدفعه	الخدمات الخاضعة للتغطية
\$0	 فحوصات سرطان القولون والمستقيم سندفع مقابل الخدمات التالية: • تنظيف القولون ليس له حد أدنى أو أقصى للعمر ويتم تغطيته مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة، أو 48 شهرًا بعد التنظيف السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بعد فحص القولون بالمنظار السابق. • تتم تغطية التصوير المقطعي المحوسب للقولون للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم عندما يمر 59 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص للتصوير المقطعي المحوسب للقولون، أو عندما يمر 47 شهرًا بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص للتنظير السيني المرن أو فحص تنظيف القولون. بالنسبة للمرضى المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، يمكن الدفع مقابل فحص التصوير المقطعي المحوسب الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص للتصوير المقطعي المحوسب أو آخر فحص تنظيف للقولون. • التنظيف السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر عالي للإصابة بعد إجراء فحص تنظيف القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية للإصابة من آخر تنظيف سيني مرن أو التصوير المقطعي المحوسب. • فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرة واحدة كل 12 شهرًا. • فحص الحمض النووي في البراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 إلى 85 عامًا وغير المصنّفين ضمن الفئة المعرضين لمخاطر عالية للإصابة. مرة واحدة كل 3 سنوات. • اختبارات الدم الخاصة بالدلائل الحيوية للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا وغير المصنّفين ضمن الفئة المعرضين لمخاطر عالية للإصابة. مرة واحدة كل 3 سنوات.
	• تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم تنظيف القولون اللاحق للفحص، وذلك بعد أن يُظهر اختبار غير جراحي للبراز للكشف عن سرطان القولون والمستقيم — مشمول بتغطية Medicare — نتيجة إيجابية. • تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم فحصًا مخططًا للتنظير السيني المرن أو فحص تنظيف القولون الذي ينطوي على إزالة الأنسجة أو أي مادة أخرى، أو أي إجراء آخر تم توفيره فيما يتعلق بنفس اللقاء السريري الذي أجري فيه اختبار الفحص.



الخدمات الخاضعة للتغطية	ما تدفعه
وكالات الرعاية الصحية المنزلية قبل أن تتمكن من الحصول على الخدمات الصحية المنزلية، يجب أن يبلغنا الطبيب أنك تحتاج إليها، ويجب أن تقدم من خلال هيئة توفر خدمات صحية منزلية. يجب أن تكون عاجزًا عن مغادرة المنزل، مما يعني أن مغادرة المنزل تمثل جهدًا كبيرًا. سندفع مقابل الخدمات التالية، وربما خدمات أخرى غير واردة هنا: • خدمات التمريض الماهر والمساعدة الصحية المنزلية كل الوقت أو بشكل 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 المهني، وعلاج التخاطب • الخدمات الطبية والاجتماعية • معدات ومستلزمات طبية قد يلزم الحصول على تصريح مسبق، وهذه مسؤولية موفر الرعاية الخاص بك.	\$0 لكل زيارة صحية منزلية مغطاة

E. جدول إجراءات مزايا طب الأسنان المغطاة

جدول إجراءات مزايا طب الأسنان

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

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

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

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

هام: يتم تحديد أي حدود تكرار مدرجة في عمود "القيود العامة" في **جدول إجراءات مزايا طب الأسنان** أدناه استنادًا إلى آخر تاريخ لتقديم الخدمة، ولا تحدد لكل خطة سنوية أو مدى الحياة. على سبيل المثال، يعني حد 1 كل 6 أشهر أنه يمكنك الحصول على الخدمة المذكورة مرة واحدة كل ستة أشهر من تاريخ آخر تلقي لك لهذه الخدمة نفسها. لذلك، إذا تلقيت خدمتك الأولى في 1 يناير، فستكون مؤهلاً للحصول على نفس الخدمة مرة أخرى في 1 يوليو. إذا تلقيت خدمتك الأولى في 1 يوليو، فإن تكون مؤهلاً للحصول على هذه



الخدمة حتى 1 يناير من عام الخطة التالي. الخدمات التي لم يُذكر لها حد أقصى لعدد مرات الاستخدام تُعد غير محدودة، متى ما كانت ضرورية ومألوفة، وذلك وفقاً للمعايير المتعارف عليها في ممارسة طب الأسنان.

يتم إدراج الخدمات ضمن رموز الإجراءات الخاص بجمعية طب الأسنان الأمريكية (American Dental Association, ADA) استناداً إلى مصطلحات طب الأسنان الحالية. يتطلب القانون الفيدرالي استخدام رمز ADA للإبلاغ بإجراءات طب الأسنان. قد تراجع ADA رموز الإجراءات من وقت لآخر. ولذلك، يجوز للخطة مراجعة قائمة الرموز هذه وفقاً لما يقتضيه القانون. يمكنك الحصول على قائمة رموز ADA المحدثة عن طريق الاتصال بقسم خدمة العملاء لدى مسؤول خطة طب الأسنان (Dental Plan Administrator, DPA) على [TTY: 711] 247-2486 (866)، من 8 ص إلى 8 م، 7 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 يجب عليك دفعه	القيود العامة
خدمات تشخيصية			
D0140	تقييم للفم محدود - يركز على المشكلة	\$0	1 لكل سنة تقويمية
D0190	فحص المريض	\$0	1 (D0190 أو D0191) لكل سنة تقويمية
D0191	تقييم المريض	\$0	1 (D0190 أو D0191) لكل سنة تقويمية
الخدمات الترميمية			
D2720	التاج - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2722	التاج - راتنج بمعدن ثمين	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2750	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2752	التاج - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2790	التاج - معدن ثمين عالي الجودة بصب كامل	\$0	2 لكل سنة تقويمية
D2792	التاج - معدن ثمين بصب كامل	\$0	2 لكل سنة تقويمية
أمراض اللثة			
D4240	إجراء السديلة اللثوية، بما في ذلك كشط الجذر - أربعة أو أكثر من الأسنان المتجاورة أو مساحات محددة بالأسنان لكل ربع من الفم	\$0	واحد (D4240 أو D4241) لكل ربع من الفم كل 3 سنوات تقويمية
D4241	إجراء السديلة اللثوية - بما في ذلك كشط الجذر - من واحد إلى ثلاثة أسنان متجاورة أو مساحات محددة بالأسنان لكل ربع من الفم	\$0	واحد (D4240 أو D4241) لكل ربع من الفم كل 3 سنوات تقويمية
D4266	تجديد الأنسجة الموجه، والأسنان الطبيعية - باستخدام حاجز قابل للامتصاص، لكل موقع	\$0	واحد (D4266 أو D4267) لكل سنة كل 3 سنوات تقويمية
D4267	تجديد الأنسجة الموجه، والأسنان الطبيعية - حاجز غير قابل لإعادة امتصاص، لكل موقع	\$0	واحد (D4266 أو D4267) لكل سنة كل 3 سنوات تقويمية
خدمات التركيبات السننية (قابلة للإزالة)			
D5221	طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة راتنجية (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي علوي واحد (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يجب عليك دفعه	القيود العامة
D5222	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة راتنجية (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي سفلي واحد (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5223	طقم أسنان جزئي علوي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي علوي واحد (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5224	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - إطار معدني مصبوب مع قواعد أسنان من الراتنج (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي سفلي واحد (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5225	طقم أسنان علوي جزئي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي علوي واحد (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5226	طقم أسنان جزئي سفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثقبة/المثبتة وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي سفلي واحد (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5227	طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة فم وأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي علوي واحد (D5221 أو D5223 أو D5225 أو D5227) كل 5 سنوات تقويمية
D5228	طقم أسنان جزئي سفلي فوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك وسنادة الفم والأسنان)	\$0	طقم أسنان جزئي سفلي واحد (D5222 أو D5224 أو D5226 أو D5228) كل 5 سنوات تقويمية
D5670	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك العلوي)	\$0	1 كل 6 شهور
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	\$0	1 كل 6 شهور
D5710	إعادة تركيب طقم أسنان علوي كامل	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5711	إعادة تركيب طقم أسنان سفلي كامل	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5720	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي علوي	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)
D5721	إعادة تركيب طقم أسنان جزئي سفلي	\$0	1 لكل سنة تقويمية (لا يخضع للتغطية في غضون 6 أشهر من التركيب الأولي)

رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يجب عليك دفعه	القيود العامة
خدمات التركيبات السنوية (الثابتة)			

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



رمز ADA	وصف ADA للخدمات المغطاة لك	ما يجب عليك دفعه	القيود العامة
D6240	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	إجراء 1 لكل سن خلال فترة 5 سنوات
D6242	سن جسرية - بورسلين منصهر بمعدن ثمين	\$0	إجراء 1 لكل سن خلال فترة 5 سنوات
D6250	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين عالي الجودة	\$0	إجراء 1 لكل سن خلال فترة 5 سنوات
D6252	سن جسرية - راتنج بمعدن ثمين	\$0	إجراء 1 لكل سن خلال فترة 5 سنوات
D6750	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين عالي الجودة	\$0	إجراء 1 لكل سن خلال فترة 5 سنوات
D6752	تاج ثابت - بورسلين منصهر مع معدن ثمين	\$0	إجراء 1 لكل سن خلال فترة 5 سنوات

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

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

الحصول على رعاية الأسنان

مقدمة

تتم إدارة خطة طب الأسنان الخاصة بـ Blue Shield of California من قبل مسؤول خطة طب الأسنان المتعاقد معه (DPA)، وهو كيان يتعاقد مع Blue Shield of California 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] 247-2486 (866)، من الساعة 8 ص حتى 8 م طوال أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

قبل الحصول على خدمات الأسنان

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

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

ملاحظة: يمكن أن تتغير حالة طبيب الأسنان التابع للشبكة. في حالة حدوث أي تغييرات في قائمة أطباء الأسنان المتعاقدين، يقع على عاتقك مسؤولية التحقق مما إذا كان طبيب أسنانك تابعاً للشبكة حالياً. يمكن الحصول على قائمة بأطباء الأسنان التابعين للشبكة الموجودين في منطقتك عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم [TTY: 711] 247-2486 (866)، من 8 ص إلى 8 م، 7 أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

زيارة طبيب أسنانك

بعد وقت قصير من الاشتراك، ستتلقى حزمة عضوية من DPA تخبرك بتاريخ سريان المزايا الخاصة بك وعنوان ورقم هاتف طبيب أسنانك التابع للشبكة أو طبيب أسنان الرعاية الأولية (Primary care dentist, PCD). بعد تاريخ السريان الوارد في حزمة عضويتك، يمكنك الحصول على خدمات رعاية الأسنان المغطاة. لتحديد موعد، ما عليك سوى الاتصال بمكتب PCD وتعريف نفسك بصفتك عضواً 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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



[TTY: 711] 247-2486 (866)، من 8 ص إلى 8 م، 7 أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

ملاحظة: يجب على كل عضو الذهاب إلى PCD المخصص له للحصول على الخدمات المغطاة، باستثناء الخدمات التي يقدمها اختصاصي مفوض من جانب DPA كتابيًا بشكل مسبق. لا تتم تغطية أي علاج آخر ضمن Blue Shield TotalDual Plan.

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

حصول المشاركة في الدفع للعضو

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.

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

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية في الحصول على معلومات حول خطة علاجك، يمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 ص إلى 8 م، 7 أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر.

اختيار طبيب أسنان الرعاية الأولية

في وقت الاشتراك، يجب عليك اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة ليكون PCD الخاص بك. إذا فشلت في اختيار طبيب أسنان تابع للشبكة أو إذا أصبح طبيب الأسنان الذي اخترته التابع للشبكة غير متاح، فسوف يطلب DPA اختيار طبيب أسنان آخر تابع للشبكة أو سيقوم بتعيين طبيب أسنان آخر تابع للشبكة لك. يمكنك تغيير طبيب أسنانك المعين التابع للشبكة عن طريق الاتصال بقسم خدمة عملاء DPA على الرقم **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 ص إلى 8 م، 7 أيام الأسبوع (ماعدا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر. لضمان إخطار طبيب الأسنان التابع للشبكة وضمان التأكد من صحة قوائم الأهلية لدى DPA، يجب طلب التغييرات التي تتم بشأن أطباء الأسنان التابعين للشبكة قبل اليوم الحادي والعشرين (21) من الشهر حتى تصبح التغييرات سارية في اليوم الأول من الشهر التالي.

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

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من



رعاية الأسنان الطارئة

لا تدفع هذه الخطة أي مزايا لخدمات رعاية الأسنان الطارئة.

الحصول على رأي آخر بشأن رعاية الأسنان

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

سيتم تقديم الآراء الأخرى من قبل طبيب أسنان معتمد في الوقت المناسب، بما يتناسب مع حالتك. سيتم تسريع الطلبات التي تتضمن حالات تهديد صحي وشيك وخطير (سيتم اعتماد أو رفض التصريح في غضون 72 ساعة من استلام الطلب، كلما أمكن ذلك). للحصول على 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 8 ص إلى 8 م، طوال أيام الأسبوع (ماعدًا العطلات) من 1 أكتوبر إلى 31 مارس وطوال أيام العمل من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر أو مراسلة DPA كتابيًا.

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

تنسيق المزايا

توفر هذه الخطة مزايا بغض النظر عن التغطية من قبل أي سياسة تأمين جماعي أخرى أو أي برنامج مزايا صحية جماعية آخر إذا كانت تغطي السياسة أو البرنامج الآخر الخدمات أو النفقات بالإضافة إلى رعاية الأسنان. وبخلاف ذلك، يتم تنسيق المزايا المقدمة بموجب هذه الخطة من قبل الاختصاصيين أو أطباء الأسنان غير التابعين للشبكة مع سياسات تأمين رعاية الأسنان الجماعية الأخرى أو برامج مزايا طب 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 مقرراً 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. سيقبل 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 أهليتك، أو رفض خدمات الأسنان أو المطالبات، أو السياسات أو إجراءات أو عمليات DPA أو جودة خدمات الأسنان التي يؤديها أطباء الأسنان التابعين للشبكة، فيحق لك تقديم تظلم أو طعن بواسطة Blue Shield TotalDual Plan. يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 (الإجراءات التي يجب اتباعها إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون والشكاوى)) لمزيد

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



من المعلومات حول كيفية تقديم تظلم أو طعن. إذا كانت لديك أسئلة، فاتصل بـ DPA على الرقم **[TTY: 711] 247-2486 (866)**، من 8 ص إلى 8 م، طوال أيام الأسبوع (معدا 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).

الاستثناءات العامة لخطة HMO للأسنان

1. أي إجراء غير مدرج على وجه التحديد في جدول إجراءات مزايا طب الأسنان.
2. أي إجراء يعتبر ضمن الرأي المهني لطبيب الأسنان التابع للشبكة:
 - a. ينطوي على توقع ضعيف للحصول على نتيجة ناجحة ومدة معقولة بناءً على حالة السن أو الأسنان و/أو الهياكل المحيطة بها، أو
 - b. غير متوافق مع المعايير المقبولة عمومًا لطب الأسنان.
3. الخدمات التي تكون فقط لأغراض تجميلية أو لحالات ناتجة عن عيوب وراثية أو متعلقة بالنمو، مثل الحنك المشقوق وتشوهات الفك العلوي والسفلي والأسنان المفقودة خلقيًا والأسنان التي تغير لونها أو التي تقتصر إلى المينا.
4. الأجهزة المفقودة أو المسروقة مثل أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية والتيجان.
5. الإجراءات أو الأجهزة أو الترميم إذا كان الغرض تغيير البعد الرأسي أو لتشخيص أو علاج الحالات غير الطبيعية لاضطراب المفصل الفكي الصدغي (Temporomandibular joint, TMJ).
6. معدن ثمين للأجهزة القابلة للإزالة، والقواعد المعدنية أو الدائمة المرنة لأطقم الأسنان الكاملة، أو أسنان الأطقم البورسلين، أو الدعامات الدقيقة للأجزاء القابلة للإزالة أو أطقم الأسنان الجزئية الثابتة (التراكبات والغرسات المزروعة والأجهزة المرتبطة بها) وتخصيص وتوصيف أطقم الأسنان الكاملة والجزئية.
7. أجهزة وملحقات طب الأسنان المدعومة بزراعة الأسنان ووضع الزرعة والصيانة والإزالة وجميع الخدمات الأخرى المرتبطة بزراعة الأسنان.
8. استشارات بشأن المزايا غير الخاضعة للتغطية.
9. خدمات الأسنان التي يتم تلقيها من أي عيادة أسنان بخلاف طبيب الأسنان التابع للشبكة المعين أو أخصائي أسنان معتمد مسبقًا.
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 طب الأسنان التي تنجم فيما يتعلق بأي إجراء لطب الأسنان بدأت قبل تأهيل العضو في Blue Shield TotalDual Plan. تشمل الأمثلة: الأسنان المعدة للتيجان وأطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية التي تم أخذ طبعة لها.
13. الأجهزة و/أو العلاجات الوظيفية العضلية وشبه الوظيفية.



F. الدعم المجتمعي

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

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

و هذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب الإيواء المؤسسي إذا أمكن.	انتقال/تحويل مركز خدمات التمريض إلى مرافق المعيشة المدعومة
مكان للأعضاء ذوي الاحتياجات الطبية أو السلوكية العالية الذين ليس لديهم مكان إقامة لمواصلة التعافي فوراً بعد خروج المرضى الداخليين من مستشفى أو مرفق رعاية سكني.	الإسكان قصير الأجل بعد العلاج بالمستشفى
إعفاء غير طبي قصير الأجل من واجبات تقديم الرعاية لأولئك الذين يعتنون بأعضاء برنامج Medi-Cal الذين يحتاجون إلى إشراف مؤقت متقطع.	الخدمات المؤقتة لمقدمي الرعاية لأعضاء برنامج Medi-Cal
و هذا يساعد أعضاء برنامج Medi-Cal في بيئة خارج المرافق على تطوير المساعدة الذاتية، والتنشئة الاجتماعية، ومهارات التكيف اللازمة للنجاح في بيئاتهم المنزلية.	برامج التأهيل اليومي
يحصل الأعضاء على المساعدة في الحفاظ على إيجار آمن ومستقر بعد العثور على السكن.	خدمات إيجار المساكن وخدمات الاستدامة
و هذا يساعد الأعضاء على العيش في المجتمع وتجنب المزيد من الإيواء المؤسسي.	خدمات الانتقال المجتمعي/انتقال مركز خدمات التمريض إلى المنزل
يتلقى الأعضاء المساعدة في الحصول على السكن.	خدمات التوجيه لانتقال السكن
يتلقى الأعضاء المساعدة في أنشطة الحياة اليومية (Activities of Daily Living, ADL) مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس أو استخدام المرحاض أو التمشي أو التغذية، وخدمات العناية الشخصية مثل إعداد الوجبات وتسوق البقالة وإدارة الأموال للأعضاء الذين لا يمكنهم البقاء في منازلهم بدون هذه الخدمات.	خدمات العناية الشخصية والمنزلية
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.	رعاية التعافي (الرعاية الطبية المؤقتة)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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.
مراكز تحسين الوعي	أماكن آمنة وداعمة للأفراد ليصبحوا متيقظين بعد العثور عليهم في حالة سكر علناً بسبب الكحول أو المخدرات ومساعدة الأفراد الذين يعانون من التشرد أو أوضاع معيشية غير مستقرة والذين سيتم إرسالهم إلى قسم الطوارئ أو السجن.
وجبات مصممة طبيًا/أغذية داعمة طبيًا	يعد الدعم الغذائي للأعضاء، وخاصة أولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة، عند تحقيق الأهداف الغذائية أمرًا بالغ الأهمية للحصول على صحة جيدة والبقاء في صحة جيدة.
ودائع الإسكان	يتلقى الأعضاء المساعدة في العثور على الخدمات لمرة واحدة اللازمة لإنشاء منزل أساسي أو تنسيقه أو تأمينه أو تمويله.
وسائل تكييف الإمكانيات البيئية (التعديلات المنزلية)	التكيفات المادية للمنزل لضمان صحة الفرد ورفاهيته وسلامته والسماح للأعضاء الذين قد يحتاجون إلى الإقامة في مؤسسات بالبقاء في منازلهم.

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

معلومات للأعضاء

- الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield Promise Health Plan في منطقتك خلال أيام الأسبوع بين الساعة 8 ص و 6 م: لوس أنجلوس: 800) 605-2556 /سان دييغو: 699-5557 (855)
- أو اتصل بخيارات الرعاية الصحية (Health Care Options, HCO) على الرقم 800) 430-7077 (800) 430-4263 (TTY)
- تفضل بزيارة قسم خدمات الرعاية الصحية لمزيد من المعلومات: <https://www.dhcs.ca.gov/Pages/ECMandILOS.aspx>

G. المزايا المغطاة خارج خطتنا

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

G1. الانتقالات المجتمعية في كاليفورنيا (CCT)

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

فيما يخص خدمات تنسيق 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 جدول المزايا المدرج في القسم D.

لا يوجد تغيير في مزايا التغطية الدوائية

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

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

G2. برنامج Medi-Cal Dental

تتوفر بعض خدمات الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental. يتوفر المزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني SmileCalifornia.org. يشمل برنامج Medi-Cal Dental، على سبيل المثال لا الحصر، خدمات مثل:

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

لمزيد من المعلومات حول مزايا طب الأسنان المتاحة في Medi-Cal Dental، أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal، اتصل بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (يتصل مستخدمو TTY على الرقم 1-800-735-2922). علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. ممثلو Medi-Cal Dental لخدمات الأسنان متاحون لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني على smilecalifornia.org لمزيد من المعلومات.

في مقاطعة لوس أنجلوس، يمكنك الحصول على مزايا طب الأسنان من Medi-Cal من خلال خطة الرعاية المُدارة للأسنان (DMC). إذا كنت بحاجة إلى المزيد من المعلومات حول خطط برنامج Medi-Cal للأسنان أو ترغب في إجراء تغييرات، 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 ص إلى الساعة 6:00 م. وهذه المكالمات مجانية. جهات اتصال DMC متاحة أيضًا هنا:
www.dhcs.ca.gov/services/Pages/ManagedCarePlanDirectory.aspx. www.hpsm.org/dental

ملاحظة: تقدم خطتنا خدمات الأسنان الإضافية. راجع جدول المزايا في القسم D لمزيد من المعلومات.

G3. خدمات الدعم المنزلية (IHSS)

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

G4. 1915(c) برامج الإعفاءات من الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS)

التنازل عن المساعدة على المعيشة (Assisted Living Waiver, 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 مركز خدمات التمريض. الهدف من ALW هو تسهيل انتقال المستفيدين من مركز خدمات التمريض إلى بيئة منزلية ومجتمعية أو منع إدخالهم إلى مرافق المتخصصة في الحالات التي تكون فيها هناك حاجة وشيكة إلى الإقامة في مركز خدمات التمريض.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج ALW البقاء مسجلين في ALW بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خطتنا. تعمل خطتنا مع وكالة ALW لتنسيق الرعاية الخاصة بك لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- ALW متاح حاليًا فقط في المقاطعات التالية: مقاطعات ألameda وكونترا كوستا وفريسنو وكيرن ولوس أنجلوس وأورانج وريفرسايد وساكرامنتو وسان برناردينو وسان دييغو وسان فرانسيسكو وسان خواكين وسان ماتيو وسانتا كلارا وسونوما.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج ALW. يمكنك العثور على الوكالات المحلية التي يمكنها تنسيق رعايتك ضمن برنامج ALW هنا:
dhcs.ca.gov/services/ltc/Documents/Care-Coordination-Agencies.pdf

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

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

- هناك إعفاءان بموجب المادة (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. كلاً من الإغفاءين 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 إغفاء DD.

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

- يوفر إعفاء HCBA خدمات إدارة الرعاية للأشخاص المعرضين لخطر لدار التمريض أو التنسيب المؤسسي. يتم تقديم خدمات إدارة الرعاية من قبل فريق إدارة رعاية متعدد التخصصات يتكون من ممرضة وأخصائي اجتماعي. يقوم الفريق بتنسيق خدمات الإغفاء وخطة الولاية (مثل الصحة الطبية والسلوكية وخدمات الدعم المنزلية وغير ذلك)، ويرتب للخدمات الأخرى والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل المتاحة في المجتمع المحلي. يتم توفير خدمات إدارة الرعاية والإغفاء في السكن المجتمعي للمشاركة. يمكن أن يكون هذا السكن مملوكاً للقطاع الخاص، أو مؤمناً من خلال ترتيبات إيجار المستأجر، أو مسكن أحد أفراد عائلة المشارك.
- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج إعفاء HCBA البقاء مسجلين في إعفاء HCBA بينما يتلقون المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة الإغفاء HCBA لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج HCBA.
 - اعتماداً على الرمز البريدي في مقاطعة لوس أنجلوس، إما Partners in Care أو Access TLC هي وكالة HCBA المحلية الخاصة بك. لمعرفة الوكالة التي تساعد منطقة الرمز البريدي الذي تعيش فيه، يُرجى زيارة: [https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-\(HCB\)-Alternatives-Waiver.aspx](https://www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/Home-and-Community-Based-(HCB)-Alternatives-Waiver.aspx)
 - اتصل بـ Partners in Care على الرقم (800) 251-6764
 - اتصل بـ Access TLC على الرقم (800) 852-9887
 - San Ysidro Health هي وكالة HCBA المحلية في مقاطعة سان دييغو. اتصل بـ San Ysidro Health على الرقم (833) 503-5910، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.

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

- يوفر برنامج الإغفاء التابع لـ Medi-Cal (MCWP) إدارة شاملة للحالات وخدمات رعاية مباشرة للأشخاص المصابين بـ HIV كبديل للرعاية في مركز خدمات التمريض أو العلاج بالمستشفى. إدارة الحالة هي نهج جماعي يركز على المشاركين ويتكون من ممرضة مسجلة ومدير حالة للعمل الاجتماعي. يعمل مديرو الحالة مع المشارك وموفر (موفر) الرعاية الأولية، والأسرة، ومقدم (مقدم) الرعاية، وموفر 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج الإعفاء MCWP Waiver البقاء كما هم في MCWP Waiver بينما يتلقون أيضًا المزايا التي توفرها خططنا. تعمل خططنا مع وكالة إعفاء MCWP لتنسيق الخدمات التي تتلقاها.
- يمكن لمنسق الرعاية الخاص بك مساعدتك في التقدم بطلب للحصول على برنامج MCWP. نظام المعلومات والتقييم الإقليمي لمتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS Regional Information and Evaluation System, ARIES)
- مفتوح من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م (بتوقيت المحيط الهادئ). للوصول إلى مكتب المساعدة:
 - اتصل برقم (2743) 1-866-411-ARIES 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، ويشتري بعض الخدمات اللازمة التي لا تكون متاحة بطريقة أخرى للوقاية من المرض أو تأخير الاعتماد على المؤسسة. يجب أن يكون إجمالي التكلفة السنوية المجمعة لإدارة الرعاية والخدمات الأخرى أقل من تكلفة تلقي الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني.
- يقوم فريق من المتخصصين في الخدمات الصحية والاجتماعية بتزويد كل مشارك في MSSP بتقييم صحي ونفسي اجتماعي كامل لتحديد الخدمات المطلوبة. يعمل الفريق بعد ذلك مع المشاركين في MSSP وطبيبهم وعائلاتهم وغيرهم لتطوير خطة 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
 - خدمات الرعاية المؤقتة
 - خدمات النقل
 - الإرشاد والتوجيه والخدمات العلاجية
 - خدمات الوجبات



○ خدمات التواصل.

- يمكن للأعضاء المسجلين في برنامج MSSP Waiver البقاء كما هم في MSSP Waiver بينما يتلقون أيضاً 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 الشيخوخة بكاليفورنيا على الرقم 1-800-510-2020 أو عن طريق تحديد مقاطعتك على صفحة البحث عن الخدمات في مقاطعتي على موقع إدارة الشيخوخة بكاليفورنيا:

https://aging.ca.gov/Find_Services_in_My_County/#tblServicesInMyCounty

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

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

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

- خدمات الصحة العقلية
- خدمات دعم الأدوية
- خدمات العلاج اليومي المكثف
- إعادة التأهيل اليومية
- خدمات التدخل في الأزمات
- خدمات استقرار الحالة في حالات الأزمات
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للبالغين
- خدمات العلاج في العيادات الداخلية للأزمات
- خدمات مراكز الصحة النفسية
- خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى للمرضى النفسيين
- إدارة الحالات المستهدفة
- الخدمات السلوكية العلاجية
- تنسيق الرعاية المركزة

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- الخدمات المنزلية المكثفة
 - إعادة تأهيل ودمج الخارجين من السجون أو المؤسسات الإصلاحية
 - العلاج المجتمعي الإلزامي (Assertive community treatment, ACT)
 - العلاج المجتمعي الإلزامي الجنائي (Forensic assertive community treatment, FACT)
 - الرعاية المتخصصة المنسقة (Coordinated specialty care, CSC) للذهان الأولي (First episode psychosis, FEP)
 - خدمات النادي المجتمعي
 - خدمات العاملين في صحة المجتمع المعززة (CHW)
- تتوفر لك خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج Medi-Cal من خلال وكالة الصحة السلوكية في مقاطعتك إذا كنت تستوفي معايير تلقي هذه الخدمات.
- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
 - علاج اضطراب تعاطي المخدرات أثناء الإقامة قبل الولادة
 - خدمات العلاج في العيادات الخارجية
 - برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
 - أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
- تشمل خدمات نظام التسليم المنظم لأدوية برنامج Medi-Cal ما يلي:
- خدمات العلاج في العيادات الخارجية
 - خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
 - أدوية علاج الإدمان (وتسمى أيضًا العلاج بمساعدة الأدوية)
 - خدمات العلاج في العيادات الداخلية
 - خدمات إدارة الانسحاب
 - برنامج العلاج بالأدوية المسكنة
 - خدمات التعافي
 - تنسيق الرعاية
 - خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى



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

توفر خدمات الصحة السلوكية

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

- خط الإحالة والأزمات بالمقاطعة (يُرجى مراجعة القسم K في الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة رقم الهاتف وساعات الدوام)
- إدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس، الوقاية من تعاطي المخدرات ومكافحتها (يُرجى الاتصال بالرقم 888-742-7900 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع)
- الصحة السلوكية في مقاطعة سان دييغو - خدمات اضطرابات تعاطي المخدرات (يُرجى الاتصال بالرقم 888-724-7240 (TTY: 711) على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع)
- خط الصحة السلوكية لدى Blue Shield TotalDual Plan (يُرجى مراجعة القسم D في الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة رقم الهاتف وساعات العمل)
- خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan (رقم الهاتف وساعات العمل مطبوعة في أسفل هذه الصفحة)

عمليات تحديد الخدمات الضرورية من الناحية الطبية

يحدد موفر رعاية مُرخّص 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 الجهتين بما يتسق مع احتياجاتك. يمكن أن تتم إحالتك من خلال Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة بالاتصال بالجهة التي تتم الإحالة إليها. كما سيتم استكمال نموذج الإحالة من قبل موفر الرعاية المُحيل، وسيتم إرساله إلى الجهة التي تتم إحالتك إليها.

عمليات تسوية المشكلات

إذا نشأ خلاف أو نزاع بينك وبين المقاطعة أو Blue Shield 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 للحصول عليها سلبًا. يمكنك أيضًا استخدام عملية الطعون المتبعة لدى Blue Shield TotalDual Plan أو المقاطعة، اعتمادًا على الجهة التي تتنازع معها. للحصول على معلومات حول عملية الطعن، يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

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

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



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

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

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

- الخدمات التي لا تُصنّف على أنها "مناسبة وضرورية من الناحية الطبية"، وفقاً لبرنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، ما لم تكن مدرجة على أنها خدمات خاضعة للتغطية
- العلاجات الطبية والجراحية التجريبية والأصناف والأدوية ما لم تكن خاضعة لتغطية برنامج Medicare أو جزءاً من دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare أو خاضعة للتغطية في خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا للحصول على مزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية. العلاج التجريبي والعناصر هي تلك التي لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام.
- العلاج الجراحي للبدانة المرضية، إلا عند الضرورة الطبية ويدفع برنامج Medicare تكلفتها.
- الغرفة الخاصة في المستشفى، باستثناء الحالات التي تكون ضرورية من الناحية الطبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة
- الأشياء الشخصية في غرفتك في المستشفى أو في مركز خدمات التمريض، مثل الهاتف أو التلفزيون
- رعاية ترميزية بدوام كامل في منزلك
- الرسوم التي يفرضها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك
- إجراءات أو خدمات تحسين الحالة سواء كانت اختيارية أو تطوعية (ومنها فقدان الوزن ونمو الشعر والقدرة الجنسية والنشاط البدني والأغراض التجميلية وعلاج أمراض الشيخوخة والقدرة العقلية)، إلا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية
- جراحة أو عمليات تجميل أخرى، إلا إذا كانت مطلوبة بسبب إصابة عرضية أو لتحسين جزء من الجسم غير صحيح. ومع ذلك، ندفع نظير استبناء ثدي بعد استئصاله، ومعالجة الثدي الآخر ليبدو متناسقاً معه.
- العناية الروتينية بالقدمين، باستثناء ما هو مذكور ضمن خدمات طب القدم في جدول المزايا بالقسم D
- أحذية تقويم العظام، ما لم تكن الأحذية جزءاً من دعامة الساق ومدرجة 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
- إلغاء إجراءات التعقيم
- خدمات ممارسة الطب الطبيعي (يستخدم وسائل علاج طبيعية أو بديلة)



- الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (Veterans Affairs, VA). ومع ذلك، عند تلقي أحد المحاربين القدامى خدمات الطوارئ في مستشفى تابع لـ VA وعندما يكون مبلغ تقاسم التكاليف في VA أعلى من نظيره بموجب خطتنا، سنسدد الفارق لقدامى المحاربين. لا تزال مسؤولاً عن دفع مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بك.



الفصل 5: الحصول على أدوية العيادات الخارجية

مقدمة

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

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

- **الأدوية التي يغطيها القسم A في برنامج Medicare** وتشمل بشكل عام الأدوية التي تقدم لك أثناء وجودك في المستشفى أو مركز خدمات التمريض.
- **الأدوية التي تخضع للتغطية بموجب القسم B في برنامج Medicare**، وتتضمن بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض أنواع أدوية الحقن التي توصف لك خلال فترة زيارة عيادة طبيب أو موفر رعاية آخر، بالإضافة إلى الأدوية التي توصف لك في وحدات الغسيل الكلوي. لمعرفة المزيد عن أدوية القسم B في برنامج Medicare، يرجى الرجوع إلى جدو 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 رعاية الأمراض العضال لدى برنامج Medicare. لمزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5، القسم D** "إذا كنت في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من برنامج Medicare".

قواعد خطتنا لتغطية أدوية مرضى العيادات الخارجية

نغطي الأدوية عادةً طالما تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

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

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

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

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

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

جدول المحتويات

A.	سرف الوصفات الطبية المقررة لك	160
A1.	سرف الوصفة الطبية المقررة لك من صيدلية تابعة للشبكة	160
A2.	استخدام بطاقة معرف العضوية خاصتك عند سرف وصفة طبية	160
A3.	الإجراءات الواجب اتباعها عند تغيير صيدلية تابعة للشبكة	160
A4.	الإجراءات الواجب تنفيذها إذا تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة	160
A5.	الاستعانة بصيدلية متخصصة	160
A6.	استخدام خدمات التوصيل إلى المنزل للحصول على الأدوية الخاصة بك	161
A7.	الحصول على صرفية أدوية طويلة الأجل	162
A8.	الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا	163
A9.	استرداد تكلفة وصفة طبية لك	163
B.	قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا	163
B1.	الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا	164
B2.	كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية لدينا	164
B3.	الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا	165
B4.	فئات تقاسم تكلفة قائمة الأدوية	166
C.	القيود على بعض الأدوية	166
D.	أسباب عدم تغطية دواءك	168
D1.	الحصول على صرفية مؤقتة	168
D2.	طلب صرفية مؤقتة	169



- 169D3. طلب استثناء
- 170E. تغييرات التغطية للأدوية الخاصة بك
- 171F. تغطية الدواء في حالات خاصة
- 171F1. في مستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني لقضاء فترة إقامة تغطيها الخطة
- 172F2. في مركز رعاية طويلة الأجل
- 172F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من برنامج Medicare
- 172G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارتها
- 172G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان
- 173G2. برامج تساعدك على إدارة أدويةك
- 173G3. برنامج إدارة الأدوية (Drug management program, DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان



A. صرف الوصفات الطبية المقررة لك

A1. صرف الوصفة الطبية المقررة لك من صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، لا ندفع مقابل الوصفات الطبية المقررة إلا عند صرفها من إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي الصيدلية التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي صيدلية تابعة للشبكة لدينا. (راجع القسم A8 للحصول على معلومات حول متى نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات غير التابعة للشبكة.)

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

A2. استخدام بطاقة مُعرّف العضوية خاصتك عند صرف وصفة طبية

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

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

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

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

- لمطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في صرف وصفة طبية، فاتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك.

A3. الإجراءات الواجب اتباعها عند تغيير صيدلية تابعة للشبكة

إذا 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 إعادة 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، راجع دليل موفري الرعاية والصيدليات، أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني، أو اتصل بخدمة العملاء.

A5. الاستعانة بصيدلية متخصصة

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

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

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

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

صرف الوصفات الطبية بالبريد

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

عادة، تصل الوصفة الطبية من خلال خدمة التوصيل إلى المنزل في غضون 5 أيام. سنتلقى إشعارًا إذا كان هناك تأخير في طلب الوصفة الطبية للتوصيل المنزلي الخاص بك. إذا كان لديك أسئلة حول هذا الأمر، يُرجى الاتصال على Amazon Pharmacy على الرقم 208-4665 (856)، على مدار 24 ساعة في اليوم/7 أيام في الأسبوع. ولمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 711. إذا لزم الأمر، يمكن لخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan مساعدتك في الحصول على كمية كافية من الأدوية من صيدلية البيع بالتجزئة المحلية التابعة للشبكة، بحيث لا ينقصك أي دواء حتى يصل دواء من خلال خدمة التوصيل إلى منزلك. قد يتطلب ذلك الاتصال بطبيبك المعالج ليرسل وصفة طبية جديدة عبر هاتفه/هاتفها أو الفاكس إلى صيدلية البيع بالتجزئة التابعة للشبكة للحصول على كمية الأدوية اللازمة حتى تتلقى الدواء عبر خدمة التوصيل إلى المنزل.

إذا استغرق التأخير أكثر من 5 أيام من تاريخ طلب الوصفة الطبية من موفر خدمة التوصيل إلى المنزل وكان بسبب فقدان الدواء في نظام البريد، يمكن لخدمة عملاء Amazon Pharmacy تنسيق طلب بديل.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



إجراءات التوصيل إلى المنزل

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

1. الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية منك

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

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

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

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

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

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

- تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل إعادة صرف للتأكد من أنك بحاجة إلى مزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من أدويةك أو إذا تم تغيير أدويةك.
- في حالة اختيارك عدم استخدام برنامج إعادة صرف الأدوية التلقائي لدينا، فاتصل بالصيدلية الخاصة بك قبل 14 يومًا من نفاد الوصفة الطبية الحالية للتأكد من شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.
- لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بإعداد إعادة صرف الطلبات المنزلية، اتصل بنا عن طريق الاتصال بـ Amazon Pharmacy على الرقم 208-4665 (856)، على مدار 24 ساعة في اليوم / 7 أيام في الأسبوع. وللمستخدمة TTY الاتصال على الرقم 711.

أخبر الصيدلية بأفضل طرق الاتصال بك حتى يتمكنوا من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن. يرجى التأكد من أن معلومات الاتصال الخاصة بك محدثة دائمًا مع Blue Shield TotalDual Plan. إذا كنت بحاجة إلى تحديث رقم هاتفك أو عنوانك، يرجى 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 الأدوية الدورية من قائمة الأدوية في خطتنا. الأدوية الدورية هي الأدوية التي تتناولها بصورة منتظمة لعلاج مرض مزمن أو حالة طبية طويلة الأجل.

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من



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

A8. الاستعانة بصيدلية غير مدرجة في شبكة خطتنا

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

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

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

A9. استرداد تكلفة وصفة طبية لك

إذا تعيّن عليك استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة، فيتعين عليك عادةً دفع التكاليف كاملة بدلاً من قيمة المبلغ العادي الذي تدفعه كحصة مشاركة في الدفع عند صرف الوصفة الطبية. 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 يسدد Medi-Cal Rx المبلغ لك عن طريق تقديم مطالبة "تعويض مصروفات Medi-Cal النثرية (Conlan)". يمكن العثور على مزيد من المعلومات على الموقع الإلكتروني [medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/](https://www.medi-calrx.dhcs.ca.gov/home/).

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

B. قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

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

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



B1. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

قائمة الأدوية تتضمن الأدوية الخاضعة للتغطية من القسم D في برنامج Medicare.

معظم الأدوية 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. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (Beneficiary Identification Card, BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على وصفاتك الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

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

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

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

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

B2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية لدينا

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

- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لخطتنا على blueshieldca.com/medformulary2026. دائمًا ما يكون إصدار قائمة الأدوية الموجود على موقعنا الإلكتروني هو الإصدار الأحدث.
- اتصل بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان هذا الدواء أو ذلك متوفرًا ضمن قائمة الأدوية لدينا أم لا، أو لطلب نسخة من القائمة.
- الأدوية التي لا يغطيها القسم D قد تتم تغطيتها بواسطة Medi-Cal Rx. يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov) لمزيد من المعلومات.
- استخدم "أداة Real Time Benefit" الخاصة بنا على blueshieldca.com/medicare للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة. يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة.
- كيفية الوصول إلى أداة التحقق من أسعار الوصفات الطبية Rx:
 - أنشئ حساب العضو الخاص بك على الإنترنت أو يمكنك تسجيل الدخول إليه.
 - انتقل إلى myblueshield، ثم اضغط على Pharmacy (صيدلية) تحت العنوان Benefits (المزايا).

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



○ تحت "Price check my Rx" (التحقق من سعر الوصفة الطبية)، انقر فوق "Check current prescriptions" (التحقق من الوصفات الطبية الحالية).

B3. الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية لدينا

نحن لا نغطي جميع الأدوية.

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

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

فيما يلي القواعد الثلاث العامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية أدوية العيادات الخارجية الخاصة بخطتنا (والتي تتضمن القسم D في برنامج Medicare) أن تدفع ثمن دواء يغطيه بالفعل القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare. تغطي خطتنا الأدوية المغطاة بموجب القسم A في برنامج Medicare أو القسم B في برنامج Medicare مجاناً، ولكن لا تعتبر هذه الأدوية جزءاً من مزايا الأدوية لمرضى العيادات الخارجية.

2. لا يمكن أن تغطي خطتنا دواءً تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة والأقاليم التابعة لها.

3. يجب أن يكون استخدام الدواء إما معتمداً من FDA، أو أن يكون مدعوماً في مراجع طبية معينة باعتباره علاجاً لحالتك. قد يصف طبيبك أو موفر رعاية آخر دواءً ما لعلاج حالتك، حتى وإن لم يُعتمد ذلك الدواء لعلاج حالتك. ويُسمى هذا "الاستعمال غير المعتمد". والخطوة عادةً لا تغطي الأدوية الموصوفة لاستعمالات غير معتمدة.

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

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



B4. فئات تقاسم تكلفة قائمة الأدوية

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

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

لمعرفة فئة تقاسم التكاليف التي يقع فيها دواؤك، ابحث عنه في قائمة الأدوية الخاصة بالخطوة.

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

C. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يتم تطبيق قواعد خاصة تقيّد الأسلوب الذي تتبعه خطتنا لتغطيتها وموعد تغطيتها. بشكل عام، تشجعك قواعدها 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 موفر الرعاية الذي تتعامل معه استخدام ذلك الدواء الأقل تكلفة.

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

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

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



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

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

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

2. الحصول على موافقة الخطة مسبقًا

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يجب أن تحصل أنت أو مقدم الوصفات الطبية لك على موافقة من خطتنا قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك. ويطلق على هذا الإجراء اسم تصريح مسبق. يتم وضع هذا موضع التنفيذ لضمان سلامة الأدوية والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. في حالة عدم حصولك على الموافقة، فربما لا نقوم بتغطية الدواء. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2026 لمزيد من المعلومات حول التصريح المسبق.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

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

إذا لم يفيدك الدواء أ، فسنتحمل تغطية الدواء ب، وهو ما يسمى بالعلاج المرحلي. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني على blueshieldca.com/medformulary2026 لمزيد من المعلومات حول العلاج المرحلي.

4. حدود الكمية

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

لمعرفة ما إذا كانت هذه القيود سارية على دواء تأخذه أو ترغب في أخذه أم لا، راجع قائمة الأدوية لدينا. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بخدمة العملاء، أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني على العنوان blueshieldca.com/medformulary2026. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك طلب طعن. يرجى الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.



D. أسباب عدم تغطية دواءك

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

- خططنا لا تغطي الدواء الذي تريد تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا. قد نغطي إصدار دواء مماثل (بديل) ولكن ليس إصدار الدواء ذو العلامة التجارية الذي تريد تناوله. وقد يكون الدواء جديدًا ولم تتم مراجعته من حيث الأمان أو الفعالية.
- تغطي خططنا 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 نغط الدواء بالطريقة التي تريدها منا.

D1. الحصول على صرفية مؤقتة

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

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

1. أن الدواء الذي تناولته:

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

2. يجب أن تنطبق أحد المواقف الموضحة أدناه عليك:

- لقد كنت في خططنا العام الماضي.
 - نقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويةك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
 - هذه الصرفية المؤقتة تصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كُتبت وصفتك الطبية لعدد أيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية الطويلة الأجل الدواء بكميات أقل في المرة لمنع الهدر.
- أنت جديد في خططنا.
 - نقوم بتغطية الصرفية المؤقتة لأدويةك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خططنا.
 - هذه الصرفية المؤقتة تصل إلى 30 يومًا.
 - إذا كُتبت وصفتك الطبية لعدد أيام أقل، فإننا نسمح بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير صرفية تكفي لمدة 30 يومًا كحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل الدواء بكميات أقل في المرة لمنع الهدر.
- كنت مشتركًا في خطتنا لأكثر من 90 يومًا وكنت مقيمًا في مركز للرعاية طويلة الأجل وتحتاج إلى صرفية على الفور.
- توفر التغطية لصرفية واحدة تكفي لمدة 31 يومًا، أو أقل في حالة كتابة الوصفات الطبية الخاصة بك لأيام أقل.
- هذا بالإضافة إلى الصرفية المؤقتة المذكورة أعلاه.

D2. طلب صرفية مؤقتة

اطلب صرفية مؤقتة من دواء ما، اتصل بخدمة العملاء.

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

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

أو

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

D3. طلب استثناء

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

- أخبرك عن أي تغيير في تغطية الدواء الخاص بك للعام المقبل. اطلب منا إجراء استثناء وتغطية دواء للعام المقبل بالطريقة التي تريدها.
- نقوم بالرد على طلبك للحصول على استثناء في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طلبك (أو البيان الداعم لمقدم الوصفات الطبية الخاص بك).
- إذا وافقنا على طلبك، فنصرح بتغطية الدواء قبل سريان التغيير.
- لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناء، راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا.
- 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 قواعدا الخاصة بالأدوية. على سبيل المثال، يجوز لنا:

- أن نطلب أو لا نطلب موافقة مسبقة (Prior approval, PA) على الدواء (إذن منا قبل أن تتمكن من الحصول على الدواء).
- إضافة أو تغيير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها ("حدود الكمية").
- إضافة أو تغيير وضع قيود للعلاج المرحلي على الدواء (يجب عليك تجربة الدواء قبل أن نغطي دواءً آخر).

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

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

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

ماذا يحدث إذا تغيرت التغطية لدواء تتناوله؟

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

- تحقق من قائمة الأدوية الحالية عبر الإنترنت على blueshieldca.com/medformulary2026 أو
- اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل الصفحة للتحقق من قائمة الأدوية الحالية لدينا.

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

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

عندما يتوفر دواء مماثل (بديل) جديد. في بعض الأحيان، يظهر دواء مماثل (بديل) أو بديل حيوي جديد في السوق يعمل بشكل جيد مثل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي في قائمة الأدوية الآن. وعند حدوث ذلك، يمكننا إلغاء الدواء ذي العلامة التجارية وإضافة الدواء المماثل (البديل) الجديد ولكن نظل تكلفه الدواء الجديد عليك 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 نرسل إليك معلومات حول التغيير المحدد الذي أجريناه بمجرد حدوثه.

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



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

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

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

عند إجراء هذه التغييرات، فإننا نقوم بما يلي:

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

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

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

- إذا كان هناك دواء مماثل في قائمة الأدوية يمكنك تناوله أو

- إذا كان يجب عليك طلب استثناء من هذه التغييرات لمواصلة تغطية الدواء أو إصدار الدواء الذي كنت تتناوله.

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

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

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

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

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

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

F. تغطية الدواء في حالات خاصة

F1. في مستشفى أو مركز خدمات التمريض المهني لقضاء فترة إقامة تغطيتها الخطة

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

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711 TTY: 1-800-452-4413)، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



F2. في مركز رعاية طويلة الأجل

عادةً ما يمتلك مركز الرعاية طويلة الأجل، مثل مركز خدمات التمريض، صيدلية خاصة به، أو صيدلية توّرد الأدوية لكل المقيمين بها. فإذا كنت تعيش في مركز للرعاية طويلة الأجل، يمكنك الحصول على أدويةك من صيدلية المركز إذا كانت تابعة لشبكتنا. راجع دليل موفري الرعاية والصيديات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مركز الرعاية طويلة الأجل تابعة لشبكتنا أم لا. وإذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بخدمة العملاء.

F3. في برنامج رعاية الأمراض العضال المعتمد من برنامج Medicare

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

- قد تكون مسجلاً في مأوى رعاية الأمراض العضال وتحتاج إلى أدوية معينة (مثل الألم أو الأدوية المضادة للغثيان أو الأدوية الملينة أو المضادة للقلق) التي لا تغطيها رعاية الأمراض العضال الخاصة بك لأنها لا تتعلق بتشخيصك النهائي وحالاتك المرضية. في هذه الحالة، يجب أن تحصل خطتنا على إشعار من مقدم الوصفات الطبية أو موفر رعاية الأمراض العضال الخاص بك بأن الدواء لا علاقة له بالمرض قبل أن نتمكن من تغطيته.
- لمنع التأخير في الحصول على أي أدوية لا علاقة لها بالمرض والتي يجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من موفر رعاية الأمراض العضال أو مقدم الوصفات الطبية الخاص بك التأكد من حصولنا على إشعار بأن الدواء لا علاقة له بالمرض قبل أن تطلب من الصيدلية صرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

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

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

G. برامج تتعلق بسلامة الأدوية وإدارتها

G1. برامج تساعدك على استخدام الأدوية بأمان

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

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

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



G2. برامج تساعدك على إدارة أدويةك

تحتوي 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 (Medication therapy management, MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. يساعدك هذا البرنامج وموفر الرعاية الخاص بك على التأكد من أن أدويةك تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسوف يقدم لك الصيدلي أو أي متخصص صحي آخر مراجعة شاملة لجميع أدويةك ويتحدث معك حول:

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

ثم، سوف 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.
- من الجيد أن تتحدث مع مقدم الوصفات الطبية الخاص بك حول خطة العمل وقائمة الأدوية الخاصة بك.

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

MTM اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فيتم تسجيلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل لك المعلومات المتعلقة به. إذا كنت لا تريد الانضمام للبرنامج، أخبرنا، وسوف نخرجك منه.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه البرامج، فاتصل بخدمة العملاء.

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

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

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

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية لهذه الأدوية من صيدلية (صيدليات) معينة

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- مطالبتك بالحصول على جميع وصفاتك الطبية للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين (benzodiazepine) من مقدم (مقدمي) وصفات طبية معين
- الحد من كمية الأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين (benzodiazepine) التي نغطيها لك

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

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

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

قد لا ينطبق DMP عليك إذا كنت:

- تعاني من حالات طبية معينة، مثل السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي،
- تحصل على رعاية الأمراض العضال، أو الرعاية التلطيفية أو رعاية نهاية الحياة، أو
- تعيش في مركز رعاية طويلة الأجل.



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

مقدمة

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

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

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

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

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

لمعرفة المزيد عن الأدوية، يمكنك الاطلاع على هذه المواضيع:

- قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية الخاصة بنا.
 - ونطلق عليها "قائمة الأدوية". وهي تعلمك بما يلي:
 - الأدوية التي ندفع نظيرًا 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/medformulary2026.
 - معظم العقاقير الدوائية 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. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (medi-calrx.dhcs.ca.gov/) يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء Medi-Cal Rx على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



● **الفصل 5 من كُتِيب الأعضاء هذا.**

- يشرح كيفية الحصول على أدوية العيادات الخارجية الخاصة بك من خلال خطتنا.
- ويتضمن القواعد التي يتعين عليك اتباعها. كما يوضح لك أنواع الأدوية التي لا تغطيها خطتنا.
- عند استخدام "أداة Real Time Benefit Tool" الخاصة بالخطّة للبحث عن تغطية الأدوية (راجع **الفصل 5، القسم B2**)، فإن التكلفة المعروضة هي تقدير للتكاليف النثرية التي من المتوقع أن تدفعها. يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء لمزيد من المعلومات.
- دليل موفري الرعاية والصيدليات الخاص بنا.
- في معظم الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على أدويةك الخاضعة للتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي صيدليات توافق على التعاون معنا.
- يسرد دليل موفري الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا. لمزيد من المعلومات حول الصيدليات التابعة للشبكة، يرجى الرجوع إلى **الفصل 5 من كُتِيب الأعضاء هذا**.



جدول المحتويات

A. شرح الاستحقاقات (EOB)	178
B. كيفية تتبع تكاليف أدويةك	179
C. مراحل دفع التكلفة لأدوية القسم D في برنامج Medicare	180
D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية	180
D1. اختيارائك للصيدلية	181
D2. الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل	181
D3. ما تدفعه	181
D4. نهاية مرحلة التغطية المبدئية	184
E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث	185
F. تكاليف دوائك في حال وصف لك طبيبك صرفية لأقل من شهر كامل	185
G. ما تدفعه مقابل أمصال القسم D	185
G1. معلومات يجب معرفتها قبل الحصول على المصل	185
G2. ما تدفعه مقابل المصل الذي يغطيه القسم D في برنامج Medicare	186



A. شرح الاستحقاقات (EOB)

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

- **تكاليفك النثرية.** هذا هو مبلغ المال الذي تدفعه، أو يدفعه لك الآخرون نيابة عنك، مقابل الوصفات الطبية المقررة لك. ويشمل ذلك ما دفعته عندما تحصل على دواء من القسم D خاضع للتغطية، وأي مدفوعات لأدويةك تقوم بها الأسرة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات مقدمة لأدويةك من قبل برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) من برنامج Medicare أو الخطط الصحية الخاصة بصاحب العمل أو النقابات، وخدمة الصحة الهندية، وبرامج المساعدة في علاج AIDS، والمؤسسات الخيرية، ومعظم برامج المساعدة الدوائية الحكومية (State Pharmaceutical Assistance Programs, SPAPs).
- **إجمالي تكاليف أدويةك.** هذا هو إجمالي جميع الدفعات التي تتم مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية. ويتضمن ما دفعته خطتنا، والبرامج أو المنظمات الأخرى مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية خاصتك.

عند الحصول على أدويةك من خلال خطتنا، نرسل لك ملخصًا يسمى **شرح الاستحقاقات (EOB)**. ونطلق عليه EOB اختصارًا. لا يُعد EOB 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 التي حصلت عليها خلال الشهر السابق. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعناه، إضافة إلى ما دفعته أنت أو دفعه آخرون عنك.
- **الإجماليات للعام منذ 1 يناير.** يوضح ذلك إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات مقابل أدويةك منذ بداية العام.
- **معلومات حول أسعار الأدوية.** هذا هو السعر الإجمالي للدواء والتغييرات في سعر الدواء منذ الصرفية الأولى لكل مطالبة بوصفة طبية بنفس الكمية.
- **بدائل أقل تكلفة.** عند الاقتضاء، معلومات حول الأدوية الأخرى المتاحة مع تقاسم تكاليف أقل لكل وصفة طبية..

نوفر تغطية لأدوية لا تشملها التغطية ببرنامج Medicare.

- لا تحتسب مدفوعات هذه الأدوية ضمن إجمالي التكاليف النثرية.
- معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدلية تغطيها الخطة. الأدوية الأخرى، مثل بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (OTC) وبعض الفيتامينات، قد يغطيها Medi-Cal Rx. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة موقع Medi-Cal Rx الإلكتروني (www.medi-calrx.dhcs.ca.gov). يمكنك أيضًا الاتصال بمركز خدمة عملاء برنامج Medi-Cal على 800-977-2273. يرجى إحضار بطاقة هوية المستفيد (BIC) لبرنامج Medi-Cal عند الحصول على الوصفات الطبية من خلال Medi-Cal Rx.
- لمعرفة المزيد عن الأدوية التي تغطيها خطتنا، راجع قائمة الأدوية.



B. كيفية تتبع تكاليف أدويةك

لنظل دائمًا على دراية بتكاليف أدويةك وما أديتك 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 في كل مرة عند صرف الوصفة الطبية. فهذا يساعدنا في أن نظل على علم بما تصرفه من وصفات طبية وما تدفعه.

3. تأكد من تزويدنا بما نحتاج إليه من المعلومات.

يمكنك مطالبتنا بأن نرد لك قيمة الجزء الذي نتحمله من تكلفة الدواء. قدم إلينا نسخًا من الإيصالات للأدوية الخاضعة للتغطية التي دفعت مقابلها. فيما يلي أمثلة عن الحالات التي يجب عليك فيها تسليمنا نسخًا من الإيصالات فيها:

- عند شرائك دواءً من الأدوية الخاضعة للتغطية من أحد صيدليات التابعة للشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا
- عندما تدفع مبلغ حصة المشاركة في الدفع مقابل أدوية تحصل عليها بموجب برنامج مساعدة للمرضى مقدم من جهة تصنيع دواء
- عند شرائك دواءً من صيدليات غير تابعة للشبكة
- عندما تدفع السعر الكامل لدواء خاضع للتغطية في ظل ظروف خاصة

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

4. أرسل لنا معلومات المدفوعات التي يجريها آخرون نيابة عنك.

يتم احتساب الدفعات التي يسدها أفراد ومؤسسات أخرى معينة كذلك من التكاليف النثرية. على سبيل المثال، يتم احتساب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP)، 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 برنامج Medicare حتى نهاية العام الميلادي.

5. تحقق من EOB الذي نرسله إليك.

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

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



ماذا لو وجدت أخطاء في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء غير واضح أو يبدو غير صحيح في EOB هذا، يُرجى الاتصال بنا على خدمة عملاء Blue Shield 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، يرجى 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.
 - في حالة الشك أنّ موفر رعاية ضمن 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 برنامج Medi-Cal على: www.dhcs.ca.gov/individuals/Pages/StopMedi-CalFraud.aspx.
- إذا رأيت أن هناك ما هو خاطئ أو غير كامل، أو إذا كانت لديك أي استفسارات، اتصل بخدمة العملاء. احتفظ 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 في برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل كل وصفة طبية على المرحلة التي تمر بها في وقت صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. هاتان هما المرحلتان:

المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية	المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
خلال هذه المرحلة، ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك. وتسمى حصتك حصة المشاركة في الدفع. تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفة طبية لك في العام.	في هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2026. تبدأ هذه المرحلة عندما تقوم بسداد مبلغ معين من التكاليف النثرية.

D. المرحلة 1: مرحلة التغطية المبدئية

أثناء مرحلة التغطية المبدئية، ندفع حصة من تكلفة أدويةك الخاضعة للتغطية، وكذلك تدفع أنت حصتك. 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



وفئات تقاسم التكاليف هي مجموعات الأدوية بنفس مبالغ حصص المشاركة في الدفع. يندرج كل دواء موجود في قائمة الأدوية 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 من حيث مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف - تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة). حصة المشاركة في الدفع هي \$0.
- الفئة 2 من تقاسم التكاليف: الأدوية المماثلة (البديلة) - تشمل الأدوية المماثلة (البديلة) والبدائل الحيوية. حصة المشاركة في الدفع هي \$0.
- الفئة 3 من تقاسم التكاليف: الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية - بما في ذلك الأدوية المفضلة ذات العلامات التجارية، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة (البديلة). حصة المشاركة في الدفع من \$0 إلى \$12.65، اعتمادًا على دخلك.
- الفئة 4 من تقاسم التكاليف: تشمل الأدوية ذات العلامات التجارية غير المفضلة، والبدائل الحيوية، وبعض الأدوية المماثلة (البديلة) حصة المشاركة في الدفع من \$0 إلى \$12.65، اعتمادًا على دخلك.
- الفئة 5 من تقاسم التكاليف: أدوية الفئة المتخصصة (أعلى فئة من حيث مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف) - تشمل الأدوية ذات العلامة التجارية عالية التكلفة، والبدائل الحيوية، والأدوية المماثلة (البديلة) التي قد تتطلب معالجة خاصة و/أو مراقبة دقيقة. حصة المشاركة في الدفع من \$0 إلى \$12.65، اعتمادًا على دخلك.

D1. اختياراتك للصيدلية

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

- صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة أو
- صيدلية غير تابعة للشبكة. في حالات محدودة، نغطي الأدوية المقررة بوصفه طبية التي تُصرف من صيدليات غير تابعة للشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمعرفة متى نفعل ذلك.
- خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا.

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

D2. الحصول على صرفية دواء طويلة الأجل

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

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

D3. ما تدفعه

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

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

الجزء الذي تتحمله من التكلفة عند حصولك على صرفية شهر واحد لأحد الأدوية الخاضعة للتغطية من:

صيدلية تابعة للشبكة	صيدلية تابعة للشبكة تقدم علاجات للرعاية طويلة الأجل	خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية تكفي لفترة تصل إلى 30 يومًا. وتقتصر التغطية على حالات معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على التفاصيل.	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	
حصة المشاركة في الدفع \$0	حصة المشاركة في الدفع \$0	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 1.	حصة المشاركة في الدفع \$0	تقاسم التكاليف الفئة 1 (الأدوية المماثلة البديلة) المفضلة)
حصة المشاركة في الدفع \$0	حصة المشاركة في الدفع \$0	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 2.	حصة المشاركة في الدفع \$0	تقاسم التكاليف الفئة 2 (الأدوية المماثلة البديلة))
حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 3.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تقاسم التكاليف الفئة 3 (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)
حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	خدمة التوصيل إلى المنزل غير متاحة للأدوية في الفئة 4.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تقاسم التكاليف الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



صيدلية تابعة للشبكة	صيدلية تابعة للشبكة تقدم علاجات للرعاية طويلة الأجل	خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية تكفي لفترة تصل إلى 30 يومًا. وتقتصر التغطية على حالات معينة. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على التفاصيل.	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	
حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تقاسم التكاليف الفئة 5 (فئة الأدوية المتخصصة)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



مبلغ تقاسم التكاليف الذي تتحمله عند حصولك على صرفية طويلة الأجل لدواء خاضع للتغطية من:

خدمة التوصيل إلى المنزل في خطتنا	صيدلية تابعة للشبكة	
صرفية طويلة الأجل أو صرفية تصل إلى 100 يوم	صرفية طويلة الأجل أو صرفية تصل إلى 100 يوم	
حصة المشاركة في الدفع \$0	حصة المشاركة في الدفع \$0	تقاسم التكاليف الفئة 1 (الأدوية المماثلة (البديلة) المفضلة)
حصة المشاركة في الدفع \$0	حصة المشاركة في الدفع \$0	تقاسم التكاليف الفئة 2 (الأدوية المماثلة (البديلة))
حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	مبلغ المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تقاسم التكاليف الفئة 3 (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)
حصة المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	مبلغ المشاركة في الدفع \$0 أو \$5.10 أو \$12.65، بناءً على مستوى برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help) الذي يحصل عليه العضو.	تقاسم التكاليف الفئة 4 (الأدوية غير المفضلة)
الصرفية طويلة الأجل غير متاحة للأدوية في الفئة 5.	الصرفية طويلة الأجل غير متاحة للأدوية في الفئة 5.	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 \$2,100. عند هذه النقطة، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. ونغطي جميع تكاليف أدويةك منذ ذلك الحين وحتى نهاية العام.

سيساعدك EOB على تتبع تكلفة ما دفعته مقابل أدويةك طوال العام. وسنخبرك إذا وصلت إلى الحد البالغ \$2,100. كثير من الأعضاء لا يصلون إلى هذا المبلغ خلال عام واحد.



E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث

عندما يصل حد المصروفات النثرية \$2,100 مقابل أدويةك المقررة بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. وستظل في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية العام التقويمي. خلال هذه المرحلة، لن تدفع شيئاً مقابل أدويةك الخاضعة للتغطية في القسم D.

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

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

- في بعض الأحيان، قد ترغب في أن تطلب من طبيبك وصف صرفية من الدواء لمدة أقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرب دواءً لأول مرة).
 - في حالة موافقة طبيبك، لن تسدد تكلفة صرفية شهر كامل من أدوية معينة.
- عندما تحصل على صرفية دواء لفترة تقل عن شهر، فإن المبلغ الذي تدفعه سيتم تحديده استناداً إلى عدد أيام الدواء الذي حصت عليه. 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 يوماً) تبلغ \$1.35. يعني ذلك أن المبلغ الذي تدفعه لدوائك أقل من \$0.05 يومياً. وإذا حصلت على صرفية 7 أيام من دوائك، فسيكون المبلغ الذي ستدفعه أقل من \$0.05 عن كل يوم مضروباً في 7 أيام، فيكون إجمالي المبلغ أقل من \$0.35.
- يتيح لك تقاسم التكاليف اليومية التأكد من أن الدواء ننتيجته فعالة لحالتك قبل أن تدفع مقابل صرفية شهر كامل.
- يمكنك أيضاً أن تطلب من موفر الرعاية الخاص بك أن يصف لك صرفية دواء تكفي لمدة أقل من شهر كامل لمساعدتك:
 - خطة أفضل عند إعادة صرف أدويةك،
 - تنسيق إعادة الصرف لأدوية أخرى تتناولها، و
 - استقل رحلات أقل إلى الصيدلية.

G. ما تدفعه مقابل أمصال القسم D

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

تنقسم تغطيتنا للأمصال في القسم D في برنامج Medicare إلى جزئين:

1. الجزء الأول خاص بتكلفة المصل نفسه.
2. الجزء الثاني خاص بتكلفة إعطائك المصل. على سبيل المثال، أحياناً قد تحصل على المصل كحقنة يعطيها لك طبيبك.

G1. معلومات يجب معرفتها قبل الحصول على المصل

نوصي بالاتصال بخدمة العملاء إذا كنت تخطط لتلقي مصل ما.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- يمكننا أن نخبرك بطريقة تغطية خطتنا للمصل وشرح حصتك التي تتحملها من التكلفة.
- يمكننا أن نخبرك بكيفية تخفيض تكاليفك عن طريق الاستعانة بصيدليات وموفري رعاية تابعين للشبكة. توافق الصيدليات وموفرو الرعاية التابعين للشبكة على العمل وفقاً لخططنا. يعمل أحد موفري الرعاية التابع للشبكة معنا لضمان عدم تحملك أي تكاليف مقدمة مقابل أحد أمصال القسم D في برنامج Medicare.

G2. ما تدفعه مقابل المصل الذي يغطيه القسم D في برنامج Medicare

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

- بعض الأمصال لها فوائد صحية عن كونها أدوية علاجية. تتم تغطية هذه الأمصال دون أي تكلفة عليك. لمعرفة المزيد عن تغطية هذه الأمصال، ارجع إلى جدول المزايا **بالفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.
- تُعتبر بعض الأمصال الأخرى من أدوية القسم D في برنامج Medicare. يمكنك معرفة هذه الأمصال في قائمة الأدوية بخطتنا. قد تضطر إلى دفع حصة مشاركة في الدفع من أمصال القسم D في برنامج Medicare. إذا تمت التوصية بمصل للبالغين من قبل منظمة تُدعى اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (**Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP**)، فلن يكلفك المصل شيئاً.

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

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



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

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن كيفية ووقت إرسال الفاتورة لنا لطلب الدفع. وسيخبرك كذلك بكيفية تقديم طعن إذا لم توافق على قرار التغطية. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويةك	188
B. إرسال طلب للدفع لنا	191
C. قرارات بيان المزايا المغطاة	191
D. الطعون	192



A. مطالبتنا بدفع تكاليف خدماتك وأدويتك

يجب على موفري الرعاية ضمن شبكتنا إعداد فاتورة بالتكلفة التي تتحملها الخطة نظير خدماتك وأدويتك الخاضعة للتغطية بعد أن تتلقاها بالفعل. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر الرعاية الذي يعمل مع الخطة الصحية.

نحن لا نسمح لموفري الرعاية التابعين 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 حصلت على فاتورة بالتكلفة الإجمالية للرعاية الصحية أو الأدوية، فلا تدفع الفاتورة وأرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع القسم B في الفصل 7.

- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرة.
- إذا قمنا بتغطية الخدمات أو الأدوية وكنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك في التكلفة، فمن حقك أن تسترد أموالك.
 - إذا دفعت مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، 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 برنامج 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 الخاضعة للتغطية.
 - 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 ليس ضمن شبكتنا ورفض رد المبلغ لك، سترد Blue Shield TotalDual Plan المبلغ لك، ولكن فقط بما لا يتجاوز القيمة التي يدفعها برنامج Medi-Cal وفق نظام FFS. سوف ترد Blue Shield TotalDual Plan مبلغ المصاريف النثرية بالكامل مقابل خدمات الطوارئ، أو خدمات تنظيم الأسرة، أو أي خدمة أخرى يسمح برنامج Medi-Cal بتقديمها من قبل موفري الرعاية غير التابعين للشبكة دون موافقة مسبقة. إذا لم تستوف أحد الشروط المذكورة أعلاه، فلن نرد لك المبلغ.
- لن نرد لك المبلغ إذا:
 - طلبت وتلقيت خدمات غير مغطاة بموجب برنامج Medi-Cal، مثل خدمات التجميل.
 - كانت الخدمة ليست خدمة خاضعة للتغطية بموجب Blue Shield TotalDual Plan.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- ذهبت إلى طبيب ليس تابعًا لبرنامج Medi-Cal ووقعت على نموذج يفيد بأنك تريد زيارة أي موفر رعاية وأنك ستدفع مقابل الخدمات بنفسك.

● إذا كنا لا نغطي الخدمات أو الأدوية، فسنخبرك بذلك.

اتصل بخدمة العملاء أو منسق الرعاية الخاص بك إذا كان لديك أي أسئلة. إذا لم تكن تعرف القيمة التي ينبغي عليك دفعها، أو تلقيت فاتورة ولا تعرف الإجراء المتخذ بشأنها، يمكننا مساعدتك. ويمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت تريد أن نخبرنا بمعلومات تتعلق بطلب للدفع أرسلته إلينا من قبل.

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

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

اطلب من موفر الرعاية أن يعد لنا فاتورة.

- في حال دفعت المبلغ كاملاً عند تلقيك الرعاية، 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 مباشرةً.

○ إذا كنت قد دفعت أكثر من جزء تقاسم التكاليف الذي يجب أن تتحمله مقابل خدمة من برنامج Medicare، فسنحدد 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 تتلقى أي خدمات أو وصفات طبية؛ ومع ذلك، يرتكب موفرو الرعاية التابعون للشبكة أحياناً أخطاء، ويطلبون منك دفع مقابل خدماتك أو أكثر من قيمة مبلغ تقاسم التكاليف الذي يجب أن تتحمله. **اتصل بخدمة العملاء** أو منسق الرعاية الخاص بك على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا تلقيت أي فواتير.

- بصفتك 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، فليس عليك دفعها.

- متى تلقيت من موفر الرعاية التابع للشبكة فاتورة تعتقد أن قيمتها أكبر مما يتوجب عليك دفعه، فأرسل لنا هذه الفاتورة. سننصل بموفر الرعاية مباشرةً ونتولى حل المشكلة.

- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة لموفر رعاية تابع للشبكة مقابل الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare، ولكنك ترى أنك دفعت مبلغاً كبيراً جداً، فأرسل إلينا الفاتورة وأي مستندات بأي مبالغ قمت بدفعها. وسوف نرد إليك الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ الذي يجب أن تدفعه طبقاً لخطةنا.



3. إذا كنت مسجلاً في خطتنا بأثر رجعي

أحياناً، يمكن أن يكون تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلك قد فات. ربما كان ذلك في العام الماضي.)

- إذا قمت بالتسجيل بأثر رجعي ودفعت الفاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا سداد المبلغ لك.
- أرسل لنا الفاتورة وأي مستندات تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.

4. عند استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة لصرف وصفة طبية

إذا استخدمت صيدلية غير تابعة للشبكة، ستدفع تكلفة الأدوية الموصوفة طبياً بالكامل.

- في حالات قليلة فقط، سنغطي الأدوية المقررة بوصفة طبية التي يتم صرفها من صيدليات غير تابعة للشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد قيمة الجزء الذي نتحمله من التكلفة.
- راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات غير التابعة للشبكة.
- قد لا نرد لك الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية غير التابعة للشبكة والمبلغ الذي سندفعه في صيدلية تابعة للشبكة.

5. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة للقسم D في برنامج Medicare لأنك لم تكن تحمل بطاقة مُعرّف عضويتك معك

إذا لم تكن تحمل معك بطاقة مُعرّف عضويتك معك، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور، فقد يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل بنفسك أو العودة إلى الصيدلية باستخدام بطاقة مُعرّف عضويتك.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد قيمة الجزء الذي نتحمله من التكلفة.
- قد لا نرد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه للوصفة الطبية.

6. عندما تدفع تكلفة الوصفة الطبية الكاملة للقسم D في برنامج Medicare لدواء غير مشمول بالتغطية

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

- قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية) على موقعنا الإلكتروني، أو قد يكون له متطلبات أو قيود لا تعرف عنها أو لا تعتقد أنها تنطبق عليك. فإذا قررت الحصول على الدواء، فقد يتعين عليك دفع تكلفته كاملةً.

○ إذا لم تدفع مقابل الدواء، لكنك تظن أنه خاضع للتغطية، يمكنك طلب قرار ببيان 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 ببيان المزايا المغطاة السريع (ارجع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء الخاص بك).



- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عند مطالبتنا برد ما دفعته. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على المزيد من المعلومات من طبيبك أو مقدم وصفات آخر لكي نرد إليك الجزء الذي نتحمله من تكلفة الدواء. قد لا نرد لك التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تم التفاوض عليه للوصفة الطبية.
- عندما ترسل إلينا 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، فسنُدفع حصتنا من تكلفتها.
- وإذا رفضنا مطالبتك لنا بالدفع، يمكنك الطعن في قرارنا. لمعرفة كيفية إجراء طعن، ارجع إلى **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء هذا.

B. إرسال طلب للدفع لنا

أرسل لنا فاتورتك وإثباتًا بأي مبلغ قمت بدفعه مقابل خدمات برنامج Medicare. يمكن أن يكون إثبات الدفع نسخة من الشيك الذي حررته أو إيصال من موفر الرعاية. **يستحسن الاحتفاظ بنسخة من الفواتير والإيصالات لتكون ضمن سجلاتك.** يمكنك طلب المساعدة من منسق الرعاية الخاص بك. يجب عليك إرسال معلومات مطالبتك الطبية إلينا خلال عام واحد من تاريخ حصولك على الخدمة أو العنصر أو الدواء. يجب أن تقدم لنا مطالبتك بالدواء المقرر بوصفة طبية من القسم D في غضون ثلاثة أعوام من تاريخ تلقيك الخدمة أو العنصر أو الدواء.

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

- ليس 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 272640
Chico, CA 5927-2640

مطالبات الأدوية المقررة بوصفة طبية من القسم D:

Claims Processing
1606 Ave. Ponce de Leon
San Juan, PR 00909-4830

C. قرارات بيان المزايا المغطاة

عندما نتلقى منك طلبًا بالدفع، نتخذ قرارًا بالمزايا المغطاة. وهذا يعني أننا نقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو العنصر أو الدواء الخاص بك. وسوف نحدد أيضًا المبلغ الذي يجب عليك دفعه، إن وُجد.

- سنخبرك إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات منك.



- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو البند أو الدواء واتبعت جميع القواعد المتعلقة بالحصول عليها، فسوف ندفع لك الجزء الذي نتحمله من تكلفتها. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك شيكًا بحصتنا من التكلفة عبر البريد. إذا دفعت التكلفة الكاملة لدواء ما، فقد لا يتم تعويضك بالمبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على دواء من صيدلية غير تابعة للشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفاوض عليه لدينا). إذا لم تدفع، فسوف ندفع لموفر الرعاية مباشرةً.

يشرح **الفصل 3** من كُتِيب/الأعضاء هذا قواعد تغطية خدماتك. يشرح **الفصل 5** من كُتِيب/الأعضاء هذا قواعد تغطية أدوية القسم D في برنامج Medicare.

- في حال قررنا ألا ندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك خطابًا به الأسباب. ويشرح لك الخطاب أيضًا حقوقك في الطعن.
- لمعرفة المزيد حول قرارات بيان المزايا المغطاة، راجع **الفصل 9**.

D. الطعون

إذا كنت تظن أننا أخطأنا في رفض طلبك بالدفع، يمكنك مطالبتنا بتغيير قرارنا. وهذا يسمى "تقديم طعن". يمكنك أيضًا تقديم طعن إذا لم توافق على المبلغ الذي سندفعه.

تتضمن عملية الطعون الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية مفصلة. لمعرفة المزيد حول الطعون، راجع **الفصل 9** من كُتِيب/الأعضاء هذا:

- لتقديم طعن بخصوص رد ما دفعته نظير خدمة رعاية صحية، ارجع إلى **القسم F**.
- لتقديم طعن بخصوص رد ما دفعته نظير دواء، ارجع إلى **القسم G**.



الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

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

جدول المحتويات

A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك	194
B. مسؤوليتنا عن وصولك في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المغطاة	194
C. مسؤوليتنا لحماية معلوماتك الشخصية (PHI) والصحية	195
C1. كيف نحمي PHI الخاصة بك	196
C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية	196
D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك	196
E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرة	197
F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا	198
G. حقك في اتخاذ قرارات تتعلق برعايتك الصحية	198
G1. حقك في التعرف على الخيارات العلاجية المتاحة لك واتخاذ القرارات	198
G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك	198
G3. الإجراءات المتبعة في حالة عدم اتباع تعليماتك	199
H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا	200
H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك	200
I. مسؤولياتك بصفقتك عضوًا في الخطة	200



A. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يجب علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية على حد سواء، لك بطريقة مختصة ثقافياً ويمكن الوصول إليها بما في ذلك لأولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. ويجب علينا أيضاً أن نخبرك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب أن نخبرك بحقوقك في كل عام تكون مشترك فيه في خطتنا.

- للحصول على معلومات بطريقة يمكنك فهمها، تواصل مع منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء. توفر خطتنا خدمات الترجمة الفورية المجانية للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- يمكن أن توفر لك خطتنا أيضاً مواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك العربية والأرمنية والكمبودية والصينية التقليدية والصينية المبسطة والفارسية والكورية والروسية والإسبانية أو الإسبانية الكريولية والتاغالوغية والفيتنامية وتنسيقات مثل الطباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. للحصول على المواد بأي من هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال بخدمة العملاء أو المراسلة على العنوان التالي، Blue Shield TotalDual Plan, P.O. Box 927, Woodland Hills, CA 91365-9856.
- يمكنك الآن ومستقبلاً التقدم بطلب دائم للحصول على هذه الوثيقة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بتنسيقات أخرى. للتقدم بطلب، الرجاء الاتصال بخدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan.
- ستحتفظ خدمة عملاء Blue Shield TotalDual باللغة والتنسيق المفضل لديك في سجلاتنا 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. 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.

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

لديك حقوق بصفقتك عضواً في خطتنا.

- يحق لك اختيار موفر الرعاية الأولية (PCP) في شبكتنا. موفر الرعاية التابع للشبكة هو موفر رعاية يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع موفر الرعاية الذين قد يعملون PCP وكيفية اختيار PCP في الفصل 3 من كتيب الأعضاء الخاص بك.
- يرجى الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك أو بخدمة العملاء الأعضاء أو الاطلاع على دليل موفري الرعاية والصيديات لمعرفة موفري الرعاية التابعين للشبكة والأطباء الذين يستقبلون مرضى جددًا.
- لديك الحق في الاستعانة باختصاصي صحة المرأة دون الحصول على إحالة. الإحالة هي موافقة من PCP الخاص بك على الاستعانة بموفر رعاية غير PCP الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- يحق لك الحصول على خدمات خاضعة للتغطية من موفري الرعاية التابعين للشبكة خلال فترة زمنية مناسبة.
 - يتضمن هذا الحق في الحصول على الخدمات من الاختصاصيين في الوقت المناسب.
 - إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات خلال فترة زمنية معقولة، فيجب علينا أن ندفع مقابل الرعاية المقدمة خارج الشبكة.
 - يحق لك الحصول على خدمات الطوارئ أو الرعاية الطبية العاجلة دون موافقة مسبقة (PA).
 - يحق لك الحصول على أدوية المقررة بوصفة طبية من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخير لفترات طويلة.
 - يحق لك معرفة الحالات التي يمكنك فيها الاستعانة بخدمات موفر رعاية غير تابع للشبكة. لمعرفة المزيد عن موفري الرعاية غير التابعين للشبكة، راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا.
 - عندما نتضم 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 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 الشخصية والصحية

- نحمي معلوماتك الصحية والشخصية على النحو الذي تحدده القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.
- تتضمن معلوماتك الصحية المحمية (Protected Health Information, PHI) المعلومات الشخصية التي أعطيها لنا عند تسجيلك في خطتنا. ويتضمن هذا أيضاً سجلاتك الطبية ومعلوماتك الطبية والصحية الأخرى.
- لديك حقوق عندما يتعلق الأمر بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام PHI الخاصة بك. نحن نقدم لك إشعاراً كتابياً ينصحك بهذه الحقوق ويشرح لك كيفية حماية خصوصية PHI الخاصة بك. ويسمى هذا الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".
- لا يُطلب من الأعضاء الذين قد يوافقون على تلقي خدمات حساسة الحصول على تصريح من أي عضو آخر لتلقي خدمات حساسة أو تقديم مطالبة للحصول على خدمات حساسة. ستوجه Blue Shield TotalDual Plan المراسلات المتعلقة بالخدمات الحساسة إلى العنوان البريدي البديل المعين للعضو، أو عنوان البريد الإلكتروني، أو رقم الهاتف، أو، في حالة عدم وجود تعيين، تُوجّه المراسلات باسم العضو إلى العنوان أو رقم الهاتف المسجل لدينا. لن تفصح Blue Shield TotalDual Plan عن المعلومات الطبية المتعلقة بالخدمات الحساسة لأي عضو آخر دون الحصول على تصريح كتابي من العضو الذي يتلقى الرعاية. ستبلي 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 سارياً حتى يلغي العضو الطلب أو يقدم طلباً جديداً 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 طلب المراسلات السرية.
 2. اتصل برقم هاتف خدمة العملاء الموجود على بطاقة مُعرّف العضوية في Blue Shield الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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

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

C1. كيف نحمي PHI الخاصة بك

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

باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نعطي PHI الخاصة بك لأي شخص لا يقدم لك الرعاية أو يدفع مقابل رعايتك. وإذا فعلنا ذلك، فيجب علينا الحصول على تصريح مكتوب منك أولاً. يمكنك أنت أو أي شخص مخول قانوناً باتخاذ القرارات نيابةً عنك، منح تصريح كتابي.

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

- يجب علينا إصدار PHI الخاصة بك للوكالات الحكومية للتحقق من جودة الرعاية التي تقدمها خطتنا.
- يجوز لنا الإفصاح عن PHI إذا أمرت بذلك محكمة، ولكن فقط إذا سمح بهذا قانون كاليفورنيا.
- يجب علينا أن نعطي برنامج Medicare معلومات PHI الخاصة بك بما في ذلك معلومات حول أدويةك من القسم D في برنامج Medicare. إذا أفصح برنامج Medicare عن PHI الخاصة بك لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فإنه يفعل ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية.

C2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- لك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة منها. قد نفرض عليك رسوماً نظير إعداد نسخة من سجلاتك الطبية.
 - لك الحق في مطالبتنا بتحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طلبت منا القيام بذلك، فإننا نعمل مع موفر الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء التغييرات.
 - لك الحق في معرفة ما إذا كنا نشارك PHI الخاصة بك مع الآخرين وكيفية ذلك لأي أغراض ليست روتينية.
- إذا كانت لديك أسئلة أو استفسارات بشأن خصوصية PHI الخاصة بك، اتصل بخدمة العملاء.

D. مسؤوليتنا لتقديم المعلومات لك

بصفقتك عضوًا في خطتنا، يحق لك الحصول على معلومات منا حول خطتنا وموفري الرعاية التابعين لشبكتنا وخدماتك الخاضعة للتغطية.

إذا لم تكن تتحدث اللغة الإنجليزية، نوفر لك خدمات الترجمة الفورية للرد على الأسئلة التي لديك عن خطتنا. للاستعانة بمترجم فوري، اتصل بخدمة العملاء. هذه خدمة مجانية لك. يتوفر كتيب الأعضاء وغيره من المواد المهمة بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية. يمكن أيضاً توفير المواد باللغات العربية والأرمينية والكمبودية والصينية المبسطة والصينية التقليدية والفارسية والهندية والهمونغية واليابانية والكورية واللاوسية والمينية والبنجابية والروسية والإسبانية والتاغالوغية والتايلاندية والأوكرانية والفيتنامية. يمكننا أيضاً أن نقدم لك معلومات مطبوعة بأحرف كبيرة أو بطريقة طريقة برايل للمكفوفين أو تسجيل صوتي. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يسهل عليك الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة التي تناسبك، يرجى الاتصال بخدمة العملاء.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



إذا كنت تريد معلومات حول أي مما يلي، فاتصل بخدمة العملاء:

- كيفية اختيار خططك أو تغييرها
- خطتنا، متضمنة:
 - المعلومات المالية
 - كيفية تقييم أعضاء الخطة لنا
 - عدد الطعون التي قدمها الأعضاء
 - كيفية إلغاء التسجيل في خطتنا
- موفري الرعاية التابعين لشبكتنا والصيدليات التابعة لشبكتنا أيضًا، متضمنة:
 - كيفية اختيار أو تغيير موفري الرعاية الأولية
 - مؤهلات موفري الرعاية والصيدليات التابعين لشبكتنا
 - كيفية دفعنا التكاليف لموفري الرعاية في شبكتنا
- الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية، بما في ذلك:
 - الخدمات (راجع الفصلين 3 و4 من كتيب الأعضاء هذا) والأدوية (راجع الفصلين 5 و6 من كتيب الأعضاء هذا) التي تغطيها خطتنا
 - الحدود المفروضة على التغطية والأدوية
 - القواعد التي يجب عليك اتباعها لتحصل على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية
- أسباب عدم خضوع عنصر ما للتغطية وما يمكنك فعله بشأن ذلك (راجع الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا)، متضمنة مطالبتنا بما يلي:
 - توضيح سبب عدم تغطيتنا لعنصر ما كتابةً
 - تغيير قرار اتخذناه
 - تسديد قيمة فاتورة تلقيناها

E. عدم قدرة موفري الرعاية التابعين للشبكة على تقديم الفاتورة لك مباشرةً

لا يُسمح للأطباء والمستشفيات وغيرهم من موفري الرعاية في شبكتنا بمطالبتك بدفع تكاليف الخدمات الخاضعة للتغطية. كما لا يمكنهم فرض فاتورة عليك أو تحميلك رسومًا إذا دفعنا مبلغًا أقل من المبلغ الذي تقاضاه موفر الرعاية. لمعرفة الإجراءات التي يجب اتباعها إذا حاول موفر الرعاية تابع للشبكة فرض رسوم عليك مقابل خدمات خاضعة للتغطية، راجع الفصل 7 من كتيب الأعضاء الخاص بك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



F. حقك في إلغاء التسجيل في خطتنا

لا يمكن لأحد أن يجبرك على البقاء في خطتنا إذا لم تكن تريد ذلك.

- ويحق لك الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال Original Medicare أو خطة Medicare Advantage (MA) أخرى.
- ويمكنك الحصول على مزايا أدوية القسم D في برنامج Medicare من خلال خطة أدوية أو من خلال خطة MA أخرى.
- راجع الفصل 10 من كتيب الأعضاء هذا:
 - لمزيد من المعلومات حول متى يمكنك الانضمام إلى خطة MA الجديدة أو خطة مزايا الأدوية.
 - 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 المتاحة لك واتخاذ القرارات

ويجب على موفري الرعاية الخاص بك أن يشرحوا لك حالتك الطبية والخيارات العلاجية المتاحة لك بطريقة يسهل عليك فهمها. لديك الحق في:

- التعرف على خياراتك. لك الحق في أن يتم إخبارك بجميع الخيارات العلاجية.
- التعرف على المخاطر. يحق لك إعلامك بأي مخاطر ينطوي عليها العلاج المقدم لك. فنحن ملزمون بإخبارك مسبقًا بما إذا كانت أي خدمة أو علاج يُعد جزءًا من تجربة بحثية أم لا. ولك الحق في رفض وسائل العلاج التجريبية.
- الاستعانة برأي آخر. لك الحق في استشارة طبيب آخر قبل تحديد العلاج.
- يمكنك "الرفض". لك الحق في رفض أي علاج. وهذا يتضمن الحق في مغادرة المستشفى أو أي منشأة طبية أخرى، حتى إذا كان طبيبك ينصحك بألا تفعل ذلك. ويحق لك التوقف عن تناول دواء موصوف لك طبيبًا. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول علاج موصوف لك طبيبًا، فلن يتم إلغاء تسجيلك في خطتنا. ومع ذلك، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول دواء ما، فأنت بذلك توافق على تحمل المسؤولية كاملة عما يحدث لك.
- اطلب منا تفسير سبب رفض موفر ما لرعايتك. لك الحق في الحصول على تفسير منا في حال رفض موفر الرعاية تقديم رعاية لك ترى أنك تستحقها.
- اطلب منا تغطية خدمة أو دواء رفضناه من قبل أو لا تشمله تغطيتنا عادةً. وهذا ما يُطلق عليه اسم "قرار بيان المزايا المغطاة". يوضح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا كيفية مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.

G2. حقك في تحديد ما تريد أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك

أحيانًا لا يمكن للأشخاص اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث هذا لك، يمكنك:

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- املاً نموذجًا كتابيًا بمنح شخص ما الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قراراتك بنفسك.
- **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 ذلك. إليك ما يجب فعله إذا كنت تريد استخدام التوجيه المسبق:
- **الحصول على النموذج.** تستطيع أن تحصل على الاستمارة من طبيبك، أو من محام، أو من الاختصاصي الاجتماعي، أو من بعض متاجر المستلزمات المكتبية. غالبًا ما يكون لدى الصيدليات ومكاتب موفري الرعاية النماذج. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء لطلب النموذج.
- **ملء النموذج وتوقيعه.** يعد هذا النموذج مستندًا قانونيًا. فكر في الاستعانة بمحامٍ أو أي شخص آخر تثق به، مثل أحد أفراد العائلة أو PCP الخاص بك، لمساعدتك في إكمال ذلك.
- **أعط نسختًا من النموذج للأشخاص الذي يلزم أن يكونوا على اطلاع به.** يجب أن تعطي نسخة من النموذج لطبيبك. يجب عليك أيضًا إعطاء نسخة منه للشخص الذي عينته ليتخذ القرارات التي تخصك نيابةً عنك. قد ترغب في إعطاء نسخ لأصدقائك المقربين أو أفراد عائلتك. احتفظ بنسخة في المنزل.
- **في حال دخولك المستشفى وكنت قد وقعت على توجيه مسبق، فخذ معك نسخة منه للمستشفى.**
 - في المستشفى، سيتم سؤالك عما إذا كنت قد وقعت 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.
- بموجب القانون، لا يمكن لأحد أن ينكر رعايتك أو يمارس التمييز ضدك بناءً على ما إذا كنت قد وقعت على توجيه مسبق. اتصل بخدمة العملاء لمزيد من المعلومات.

G3. الإجراءات المتبعة في حالة عدم اتباع تعليماتك

إذا قمت بالتوقيع على توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى Commence Health (منظمة تحسين الجودة في كاليفورنيا) على الرقم [TTY: 711] 588-1123 (877) أو مراسلة: Commence Health BFCC-QIO Program, 10820 Guilford Rd, Ste. 202, Annapolis Junction, MD 20701.



H. حقك في تقديم شكاوى ومطالبتنا بمراجعة قراراتنا

يوضح **الفصل 9** من كُتِيب الأعضاء هذا لك ما يمكنك فعله إذا واجهت أي مشكلات أو تخوفات بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار تغطية أو يمكنك تقديم طعن لتغيير قرار تغطية اتخذناه أو تقديم شكوى. يحق لك الحصول على معلومات حول الطعون والشكاوى التي تقدم بها أعضاء خطة آخرون ضدنا. اتصل بخدمة العملاء للحصول على هذه المعلومات.

H1. ماذا تفعل حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بطريقة غير عادلة - ولا يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب المذكورة في **الفصل 11** من كُتِيب الأعضاء هذا - أو إذا كنت تريد المزيد من المعلومات حول حقوقك، يمكنك الاتصال على:

- خدمة العملاء.
- برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) على الرقم (TTY: 711) 1-800-434-0222. (لمزيد من المعلومات حول HICAP، راجع القسم E من الفصل 2.
- مكتب التظلمات التابع لبرنامج Medi-Cal على الرقم 1-888-452-8609. لمزيد من التفاصيل حول هذا البرنامج، راجع **الفصل 2** من كُتِيب الأعضاء هذا.
- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections" (حقوقك وسبل الحماية في برنامج Medicare) الموجودة على موقع Medicare الإلكتروني على الرابط: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf.)

أ. مسؤولياتك بصفتك عضوًا في الخطة

- بصفتك عضوًا في الخطة، تتحمل مسؤولية القيام بالأشياء المذكورة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمة العملاء.
- **اقرأ كُتِيب الأعضاء** هذا لمعرفة ما تغطيه خطتنا والقواعد الواجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة. لمزيد من التفاصيل حول:
 - الخدمات الخاضعة للتغطية، يُرجى الرجوع إلى **الفصلين 3 و4** من كُتِيب الأعضاء هذا. في هذين الفصلين، سوف تتعرف 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 و6** من كُتِيب الأعضاء هذا.
 - أخبرنا عن أي تغطية أخرى تشترك بها للرعاية الصحية أو الأدوية. يجب علينا التأكد من استخدامك جميع خيارات التغطية المتوفرة لك عند تلقيك الرعاية الصحية. اتصل بخدمة العملاء إذا كانت لديك تغطية أخرى.
 - أخبر طبيبك وموفري الرعاية الصحية الآخرين أنك عضو في خطتنا. أظهر بطاقة مُعرّف عضويتك الخاصة بك عندما تحصل على الخدمات أو الأدوية.
 - ساعد طبيبك وموفري الرعاية الصحية الآخرين على أن يقدموا لك الرعاية المثلى.
 - وقرّ 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- تأكد من أن أطباءك وموفري الرعاية الآخرين على دراية بكل الأدوية التي تتناولها. وهذا يشمل الأدوية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية.
- اطرح أي أسئلة لديك. يجب على أطباءك وغيرهم من موفري الرعاية أن يشرحوا لك الأمور بطريقة يسهل عليك فهمها. فإذا سألت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
- **العمل مع منسق الرعاية الخاص بك** بما في ذلك استكمال تقييم المخاطر الصحية السنوي.
- **أحرص على التحلي بخلق مراعاة مشاعر الآخرين.** نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. ونتوقع أيضًا أنك ستتصرف بطريقة نابعة عن الاحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومقرات موفري الرعاية الآخرين.
- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - أقساط التأمين بالقسمين A و B في برنامج Medicare. بالنسبة لغالبية أعضاء Blue Shield TotalDual Plan، فإن برنامج Medi-Cal يدفع قسط التأمين المدرج في القسم A في برنامج Medicare الخاص بك وقسط التأمين المدرج في القسم B في برنامج Medicare الخاص بك.
 - بالنسبة إلى بعض الأدوية الخاضعة لتغطية الخطة، يتعين عليك دفع الجزء الذي تتحمله من التكلفة عند حصولك على الدواء. وهذا سيكون مبلغ حصة المشاركة في الدفع (مبلغ ثابت). يوضح **الفصل 6** التكاليف التي يجب عليك سدادها للحصول على أدويةك.
 - إذا كنت تحصل على أي خدمات أو أدوية ليست خاضعة لتغطية خطتنا، يجب عليك دفع التكلفة الكاملة. (ملاحظة: إذا لم تكن موافقًا على قرارنا بعدم تغطية إحدى الخدمات أو أحد الأدوية، يمكنك الطعن فيه. ارجع إلى **الفصل 9** لمعرفة المزيد حول كيفية إجراء طعن.)
- **أخبرنا إذا غيرت محل إقامتك.** إذا كنت تنوي تغيير محل إقامتك، أخبرنا بذلك على الفور. اتصل بمنسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء.
 - إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتنا، فلا يمكن أن تبقى في خطتنا. لا يتوفر الاشتراك في خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا. ينص **الفصل 1** من كتيب الأعضاء هذا بشأن منطقة خدمتنا.
 - يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستنتقل خارج منطقة خدمتنا. خلال فترة التسجيل الخاص، يمكنك الانتقال إلى Original Medicare أو التسجيل في إحدى خطط برنامج Medicare الصحية أو الأدوية في موقعك الجديد. ويمكننا إخبارك إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
 - أخبر مسؤولي برنامجي Medicare و Medi-Cal بعنوانك الجديد إذا غيرت محل إقامتك. راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء هذا للحصول على أرقام هواتف برنامجي Medicare و Medi-Cal.
 - إذا غيرت محل إقامتك داخل منطقة خدمتنا، سنظل بحاجة إلى معرفة ذلك. يجب علينا الإبقاء على سجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
 - إذا غيرت محل إقامتك، فأخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).
- أخبرنا إذا كان لديك رقم هاتف جديد أو طريقة أفضل للاتصال بك.
- يتصل منسق الرعاية الخاص بك أو خدمة العملاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.



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

مقدمة

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

- واجهتك مشكلة أو كان لديك شكوى تتعلق بخطتك.
 - كنت بحاجة إلى خدمة أو شيء ما أو دواء 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، فافقرأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك.

يجب أن تحصل على خدمات الرعاية الصحية والأدوية والخدمات والمساعدات طويلة الأجل التي حددها لك طبيبك وغيره من موفري الرعاية بأنها ضرورية لرعايتك بوصفها جزءاً من خطة الرعاية الخاصة بك. وإذا واجهتك مشكلة بشأن رعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج التظلمات التابع لبرنامج Medicare Medi-Cal على الرقم 1-855-501-3077 لطلب المساعدة. يشرح لك هذا الفصل الخيارات المختلفة المتاحة لديك لحل المشكلات والشكاوى المختلفة، ولكن يمكنك دائماً الاتصال ببرنامج التظلمات ليكون دليلاً إرشادياً لك في التعامل مع مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء.



جدول المحتويات

A.	ما يجب عليك فعله إذا واجهتك مشكلة أو مخاوف.....	205
A1.	حول المصطلحات القانونية.....	205
B.	أماكن الحصول على المساعدة.....	205
B1.	لمزيد من المعلومات والمساعدة.....	205
C.	فهم شكوى وطعون برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا.....	207
D.	المشكلات المتعلقة بالمزايا.....	207
E.	قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون المتعلقة بها.....	207
E1.	قرارات بيان المزايا المغطاة.....	207
E2.	الطعون.....	208
E3.	مساعدة بشأن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون.....	208
E4.	القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل.....	209
F.	الرعاية الطبية.....	210
F1.	استخدام هذا القسم.....	210
F2.	طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة.....	210
F3.	تقديم طعن من المستوى 1.....	212
F4.	تقديم طعن من المستوى 2.....	215
F5.	مشكلات الدفع.....	220
G.	أدوية القسم D في برنامج Medicare.....	221
G1.	قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون الخاصة بالقسم D في برنامج Medicare.....	222
G2.	استثناءات القسم D في برنامج Medicare.....	223
G3.	أمور مهمة يجب معرفتها بشأن طلب استثناء.....	225
G4.	طلب قرار بيان المزايا المغطاة، بما في ذلك الاستثناء.....	225
G5.	تقديم طعن من المستوى 1.....	227
G6.	تقديم طعن من المستوى 2.....	229



H.	مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى	231
H1.	معرفة حقوقك في برنامج Medicare	231
H2.	تقديم طعن من المستوى 1	232
H3.	تقديم طعن من المستوى 2	234
I.	مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة	234
I1.	إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك	235
I2.	تقديم طعن من المستوى 1	235
I3.	تقديم طعن من المستوى 2	236
J.	تصعيد طعنك إلى ما بعد المستوى 2	237
J1.	الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare	237
J2.	طعون برنامج Medi-Cal الإضافية	238
J3.	مستويات الطعون 3 و 4 و 5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare	239
K.	كيفية تقديم شكوى	240
K1.	ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها	240
K2.	الشكاوى الداخلية	242
K3.	الشكاوى الخارجية	243



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 أيضًا اسم التظلمات).

ولضمان تحقيق العدالة والسرعة، تحتوي كل عملية على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب علينا وعليكم اتباعها.

A1. حول المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية في هذا الفصل لبعض القواعد والمواعيد النهائية. ويمكن أن يكون العديد من هذه المصطلحات صعب الفهم، لذا نستخدم كلمات أبسط بدلاً من استخدام مصطلحات قانونية معينة قدر استطاعتنا. كما استخدمنا القليل من الاختصارات بقدر الإمكان.

على سبيل المثال، نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار بيان المزايا المغطاة" بدلاً من "قرار المؤسسة" أو "قرار المزايا" أو "قرار المخاطر" أو "البت في موقف دواء من التغطية"
- "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" بدلاً من "القرار العاجل"
- "منظمة المراجعة المستقلة" (Independent Review Organization, IRO) بدلاً من "جهة المراجعة المستقلة" (Independent Review Entity, IRE)

إن معرفة المصطلحات القانونية الملائمة قد تساعدك في التواصل بطريقة أكثر وضوحًا، لذا نقدم لك تلك المصطلحات أيضًا.

B. أماكن الحصول على المساعدة

B1. لمزيد من المعلومات والمساعدة،

في بعض الأحيان يكون من المربك بدء أو متابعة عملية التعامل مع مشكلة ما. يمكن أن يكون هذا صحيحًا بشكل خاص إذا لم تكن على ما يرام أو كانت لديك طاقة محدودة. وفي أحيان أخرى، قد لا يكون لديك المعلومات التي تحتاجها لاتخاذ الخطوة التالية.

مساعدة من 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 HICAP غير تابع لنا أو لأي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى.

ويتوفر في HICAP مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما يقدم الخدمات مجانًا. رقم هاتف برنامج (HICAP) هو

1-800-434-0222.

مساعدة من برنامج التظلمات التابع لـ Medicare Medi-Cal

يمكنك الاتصال ببرنامج التظلمات التابع لـ Medicare Medi-Cal والتحدث مع أحد المحامين عن أسئلة التغطية الصحية الخاصة بك. يمكنهم تقديم المساعدة القانونية المجانية. Ombudsman Program ليس مرتبطًا بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. رقم هاتفهم هو 1-855-501-3077، وموقعهم الإلكتروني هو www.healthconsumer.org.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



المساعدة ومعلومات عن برنامج Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة، يمكنك التواصل مع برنامج Medicare. وفيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من Medicare:

- يُرجى الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare على (www.medicare.gov).

مساعدة من إدارة خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا

يمكن لمكتب التظلمات للرعاية المدارة في برنامج Medi-Cal التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (Department of Health Care Services, DHCS) أن يساعدك. ويمكنهم المساعدة إذا واجهت مشاكل في الانضمام إلى خطة صحية أو تغييرها أو تركها. كما يمكنهم المساعدة إذا انتقلت إلى مكان آخر وواجهت صعوبة في نقل خدمات برنامج Medi-Cal إلى مقاطعتك الجديدة. يمكنك الاتصال بمكتب التظلمات من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م على الرقم 1-888-452-8609.

المساعدة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا

اتصل بإدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) للحصول على مساعدة مجانية. إن DMHC هي المسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية. تساعد DMHC الأشخاص في الطعون المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal أو مشاكل الفواتير. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الصم أو ضعاف السمع أو ضعاف الكلام استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يمكنك أيضًا زيارة موقع DMHC الإلكتروني على الرابط www.dmhc.ca.gov.

تتولى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمات الرعاية الصحية. إذا كان لديك تظلم ضد خطتك الصحية، فإنه يجب عليك أولاً الاتصال بخطتك الصحية على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413 واستخدام عملية تقديم التظلم 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 يُبت فيه لمدة تزيد عن 30 يومًا، فيمكنك الاتصال بالإدارة للحصول على المساعدة. قد تصبح مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على IMR، فستوفر عملية IMR مراجعة حيادية للقرارات الطبية التي اتخذتها الخطة الصحية 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 أيضًا رقم هاتف مجاني (1-888-466-2219) وخط TDD على الرقم (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 إجراء IMR، وتعليمات عبر الإنترنت.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



C. فهم شكوى وطعون برنامجي Medicare و Medi-Cal في خطتنا

متاح لديك برنامجي Medicare و Medi-Cal. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على جميع مزايا الرعاية المُدارة من قبل برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. يُطلق على هذا أحياناً اسم "العملية المتكاملة" لأنها تجمع بين عمليات برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal وتدمج بينهم.

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

D. المشكلات المتعلقة بالمزايا

إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فافقأ أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. يساعدك الجدول أدناه في العثور على القسم الصحيح من هذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو مخاوفك بشأن المزايا أم التغطية الخاصة بك؟	
يتضمن هذا المشكلات المتعلقة بما إذا كانت رعاية طبية معينة (عناصر طبية و/أو خدمات و/أو أدوية القسم B) مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.	
لا. لا تتعلق مشكلتي بالمزايا أم التغطية. راجع القسم K، "كيفية تقديم شكوى".	نعم. تتعلق مشكلتي بالمزايا أم التغطية. راجع القسم E، "قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون".

E. قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون المتعلقة بها

تعالج عملية طلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة وتقديم طعن المشكلات المتعلقة بمزاياك والتغطية الخاصة برعايتك الطبية (الخدمات والعناصر والأدوية من القسم B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير بشكل عام إلى العناصر الطبية والخدمات والأدوية من القسم B باعتبارها رعاية طبية.

E1. قرارات بيان المزايا المغطاة

قرار بيان المزايا المغطاة هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويتك وخدماتك الطبية. يمكنك أنت أو طبيبك أيضاً الاتصال بنا وطلب قرار بيان المزايا المغطاة. قد تكون أنت أو طبيبك غير متأكدين مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو إذا كنا قد نرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. إذا كنت تريد معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل أن تحصل عليها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة نيابةً عنك.



نتخذ قرار بيان المزايا المغطاة عندما نراجع طلبًا للخدمة أو مطالبة. في بعض الحالات، قد نقرر أن إحدى الخدمات أو الأدوية غير مغطاة أو لم تعد مغطاة من قبل برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة هذا، فيمكنك تقديم طعن.

E2. الطعون

إذا اتخذنا قرار بيان المزايا المغطاة ولم تكن راضيًا عن هذا القرار، يمكنك "الطعن" في القرار. الطعن هو طريقة رسمية لمطالبتنا بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه وتغييره.

عندما تطعن على قرار للمرة الأولى، يُسمى ذلك طعن من المستوى الأول (1). في هذا الطعن، نقوم بمراجعة قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. يتم التعامل مع طعنك من قبل مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي غير الملائم مع طعنك.

في معظم الحالات، يجب عليك البدء في الطعن من المستوى الأول (1). إذا كانت مشكلتك الصحية عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك، أو إذا كنت تشعر بالألم شديد وتحتاج إلى قرار أسرع، فيمكنك طلب IMR من إدارة الرعاية الصحية المدارة على www.dmhca.gov. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات.

وعندما ننتهي من المراجعة، سنعطيك قرارنا. في ظل ظروف معينة، سيتم شرحها لاحقًا في القسم F2 من هذا الفصل، يمكنك أن تطلب الحصول على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" أو "العاجل" أو "طعن سريع" على قرار بيان المزايا المغطاة.

إذا رفضنا جزءًا مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية رعاية طبية من برنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة (IRO) لإجراء طعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو عنصر من القسم D في برنامج Medicare أو برنامج Medicaid، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الطعن من المستوى 2، فقد تتمكن من المرور إلى مستويات إضافية من الطعن.

E3. مساعدة بشأن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون

يمكنك طلب المساعدة من أي مما يلي:

- خدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة.
- برنامج التظلمات التابع لبرنامجي Medicare Medi-Cal على الرقم 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. 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 الرابط www.dmhca.gov. في حين أن DMHC يمكن أن تساعد الأشخاص في خطط برنامج Medi-Cal المدارة، إلا أنها لا يمكن أن تساعد الأشخاص في خطط برنامج Medicare فقط وفي النظم الصحية المنظمة للمقاطعة التالية (County Organized Health Systems, COHS): خطة الشراكة الصحية، و Gold Coast Health Plan، و

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



CenCal Health، و Central California Alliance for Health، و CalOptima. تنظم الحكومة الفيدرالية خطط برنامج Medicare، وتنظم إدارة خدمات الرعاية الصحية خطط COHS.

- **طبيبك أو موفر رعاية آخر.** يمكن لطبيبك أو موفر رعاية آخر مطالبتنا باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الطعن بالنيابة عنك.
- **صديق أو فرد من أفراد العائلة.** يمكنك اختيار شخص آخر ليتصرف نيابةً عنك بصفته "ممثلاً" لك لطلب اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.
- **محامٍ.** يحق لك الاستعانة بمحامٍ، ولكن ليس من الضروري أن يكون لديك محامٍ لطلب قرار بيان المزايا المغطاة أو تقديم طعن.
 - اطلب محاميك الخاص، أو احصل على اسم محامٍ من نقابة المحامين في موقعك المحلي أو الاستعانة بخدمة أخرى للإحالة إلى محامٍ. ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك.
 - اطلب محامياً للمساعدة القانونية من برنامج التظلمات التابع لبرنامج Medicare Medi-Cal على الرقم 1-855-501-3077.

املاً نموذج تعيين ممثل إذا أردت توكيل محامٍ أو شخص آخر ليكون ممثلك. ويمنح النموذج شخصاً ما الإذن بالتصرف نيابةً عنك. اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضاً الحصول على النموذج من خلال زيارة www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf. يجب أن تقدم إلينا نسخة من النموذج الموقع.

E4. القسم الذي يمكنه مساعدتك في هذا الفصل

توجد أربع حالات تتضمن قرارات بيان المزايا المغطاة والطعون. وكل حالة لها قواعدها ومواعيدها النهائية المختلفة. ونقدم تفاصيل كل حالة في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم الذي ينطبق على حالتك:

- **القسم F، "الرعاية الطبية"**
- **القسم G، "أدوية القسم D في برنامج Medicare"**
- **القسم H، "مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى"**
- **القسم I، "مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة"** (ينطبق هذا القسم على الخدمات الآتية فقط: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مركز خدمات التمريض المهني، وخدمات مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF)).

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب الرجوع إليه، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة أو معلومات من المنظمات الحكومية مثل برنامج المساعدة للتأمين الصحي التابع للولاية (SHIP). راجع القسم C بالفصل 2 لمزيد من المعلومات.



F. الرعاية الطبية

يشرح هذا القسم ما يجب عليك فعله إذا كنت تواجه مشكلات في الحصول على تغطية الرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن ندفع لك حصتنا من تكلفة رعايتك. للحصول على معلومات حول طلب الإقامة لفترة أطول في المستشفى، يرجى الرجوع إلى **القسم H**.

يوضح هذا القسم مزايا الرعاية الطبية الموضحة في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا في جدول المزايا. في بعض الحالات، قد تنطبق قواعد مختلفة على أدوية القسم B في برنامج Medicare. وعندما تنطبق القواعد، نوضح مدى اختلاف القواعد لأدوية القسم B في برنامج Medicare عن القواعد الخاصة بالخدمات والعناصر الطبية.

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.
2. ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار ببيان المزايا المغطاة. راجع **القسم F2**.
3. لم نعتد الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو أي موفر رعاية صحية آخر أن يقدمها إليك، ونعتقد أنه ينبغي علينا ذلك.
4. ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن في قرارنا. راجع **القسم F3**.
5. حصلت على رعاية طبية نعتقد أننا نغطيها، لكننا لن ندفع تكلفتها.
6. ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن في قرارنا بعدم الدفع. راجع **القسم F5**.
7. حصلت على رعاية طبية ودفعت مقابلها وكنت نعتقد أننا نغطيها، وتريد منا أن نرد إليك ما دفعته.
8. ما يمكنك القيام به: يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. راجع **القسم F5**.
9. قمنا بتقليل تغطية رعاية طبية معينة خاصة بك أو إيقافها، ونعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.
10. ما يمكنك القيام به: يمكنك الطعن في قرارنا بتقليل الرعاية الطبية أو إيقافها. راجع **القسم F4**.
11. إذا كانت التغطية خاصة بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات CORF، فسيتم تطبيق قواعد خاصة. راجع **القسم H** أو **القسم I** لمعرفة المزيد.
12. بالنسبة إلى جميع الحالات الأخرى التي تتضمن تقليل تغطية رعاية طبية معينة خاصة بك أو إيقافها، ارجع إلى هذا القسم (**القسم F**) لإرشادك.
13. تواجه تأخيرًا في الرعاية أو لا يمكنك العثور على طبيب.
14. ما يمكنك القيام به: يمكنك تقديم شكوى. راجع **القسم K2**.

F2. طلب اتخاذ قرار ببيان المزايا المغطاة

عندما يتعلق قرار ببيان 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: 1-800-452-4413, TTY: 711.

• الفاكس: 251-6671 (877).

• 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 خلال:

- 5 أيام عمل بعد استلامنا طلبك للحصول على خدمة طبية أو عنصر طبي يخضع لقواعد التصريح المسبق لدينا.
- 5 أيام عمل، ولا يزيد عن 14 يومًا تقويميًا بعد استلامنا طلبك لجميع الخدمات الطبية أو العناصر الطبية الأخرى.
- 72 ساعة بعد استلامنا طلبك للحصول على دواء القسم B في برنامج Medicare.

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 خلال:

- 72 ساعة بعد استلامنا طلبك للحصول على خدمة طبية أو عنصر طبي.
- 24 ساعة بعد استلامنا طلبك للحصول على دواء القسم B في برنامج Medicare.

للحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع، يجب عليك تلبية شرطين:

- تطلب التغطية للعناصر الطبية و/أو الخدمات التي لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع بشأن دفع ثمن العناصر أو الخدمات التي حصلت عليها بالفعل.
- أن اتباع المواعيد النهائية العادية قد يسبب لك ضررًا صحيًا بالغًا أو يؤثر بالسلب في قدرتك على أداء وظائفك.
- نمحك 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 تلي 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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- 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، أو

- 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 يمثلك الاتصال بنا. اتصل بنا على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

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 لتفويض هذا الشخص بتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.

- يمكننا قبول طلب الطعن من دون النموذج، ولكن لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليه. إذا لم نتلق النموذج قبل الموعد النهائي المحدد لاتخاذ قرار بشأن الطعن المقدم منك:

- سنرفض طلبك،

- سنرسل إليك إشعاراً كتابياً يوضح حقك في مطالبة IRO بمراجعة قرارنا برفض طعنك.

- يجب عليك طلب الطعن خلال 65 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 وقتاً إضافياً لتقديم الطعن. من أمثلة الأسباب الوجيئة إصابتك بمرض خطير أو تقديمنا معلومات خاطئة إليك حول الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر طعنك عند تقديم الطعن.



- يحق لك أن تطلب منا الحصول على نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بطعنك. ويمكنك أيضًا أنت وطبيبك تقديم معلومات إضافية لدعم طعنك.

اطلب إجراء "طعن سريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

المصطلح القانوني "الطعن السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

- إذا قدمت طعنًا على قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، يمكنك أنت و/أو طبيبك طلب طعن سريع.
- **نمنحك 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:
 - نمنحك طعنًا سريعًا تلقائيًا إذا طلب طبيبك ذلك.
 - كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك طعنًا عاديًا بدلاً من الطعن السريع. لمزيد من المعلومات حول تقديم شكوى، بما في ذلك الشكوى السريعة، راجع القسم K.
- **إذا أخبرناك بأننا سنقوم بإيقاف الخدمات أو العناصر التي تحصل عليها بالفعل أو تقليلها، فقد تتمكن من مواصلة الحصول على هذه الخدمات أو العناصر خلال النظر في الطعن المقدم منك.**
- إذا قررنا تغيير التغطية لخدمة أو عنصر تحصل عليه أو قررنا إيقافها، فسنرسل إليك إشعارًا قبل أن نتخذ أي إجراء.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 1.
- سنستمر في تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت طعنًا من المستوى 1 في غضون 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 المقدم منك من المستوى 1.
 - ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو العناصر الأخرى (غير المتعلقة بطعنك) دون أي تغييرات.
 - إذا لم تقدم الطعن قبل هذه التواريخ، فلن تستمر في الحصول على الخدمة أو العنصر في أثناء انتظارك قرار الطعن المقدم منك.
- **ننظر في طعنك ونوافيك 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 مزيدًا من المعلومات إذا كنا في حاجة إليها. قد نتواصل معك أو مع طبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.



ثمة مواعيد نهائية للطعن السريع.

- عندما نتبع المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة من حصولنا على طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة أسرع. وسنوافيك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه IRO. 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، حسب الحاجة.
- إذا وافقنا على طلبك كله أو جزءاً منه، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 72 ساعة من استلامنا طعنك، أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فسنرسل طعنك إلى IRO لإجراء طعن من المستوى 2.

ثمة مواعيد نهائية للطعن العادي.

- عندما نتبع المواعيد النهائية العادية، يجب أن نوافيك بالرد في غضون 30 يوماً من أيام التقويم الميلادي بعد استلامنا 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، فسوف نوافيك بالرد في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي بعد استلامنا طعنك أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نوافيك بالرد بحلول الموعد النهائي، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون. وبعد ذلك ستراجعه IRO. لاحقاً في هذا الفصل 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، حسب الحاجة.
- إذا وافقنا على طلبك كله أو جزءاً منه، فيجب علينا التصريح بالتغطية التي وافقنا عليها أو تقديمها في غضون 30 يوماً من أيام التقويم الميلادي من تاريخ تلقينا طلب الطعن المقدم منك، أو بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية وفي غضون 72 ساعة من تاريخ تغيير قرارنا، أو في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي من تاريخ استلامنا طعنك إذا كان طلبك يتعلق بدواء من القسم B في برنامج Medicare.

إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فلديك 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. ومع ذلك، لا تتوفر المراجعة الطبية المستقلة إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية.

إذا كنت مؤهلًا لمواصلة الحصول على المزايا عند تقديم الطعن من المستوى 1، فقد تستمر أيضًا مزايا الخدمة أو العنصر أو العقار الدوائي موضوع الطعن خلال المستوى 2. راجع القسم F3 للحصول على معلومات بشأن استمرار مزاياك خلال 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 IRO.
- 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 تقويمية 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 "جهة المراجعة المستقلة"، وأحيانًا تسمى اختصارًا "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. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم الطعن المقدم منك.
- يدرس المراجعون في IRO جميع المعلومات المتعلقة بالطعن المقدم منك بعناية.

إذا كان لديك طعن سريع من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا طعن سريع من المستوى 2.

- إذا قدمت إلينا طعنًا سريعًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على طعن سريع من المستوى 2. يجب على IRO أن توافقك بالرد على طعن المستوى 2 خلال 72 ساعة من تلقي الطعن المقدم منك.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



إذا كان لديك طعن عادي من المستوى 1، فسيكون لديك أيضًا طعن عادي من المستوى 2.

- إذا قدمت إلينا طعنًا عاديًا من المستوى 1، فستحصل تلقائيًا على طعن عادي من المستوى 2.
 - إذا كان طلبك يتعلق بعنصر طبي أو خدمة طبية، فيجب على IRO أن توافقك بالرد على طعن المستوى 2 في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تلقي الطعن المقدم منك.
 - إذا كان طلبك يتعلق بدواء من القسم B في برنامج Medicare، يجب على IRO أن توافقك بالرد على طعن المستوى 2 في غضون 7 أيام من أيام التقويم الميلادي من تلقي الطعن المقدم منك.
- في حال منحتك IRO ردها كتابيًا مع توضيح الأسباب.
- إذا وافقت IRO على طلب الحصول على عنصر طبي أو خدمة طبية 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.
 - إذا وافقت IRO على طلب الحصول على دواء من القسم B في برنامج Medicare، فيجب علينا التصريح بالدواء من القسم B في برنامج Medicare محل النزاع أو تقديمه:
 - خلال 72 ساعة بعد حصولنا على قرار IRO للطلبات العادية، أو
 - خلال 24 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار IRO للطلبات العاجلة.
 - إذا رفضت IRO طعنك كله أو جزءًا منه، فهذا يعني أنها توافق على أنه ينبغي علينا عدم اعتماد طلبك (أو جزء من طلبك) بخصوص تغطية الرعاية الطبية. وهذا ما يسمى "تأييد القرار" أو "رفض الطعن".
 - إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الطعن أم لا.
 - ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية الطعن 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 (Administrative Law Judge, ALJ) أو محامٍ محكم مع الطعن من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على مزيد من المعلومات حول الطعون من المستويات 3 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) إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC):**



يمكنك تقديم شكوى إلى أو التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في DMHC. من خلال تقديم شكوى، ستقوم DMHC بمراجعة قرارنا. ستجري DMHC تحقيقها الخاص في شكواك أو تحديد ما إذا كانت الحالة مؤهلة للحصول على IMR. قد تكون IMR متاحة لأي خدمة طبية أو عنصر طبي بطبيعته يغطيه برنامج Medi-Cal. وتتمثل IMR في قيام خبراء غير تابعين لخطتنا أو DMHC بمراجعة حالتك. إذا تم البت في IMR لصالحك، يجب علينا توفير الخدمة أو العنصر الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف نظير IMR.

يمكنك تقديم شكوى أو التقدم بطلب للحصول على IMR إذا كانت خطتنا:

- ترفض خدمة أو 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.

في معظم الحالات، يجب عليك تقديم طعن إلينا قبل طلب IMR. راجع القسم F3 للحصول على معلومات حول عملية الطعن من المستوى 1. إذا كنت لا توافق على قرارنا، فيمكنك تقديم شكوى إلى DMHC أو طلب IMR من مركز المساعدة في DMHC.

ملاحظة: إذا قدم موفر الرعاية طعنًا نيابةً عنك، ولكننا لم نحصل على نموذج تعيين ممثل، فستحتاج إلى إعادة تقديم الطعن إلينا قبل أن تتمكن من تقديم طلب للحصول على IMR من المستوى 2 لدى إدارة الرعاية الصحية المُدارة، إلا إذا كان طعنك ينطوي على تهديد وشيك وخطر على صحتك، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، الألم الشديد أو احتمال فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو إحدى وظائف الجسم الرئيسية.

يمكنك طلب إجراء IMR وجلسة استماع بالولاية، ولكن لا يُسمح لك الانتقال إلى IMR إذا كنت قد قدمت بالفعل أدلة في جلسة استماع بالولاية أو عقدت جلسة استماع بالولاية بشأن الحالة نفسها.

إذا تم رفض علاجك لأنه كان تجريبيًا أو خاضعًا للدراسة، فليست مضطرًا إلى المشاركة في عملية الطعن الخاصة بنا قبل التقدم بطلب للحصول على IMR.

إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تمثل تهديدًا مباشرًا وخطيرًا على صحتك أو إذا كنت تشعر بألم شديد، فيمكنك إبلاغ DMHC بمشكلتك على الفور من دون المرور أولاً بعملية الطعن الخاصة بنا.

يجب عليك التقدم بطلب للحصول على IMR في غضون 6 أشهر بعد أن نرسل إليك قرارًا كتابيًا بخصوص طعنك. قد تقبل DMHC طلبك بعد 6 أشهر لسبب وجيه، مثل إصابتك بحالة طبية منعتك من طلب IMR في غضون 6 أشهر أو عدم حصولك على إشعار مناسب من إجراءات IMR.



لتقديم شكوى أو طلب IMR:

- املاً نموذج IMR/الشكوى المتاح على: www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو اتصل بمركز المساعدة في DMHC على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرفق نسخاً من الخطابات أو المستندات الأخرى المتعلقة بالخدمة أو العنصر الذي رفضناه إذا كانت بحوزتك. فهذا الأمر يمكن أن يسرع من عملية IMR. أرسل نسخاً من المستندات وليس الأصول. لا يمكن لمركز المساعدة 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 على مستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- قدم نموذج IMR/الشكوى وأي مرفقات إلى DMHC: قدم عبر الإنترنت: كيفية تقديم شكوى أرسل عن طريق البريد أو الفاكس:

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

وفي غضون 7 أيام، ستقوم DMHC بمراجعة طلبك وإرسال خطاب استلام إليك. إذا قررت إدارة DMHC أن الحالة مؤهلة للحصول على IMR، فسيتم اتخاذ قرار IMR في غضون 30 يوماً بعد استلام جميع المستندات المطلوبة. إذا كانت حالتك عاجلة وكنت مؤهلاً للحصول على IMR، فعادة ما يتم اتخاذ قرار IMR في غضون 7 أيام بعد استلام جميع المستندات المطلوبة.

إذا لم تكن راضياً 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 ليس ضمن شبكة خطتك الصحية، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية وترسلها إلينا من ذلك الطبيب. وعلى خطتك الصحية الحصول على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء الموجودين في الشبكة.

إذا قررت DMHC أن حالتك غير مؤهلة للحصول على IMR، فستراجع DMHC حالتك من خلال عملية شكاوى العملاء العادية. ينبغي حل شكاوك في غضون 30 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 أخرى خدمة أو عنصرًا لن نعتده، أو إذا كنا لن نستمر في دفع تكلفة الخدمة أو العنصر الذي حصلت عليه بالفعل ورفضنا طعنك من المستوى 1، فلديك الحق في طلب عقد جلسة استماع بالولاية.

في معظم الحالات، يكون لديك 120 يومًا لطلب عقد جلسة استماع بالولاية بعد إرسال إشعار "خطاب قرار الطعن" إليك بالبريد.

ملاحظة: إذا طلبت عقد جلسة استماع بالولاية لأننا أخبرناك بأن الخدمة التي تحصل عليها حاليًا سيتم تغييرها أو إيقافها، فستبقى لديك عدد أيام أقل لإرسال طلبك إذا أردت الاستمرار في تلقي هذه الخدمة في أثناء انتظار جلسة الاستماع بالولاية. اقرأ "هل ستستمر المزايا التي أحصل عليها خلال طعون المستوى 2" في الصفحة 256 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 اسمك 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 9-17-433
Sacramento, California 94244-2430

- إلى قسم جلسات الاستماع بالولاية على رقم الفاكس 916-309-3487 أو على الرقم المجاني 1-833-281-0903.
- 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 جدًا.

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 (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 المقدم منك من المستوى 2 خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي من استلام طلبك بإجراء مراجعة ثانية.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



في حال كان رد QIO هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- يجب علينا أن نرد إليك حصنتنا من تكاليف الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض QIO طعنك من المستوى 1.

- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1 ولن تغيره.

- سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.

- يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة DMHC أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم E4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يقدم إليك قسم جلسات الاستماع بالولاية قراره كتابيًا ويشرح لك الأسباب.

- إذا وافق قسم جلسات الاستماع بالولاية على طلب الحصول على عنصر طبي أو خدمة طبية كلة 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 كلة أو جزءًا 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 إذا بلغت القيمة المالية بالدولار للخدمة أو البند المطلوب حدًا أدنى معينًا. ويتعامل ALJ أو محام محكم مع طعن المستوى 3. سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من IRO حقوقًا إضافية تتعلق بالطعن قد تتمتع بها.

سيوضح الخطاب الذي ستحصل عليه من قسم جلسات الاستماع بالولاية خيار الطعن التالي.

راجع القسم J للحصول على مزيد من المعلومات حول حقوق الطعن بعد المستوى 2.

F5. مشكلات الدفع

لا نسمح لموفري الرعاية التابعين لشبكتنا بتحرير فواتير لك مقابل الخدمات والعناصر الخاضعة للتغطية. وينطبق ذلك حتى إذا دفعنا إلى موفر الرعاية رسومًا أقل من رسومه مقابل الخدمة أو العنصر الخاضع للتغطية. لست مُطالبًا أبدًا بدفع المبلغ المتبقي من أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يجب أن يُطلب منك دفعه هو حصة المشاركة في الدفع للفئة 3: الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة، والفئة 4: الأدوية غير المفضلة، والفئة 5: 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. لا 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، يرجى الرجوع إلى **الفصل 7** من كتيب الأعضاء هذا. وهو يوضح الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته أو دفع فاتورة حصلت عليها من موفر الرعاية. كما يوفر معلومات عن كيفية إرسال المستندات الورقية التي تطالبنا بموجبها بالدفع لك.

إذا طلبت استرداد المبلغ الذي دفعته، فإنك تطلب اتخاذ قرار ببيان المزايا المغطاة. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته خاضعاً للتغطية وما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد الخاصة باستخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو العنصر الذي دفعت مقابلته خاضعاً للتغطية واتبعت القواعد كلها، فسنرسل إليك حصتنا من تكلفة الخدمة أو العنصر في غضون 30 يومًا تقويميًا، ولن نتأخر عن 60 يومًا تقويميًا بعد تلقينا طلبك.
- إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو العنصر بعد، فسنرسل المبلغ إلى موفر الرعاية مباشرةً. وعندما نرسل المبلغ، يكون الأمر مماثلاً للموافقة على طلبك للحصول على قرار ببيان المزايا المغطاة.
- إذا كانت الخدمة أو العنصر غير خاضعين للتغطية أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو العنصر ونوضح سبب ذلك.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، فبإمكانك تقديم طعن. اتبع عملية الطعون الموضحة في **القسم F3**. عند اتباع هذه التعليمات، لاحظ الآتي:

- إذا قدمت طعنًا إلينا لنرد إليك المبلغ الذي دفعته، فيتعين علينا موافاتك بالرد في غضون 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقينا الطعن.
- إذا رفضنا طعنك وكان برنامج **Medicare** يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فسنرسل حالتك إلى IRO. سنرسل لك خطابًا إذا حدث ذلك.

- إذا ألغت IRO قرارنا وقررت أننا يجب أن ندفع إليك، فيجب علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى موفر الرعاية في غضون 30 يومًا 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". ستتسلم خطابًا يشرح حقوق الطعن الإضافية التي قد تتمتع بها. راجع **القسم J** للحصول على مزيد من المعلومات حول مستويات الطعن الإضافية.

إذا رفضنا طعنك وكان برنامج **Medi-Cal** يغطي الخدمة أو العنصر عادةً، فيمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك. راجع **القسم F4** لمزيد من المعلومات.

G. أدوية القسم D في برنامج Medicare

تشمل المزايا التي تحصل عليها بصفتك عضوًا في خطتنا تغطية كثير من الأدوية. ومعظمها من العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare. يوجد عدد قليل من الأدوية التي لا يغطيها القسم D في برنامج Medicare ولكن قد يغطيها برنامج **Medi-Cal**. لا ينطبق هذا القسم إلا على طعون 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 للعقاقير الدوائية التي يغطيها برنامج **Medi-Cal** فقط، اتبع العملية الواردة في القسم E.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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 هذا لمزيد من المعلومات حول 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 دواء من القسم D في برنامج Medicare غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا أو
 - إلغاء القيود المفروضة على تغطيتنا لعقار دوائي (مثل الحدود المفروضة على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
 - سألنا عما إذا كان العقار الدوائي خاضعًا للتغطية (على سبيل المثال عندما يكون العقار الدوائي مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا ولكن يجب علينا اعتماده قبل أن نقوم بتغطيته لك)
- ملاحظة:** إذا أخبرتك الصيدلية بأنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية كما هي مكتوبة، فستقدم إليك إشعارًا كتابيًا يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار بيان المزايا المغطاة.

يُطلق على قرار بيان المزايا المغطاة الأولي بشأن العقاقير الدوائية من القسم D في برنامج Medicare اسم "البت في موقف دواء من التغطية".

- يمكنك مطالبتنا بالدفع مقابل عقار دوائي اشتريته بالفعل. ويُعد ذلك مطالبة باتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة بشأن الدفع.



إذا كنت لا توافق على قرار بيان المزايا المغطاة الذي اتخذناه، فيمكنك الطعن فيه. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات بيان المزايا المغطاة وكيفية تقديم طعن. استخدم الجدول الوارد أدناه لمساعدتك.

أي من هذه الحالات يمثل حالتك؟			
تحتاج إلى عقار دوائي ليس مدرجاً في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو تريد منا إلغاء قاعدة أو قيد مفروض على عقار دوائي نغطيه.	تريد منا تغطية عقار دوائي مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، وتعتقد أنك تستوفي قواعد الخطة أو قيودها (مثل الحصول على موافقة مسبقة) الخاصة بالعقار الدوائي الذي تحتاج إليه.	تريد أن تطلب منا رد تكلفة عقار دوائي حصلت عليه ودفعت مقابلته بالفعل.	أخبرناك بأننا لن نغطي عقاراً دوائياً أو ندفع تكلفته بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. (هذا نوع من أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة.)	يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة.	يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته. (هذا نوع من أنواع قرارات بيان المزايا المغطاة.)	يمكنك تقديم طعن. (يعني ذلك أنك تطلب منا إعادة النظر.)
ابدأ بالقسم G2، ثم راجع القسمين G3 و G4	راجع القسم G4	راجع القسم G4	راجع القسم G5

G2. استثناءات القسم D في برنامج Medicare

إذا لم تكن نغطي عقاراً دوائياً 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 أحياناً على طلب تغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو إزالة قيد مفروض على عقار دوائي طلب "استثناء كتيب الوصفات". يُطلق أحياناً على المطالبة بدفع سعر أقل مقابل عقار دوائي غير مفضل خاضع للتغطية طلب "التجزئة الفنية للاستثناء".

في ما يأتي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أن تطلب إجراءها أنت أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر:

1. تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا

- إذا وافقنا على إجراء استثناء وتغطية عقار دوائي غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فستدفع حصة المشاركة في الدفع التي تنطبق على الأدوية في الفئة 4: فئة الأدوية غير المفضلة.
- لا يمكنك الحصول على استثناء لمبلغ حصة المشاركة في الدفع المطلوب مقابل العقار الدوائي.



2. إزالة قيد مفروض على دواء خاضع للتغطية

- تنطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا (راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية الخاصة ببعض العقاقير الدوائية ما يأتي:
 - أن تكون ملزمًا باستخدام الدواء المماثل (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 الأدوية 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.

- تتضمن قائمة الأدوية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة".
- إذا كان العقار الدوائي البديل لحالتك الطبية يقع في فئة مشاركة في تحمل التكاليف أقل من العقار الدوائي الذي تتناوله، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف للدوائي 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 مماثلًا (بديلاً)، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ المشاركة في تحمل التكاليف لأقل فئة من بدائل العلامة التجارية أو البدائل المماثلة لحالتك.
- لا يمكنك مطالبتنا بتغيير فئة المشاركة في تحمل التكاليف لأي عقار دوائي في الفئة 5: أدوية الفئة 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 بيانًا يوضح الأسباب الطبية لطلب استثناء. للحصول على قرار أسرع، قم بإدراج هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر عند طلب الاستثناء.

تتضمن قائمة الأدوية لدينا غالبًا أكثر من عقار دوائي واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى العقاقير الدوائية "البديلة". إذا كان الدواء البديل بنفس فعالية العقار الدوائي الذي تطلبه ولا يسبب مزيدًا من الآثار الجانبية أو المشكلات الصحية الأخرى، فإننا عادةً لا نعتمد طلب الاستثناء الخاص بك. إذا طلبت منا التجزئة الفئوية للاستثناء، فإننا عادةً لا نعتمد طلب الاستثناء الخاص بك إلا إذا كانت جميع العقاقير الدوائية البديلة في الفئة (الفئات) الأقل للمشاركة في تحمل التكاليف لن تناسبك أو من المحتمل أن تسبب تفاعلًا سلبيًا أو ضررًا آخر.

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 كُتِيب 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/bsca/bsc/wcm/connect/sites/sites_content/en/medicare/resources/request_exceptions/exceptions



○ تحديد نماذج الأعضاء

○ بدء طلب البت في موقف دواء من التغطية عبر الإنترنت

○ يمكنك بدء عملية الحصول على تصريح مسبق أو استثناء.

إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب منا "قرار بيان المزايا المغطاة السريع".

نلتزم "بالمواعيد النهائية العادية" ما لم نوافق على الالتزام "بالمواعيد النهائية السريعة".

● يعني قرار بيان المزايا المغطاة العادي أننا سنوافيك برد في غضون 72 ساعة بعد تلقي بيان طبيبك.

● يعني قرار بيان المزايا المغطاة السريع أننا سنوافيك برد في غضون 24 ساعة بعد تلقي بيان طبيبك.

يُطلق على "قرار بيان المزايا المغطاة السريع" اسم "البت العاجل في موقف دواء من التغطية".

يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع في الحالات الآتية:

- إذا كان من أجل عقار دوائي لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار بيان المزايا المغطاة السريع إذا كنت تطلب منا رد ثمن عقار دوائي اشتريته بالفعل.
- إذا كانت حالتك الصحية أو قدرتك الوظيفية ستتضرر بشكل بالغ إذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية.
- إذا أخبرنا طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر بأن حالتك الصحية تتطلب قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فسراجع طلبك بموجب الجدول الزمني لقرار بيان المزايا المغطاة السريع. سنرسل لك خطابًا بهذه المعلومات.
- 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 تلبي متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع، فإننا نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
- نرسل إليك خطابًا يخبرك أننا سنستخدم الموعد النهائي العادي. ويوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن بشأن قرارنا.
- يمكنك تقديم شكوى سريعة الحصول 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 استثناء، 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 IRO. راجع القسم G6 لمزيد من المعلومات حول الطعن من المستوى 2.



- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فسنقدم إليك التغطية في غضون 24 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فسنرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه

- إذا اتبعنا المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نوافقك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك. إذا طلبت استثناء، فسنوافقك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي البيان الداعم من طبيبك. وسنوافقك بالرد في وقت أقرب إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعته IRO.
- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فسنقدم إليك التغطية في غضون 72 ساعة من تلقي طلبك أو البيان الداعم من طبيبك للحصول على استثناء.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فسنرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن.

المواعيد النهائية لقرار بيان المزايا المغطاة العادي بشأن عقار دوائي اشتريته بالفعل

- يتوجب علينا الرد عليك في غضون 14 يومًا بعد تلقينا الطلب المقدم منك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعون لتراجعته IRO.
- إذا وافقتنا على طلبك كله أو جزء منه، فسنرد عليك ما دفعته خلال 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي.
- إذا رفضنا طلبك كله أو جزءاً منه، فسنرسل إليك خطاباً بالأسباب. ويوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن.

G5. تقديم طعن من المستوى 1

يُطلق على الطعن المقدم إلى خطتنا بشأن قرار بيان المزايا المغطاة للعقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare اسم "إعادة البت" من الخطّة.

- ابدأ الطعن العادي أو السريع 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 بالطعن الذي تقدمه.
- يجب عليك طلب الطعن خلال 65 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 العاجل".

- إذا قمت بالطعن في قرار اتخذناه بشأن عقار دوائي لم تحصل عليه، فستقرر أنت وطبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر ما إذا كنت بحاجة إلى طعن سريع.

- متطلبات الطعن السريع هي نفسها متطلبات قرار بيان المزايا المغطاة السريع. راجع القسم G4 لمزيد من المعلومات.

ننظر في طعنك ونوافيك بالرد.

- نراجع طعنك ونلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة 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 نوافيك بالرد في غضون 72 ساعة، فيجب أن نرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الطعن. وبعد ذلك ستراجعه IRO. راجع القسم G6 للحصول على معلومات حول منظمة المراجعة وعملية الطعن من المستوى 2.

- إذا وافقنا على طلبك كله أو جزء منه، فيجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا 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 الطعن. 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:

- 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 ردنا لك المبلغ الذي دفعته مقابل العقار الدوائي الذي اشتريته في غضون 14 يومًا من أيام التقويم الميلادي بعد تلقي طعنك.
- إذا لم نمحك 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 جزءًا منه، فسنرسل إليك خطابًا يشرح الأسباب ويوضح لك كيفية تقديم الطعن.

G6. تقديم طعن من المستوى 2

إذا رفضنا طعنك من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم طعن آخر. إذا قررت تقديم طعن آخر، فستتبع عملية الطعون من المستوى 2. تراجع IRO قرارنا برفض طعنك الأول. وتقرر هذه المنظمة ما إذا كان ينبغي لنا تغيير قرارنا.

الاسم الرسمي لـ "منظمة المراجعة المستقلة" (IRO) هو "جهة المراجعة المستقلة"، وأحيانًا تسمى اختصارًا "IRE".

لتقديم طعن من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو مقدم وصفات طبية آخر التواصل مع IRO كتابيًا وطلب مراجعة حالتك.

- إذا رفضنا طعنك من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن تعليمات حول كيفية تقديم طعن من المستوى 2 إلى IRO. توضح التعليمات من يمكنه تقديم الطعن من المستوى 2، والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها، وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عندما تقدم طعنًا إلى IRO، فإننا نرسل المعلومات التي لدينا حول طعنك إلى المنظمة. تسمى هذه المعلومات "ملف الحالة" الخاص بك. لديك الحق في الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب نسخة مجانية من ملف حالتك، اتصل بالرقم 1-888-466-2219.
- لديك الحق في إعطاء IRO معلومات إضافية لدعم الطعن المقدم منك.



تراجع IRO طعنك من المستوى 2 بشأن القسم D في برنامج Medicare وتوافقك بالرد كتابيًا. راجع القسم F4 لمزيد من المعلومات حول IRO.

المواعيد النهائية للطعن السريع من المستوى 2

اطلب إجراء طعن سريع من IRO إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا وافقت على الطعن السريع، فيجب أن توافقك بالرد في غضون 72 ساعة من تلقي طلب الطعن الخاص بك.
- إذا وافقت على طلبك 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 طلب استرداد 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 IRO طعنك من المستوى 2، فيحق لك تقديم طعن من المستوى 3 إذا كانت القيمة المالية بالدولار لتغطية العقاقير الدوائية التي تطلبها تستوفي الحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت القيمة المالية بالدولار لتغطية العقاقير الدوائية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم طعن آخر. وفي هذه الحالة، يكون قرار الطعن من المستوى 2 نهائيًا. ترسل إليك IRO خطابًا يبلغك بالحد الأدنى للقيمة المالية بالدولار اللازم لمواصلة الطعن من المستوى 3.

إذا كانت القيمة المالية بالدولار لطلبك تفي بالمتطلبات، فيمكنك اختيار ما إذا كنت تريد المضي قدمًا في الطعن أم لا.

- ثمة ثلاثة مستويات إضافية في عملية 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 ALJ أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.



H. مطالبتنا بتغطية مدة إقامة أطول في المستشفى

عند دخولك إلى أحد المستشفيات، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى الخاضعة لتغطيتنا واللازمة لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. لمزيد من المعلومات حول تغطية المستشفيات التابعة لخطتنا، راجع **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.

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 DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

H1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare

في غضون يومين من دخولك إلى المستشفى، سيقدم لك أحد الأشخاص في المستشفى، مثل الممرض أو مسؤول الحالة، إشعارًا كتابيًا بعنوان "رسالة مهمة من برنامج Medicare حول حقوقك". يحصل كل شخص لديه برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار عند دخوله إلى المستشفى.

إذا لم تحصل على الإشعار، فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة. ويمكنك الاتصال أيضًا على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. 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. إن التوقيع لا يعني أنك توافق على ميعاد

الخروج من المستشفى الذي ربما أخبرك به طبيبك أو العاملون في المستشفى.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- **احتفظ بنسخة** من الإشعار الذي وقعت عليه حتى تكون لديك المعلومات إذا احتجت إليها.
- إذا قمت بالتوقيع على الإشعار قبل أكثر من يومين من اليوم الذي تغادر فيه المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك من المستشفى.

يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مسبقاً إذا:

- اتصلت بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- تفضل بزيارة www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im

H2. تقديم طعن من المستوى 1

لمطالبتنا بتغطية خدمات المستشفى للمرضى الداخليين لفترة أطول، قدم طعنًا. تراجع منظمة تحسين الجودة (QIO) الطعن من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى مناسبًا من الناحية الطبية.

QIO هي مجموعة من الأطباء واختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. يفحص هؤلاء الخبراء جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة على تحسينها. وهم لا يشكلون جزءًا من خطتنا.

في كاليفورنيا، QIO هي Commence Health. يمكنك الاتصال بها على الرقم [855] 887-6668 [TTY: (877) 588-1123]. معلومات الاتصال موجودة أيضًا 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 QIO بشأن طعنك.
- إذا لم تتصل لتقديم الطعن، وقررت مواصلة الإقامة في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منها، فقد يتعين عليك دفع كل تكاليف الرعاية المقدمة إليك في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منها.
- نظرًا إلى أن الإقامة في المستشفى خاضعة للتغطية من خلال كل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal، فإنه إذا لم تنتظر منظمة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة الإقامة في المستشفى، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، وينطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (711) TTY: 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- 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 ملزمًا بكتابة بيان، لكن يمكنك ذلك.
- يطلع المراجعون على معلوماتك الطبية، ويتحدثون إلى طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمتها إليهم المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لقيام المراجعين بإبلاغ خطتنا بشأن طعنك، سنتلقى خطابًا يتضمن الميعاد المقرر لخروجك من المستشفى. ويوضح الخطاب أيضًا الأسباب التي تجعلنا نحن وطبيبك والمستشفى نعتقد أن هذا هو الميعاد الصحيح والمناسب طبيًا لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني لهذا التفسير الكتابي هو "الإشعار التفصيلي للخروج من المستشفى". يمكنك الحصول على نموذج عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048). يمكنك أيضًا الرجوع إلى نموذج الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

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 تعتقد 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 QIO بالرد على طعنك.
- يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 إذا رفضت QIO طعنك من المستوى 1 وكنت قد واصلت إقامتك في المستشفى بعد الميعاد المقرر لخروجك منه.



H3. تقديم طعن من المستوى 2

بالنسبة إلى الطعن من المستوى 2، فإنك تطلب من QIO إلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1. 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 المقدم منك 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 حصنتنا من تكاليف الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض QIO طعنك من المستوى 1.

- سنقدم إليك خدمات تلقي العلاج داخل المستشفى الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على القرار الذي اتخذته بشأن طعنك من المستوى 1 ولن تغيره.
- سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.

- يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى إدارة DMHC أو مطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة إقامتك في المستشفى. يُرجى الرجوع إلى القسم E4 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

يتعامل ALJ أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و4 و5.

1. مطالبتنا بالاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية التمريضية المتخصصة في مركز خدمات ترميز مهني، و
- رعاية إعادة التأهيل بوصفك أحد مرضى العيادات الخارجية في مركز CORF المعتمد من برنامج Medicare. يعني هذا عادةً أنك تتلقى علاجًا لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبيرة.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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.

11. إشعار مسبق قبل انتهاء التغطية الخاصة بك

نرسل إليك إشعارًا كتابيًا سننلقاه 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. إن التوقيع لا يعني موافقتك على قرارنا.

12. تقديم طعن من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا سننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك الطعن 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 بـ HICAP على الرقم 1-800-434-0222.

- **اتصل بـ QIO.**

○ راجع القسم H2 أو راجع الفصل 2 من كتيب الأعضاء لمزيد من المعلومات حول QIO وكيفية الاتصال بها.

○ اطلب منهم مراجعة طعنك وتحديد ما إذا كان سيتم تغيير قرار خططنا أم لا.

- **تصرف بسرعة واطلب إجراء "طعن سريع".** اسأل QIO عما إذا كان من الملائم من الناحية الطبية أن نقوم بإنهاء تغطية خدماتك الطبية.

الموعد النهائي الخاص بك 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 لم تنتظر منظمة تحسين الجودة في طلبك لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك، أو إذا كنت تعتقد أن وضعك عاجل، أو ينطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد، فيمكنك تقديم



شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يُرجى الرجوع إلى **القسم F4** لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو **"إشعار عدم التغطية من برنامج Medicare"**. للحصول على نسخة من النموذج، اتصل بخدمة العملاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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"**.

- يقدم المراجعون قرارهم خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها.
- في حال كان رد QIO هو **قبول** الطعن الذي تقدمت به:
- سنقدم لك الخدمات الخاضعة للتغطية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- في حال كان رد QIO هو **رفض** الطعن الذي تقدمت به:
- تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية في التاريخ الوارد في الإشعار.
- ستدفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت الاستمرار في تلقي الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني أو خدمات CORF بعد تاريخ انتهاء تغطيتك.
- يرجع إليك القرار 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 [855] 887-6668 (TTY: 588-1123) (877).



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 واصلت تلقي الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.

سيقوم مراجعو QIO بالآتي:

- إلقاء نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بالطعن الذي قدمته.
- إخبارك بقرارهم بشأن الطعن المقدم منك من المستوى 2 خلال 14 يومًا 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 طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

في حال كان رد QIO هو رفض الطعن الذي تقدمت به:

- فإنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن تغيره.
 - سترسل إليك خطابًا يوضح الإجراءات التي يمكنك اتخاذها إذا أردت مواصلة عملية الطعون وتقديم طعن من المستوى 3.
 - يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة لمواصلة تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك. يُرجى الرجوع إلى القسم F4 لمعرفة كيفية مطالبة DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى إلى DMHC ومطالبتها بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى تقديم طعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.
- يتعامل ALJ أو محامٍ محكّم مع الطعون من المستوى 3. راجع القسم J للحصول على معلومات حول الطعون من المستوى 3 و 4 و 5.

J. تصعيد طعنك إلى ما بعد المستوى 2

J1. الخطوات التالية للخدمات والعناصر المقدمة من برنامج Medicare

إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2 بشأن خدمات أو عناصر مقدمة من برنامج Medicare وتم رفض كليهما، فقد يحق لك الانتقال إلى مستويات أخرى من الطعون.

إذا كانت القيمة المالية بالدولار للخدمة أو العنصر المقدم من برنامج Medicare الذي قدمت طعنًا بشأنه لا تطابق حدًا أدنى معينًا بالدولار 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 ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامٍ محكّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



في حال كان قرار ALJ أو المحامي المحكم هو قبول الطعن المقدم منك، يحق لنا الطعن في قرار من المستوى 3 في صالحك.

- إذا قررنا الطعن على القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الطعن من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة. قد ننتظر قرار الطعن من المستوى 4 قبل التصريح بالخدمة محل النزاع أو تقديمها.
- إذا قررنا عدم الطعن على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من الحصول على قرار ALJ أو المحامي المحكم.
 - في حال كان رد ALJ أو المحامي المحكم هو رفض الطعن المقدم منك، قد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقديم طعن من المستوى 4.

الطعن من المستوى 4

يراجع مجلس الطعون في Medicare (المجلس) الطعن الذي تقدمت به ويوافقك بالرد. ويُعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية. في حال كان رد المجلس هو قبول الطعن من المستوى 4 الذي تقدمت به أو رفض طلبنا بمراجعة قرار الطعن من المستوى 3 الذي في صالحك، يحق لنا الانتقال إلى الطعن من المستوى 5.

- إذا قررنا الطعن على القرار، فسنخبرك بذلك كتابيًا.
- إذا قررنا عدم الطعن على القرار، فيجب علينا التصريح بالخدمة أو تقديمها إليك في غضون 60 يومًا 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، فوضّح 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 المحتملة 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 و4 و5 لطلبات العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدمت طعنًا من المستوى 1 وطعنًا من المستوى 2، وتم رفض كليهما.

إذا كانت قيمة العقار الدوائي الذي قدمت طعنًا بشأنه تطابق مبلغًا معينًا بالدولار، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية من الطعون. يوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على الطعن من المستوى 2 الجهة التي يجب الاتصال بها والإجراءات التي يجب اتخاذها لطلب طعن من المستوى 3.

الطعن من المستوى 3

إن عملية تقديم طعون من المستوى 3 هي جلسة استماع يرأسها ALJ. الشخص الذي يتخذ القرار هو ALJ أو محامٍ محكّم يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد ALJ أو المحامي المحكّم هو قبول الطعن الذي تقدمت به:

- ستنتهي عملية الطعون.
- يجب علينا التصريح بتغطية العقاقير الدوائية المعتمدة أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من إخطارنا بالقرار.
- في حال كان رد ALJ أو المحامي المحكّم هو رفض الطعن المقدم منك، قد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه الإجراءات التي يجب اتخاذها لتقديم طعن من المستوى 4.

الطعن من المستوى 4

يراجع المجلس الطعن المقدم منك ويوافقك بالرد. ويُعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

في حال كان رد المجلس هو قبول الطعن الذي تقدمت به:



- ستنتهي عملية الطعون.
- يجب علينا التصريح بتغطية العقاقير الدوائية المعتمدة أو تقديمها في غضون 72 ساعة (أو 24 ساعة للطعن العاجل) أو الدفع في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من إخطارنا بالقرار.
- في حال كان رد المجلس هو رفض الطعن المقدم منك أو رفض المجلس طلب المراجعة، قد لا تنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت قبول القرار الذي يرفض طعنك، فستنتهي عملية الطعون.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض طعنك، فقد تتمكن من الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي تتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الطعن من المستوى 5 والإجراءات التي يجب اتخاذها.

الطعن من المستوى 5

- سيراجع أحد قضاة محكمة المقاطعة الفيدرالية طعنك وجميع المعلومات ويقرر قبوله أو رفضه. ويكون هذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات طعون أخرى بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

K. كيفية تقديم شكوى

K1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم الشكاوى بشأنها

لا تُستخدم عملية تقديم الشكاوى إلا مع أنواع معينة من المشكلات، مثل المشكلات التي تتعلق بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. ترد أدناه أمثلة على أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكاوى.

الشكاوى	مثال
جودة الرعاية الطبية التي تتلقاها	• لست راضيًا عن جودة الرعاية، مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• تعتقد أن شخصًا ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو أنه كشف معلومات سرية خاصة بك.
عدم الاحترام أو مستوى الجودة الضعيف في خدمة العملاء أو السلوكيات السلبية الأخرى	• تعامل معك أحد موفري الرعاية الصحية أو الموظفين بطريقة غير مهذبة أو غير محترمة. • تعامل معك موظفونا بطريقة سيئة. • تعتقد أنه يتم إجبارك على الخروج من خطتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من



الشكوى	مثال
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	- لا يمكنك الوصول فعليًا إلى خدمات الرعاية الصحية والمرافق المتاحة في عيادة الطبيب أو موفر الرعاية. - لا يوفر طبيبك أو موفر الرعاية الخاص بك مترجمًا فوريًا للغتك غير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). - لا يقدم لك موفر الرعاية الخاص بك وسائل الراحة المعقولة الأخرى التي تحتاج إليها وتطلبها.
أوقات الانتظار	- تواجه مشكلة في تحديد موعد أو تنتظر وقتًا أطول من اللازم لتحديد. - يتركك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية أو موظفو خدمة العملاء أو غيرهم من الموظفين في الخطة منتظرًا لفترة أطول من اللازم.
مستوى النظافة	تعتقد أن بيئة العيادة أو المستشفى أو مكتب الطبيب غير نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها من قبلنا	- تعتقد أننا فشلنا في إرسال أحد الإشعارات أو الخطابات التي يجب أن تتسلمها. - تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك من الصعب جدًا فهمها.
الالتزام بالمواعيد في ما يتعلق بقرارات بيان المزايا المغطاة أو الطعون	- تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الرد على طعن تقدمت به. - تعتقد أننا، بعد حصولك على قرار بيان المزايا المغطاة أو قرار متعلق بالطعن لصالحك، لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاعتماد الخدمة أو توفيرها لك أو رد المبلغ الذي تستحقه نظير خدمات طبية معينة. - لا نعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى IRO في الوقت المناسب.

ثمة أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. تُقدّم الشكاوى الداخلية إلى خطتنا وتتم مراجعتها من قبلها. بينما تُقدّم الشكاوى الخارجية إلى منظمة غير تابعة لخطتنا وتتم مراجعتها من قبلها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413.

المصطلح القانوني "للشكاوى" هو "التظلم".

المصطلح القانوني "لتقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".



K2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413. يمكنك تقديم الشكاوى في أي وقت ما لم يكن الأمر يتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare. إذا كانت الشكاوى تتعلق بأحد العقاقير الدوائية في القسم D في برنامج Medicare، فيجب عليك تقديمها في غضون 60 يومًا من أيام التقويم الميلادي من مواجهة المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

- إذا كان الأمر يتطلب إجراء أي شيء آخر، فسيخبرك موظفو خدمة العملاء بذلك.
- كذلك، يمكنك كتابة الشكاوى وإرسالها إلينا. إذا أرسلت شكواك كتابيًا، فسندرد على شكواك كتابيًا.
- إليك كيف يسير الأمر:

○ الخطوة 1: تقديم تظلم

- لبدء العملية، اتصل بممثل 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 كنت تطلب "تظلمًا عاجلاً" أو "قرارًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا"، فيمكنك تقديم الطعن/الشكاوى عن طريق إرسالها مكتوبة إلى العنوان المذكور في الخطوة 1 أعلاه أو بالاتصال بخدمة العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413. بالنسبة إلى "التظلم العاجل" أو "القرار السريع" أو "الطعن السريع"، يجب أن نقدم لك ردًا في غضون 72 ساعة من استلامنا للطعن/الشكاوى خطيًا منك أو عن طريق الاتصال بنا. وسنقدم لك ردًا في وقت أقرب إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
- إذا طلبت "تظلمًا عاجلاً" لأننا قررنا عدم منحك "قرارًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا"، فسنرسل طلبك إلى مدير شؤون طبية لم يشارك في قرارنا الأصلي. قد نسألك عما إذا كانت لديك معلومات إضافية لم تكن متوفرة في الوقت الذي طلبت فيه "قرارًا أوليًا سريعًا" أو "طعنًا سريعًا". سيراجع مدير الشؤون الطبية طلبك ويحدد ما إذا كان قرارنا الأصلي مناسبًا. وسنرسل إليك خطابًا يتضمن قرارنا خلال 24 ساعة من طلبك "تظلمًا عاجلاً". يجب علينا النظر في تظلمك بالسرعة التي تتطلبها حالتك بناءً على حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من أيام التقويم الميلادي من تلقي شكواك.

الخطوة 2: جلسة استماع التظلم

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من



- إذا لم تكن راضيًا عن القرار المتخذ بشأن تظلمك المتعلق بمشكلة جودة الرعاية، فيمكنك تقديم طلب كتابي إلى قسم الطعون والتظلمات الخاص بـ 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 تظلمك الذي لا يتضمن جودة الرعاية، مثل أوقات الانتظار أو عدم الاحترام أو خدمة العملاء أو مستوى النظافة، فيمكنك الاتصال بقسم خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan لطلب إجراء مراجعة إضافية.

المصطلح القانوني "لشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".

سنرد عليك فورًا إن أمكن. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من الرد عليك في المكالمات الهاتفية نفسها. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة، فسنقوم بذلك.

- نرد على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا 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 شكاوك في غضون 24 ساعة.
 - إذا قدمت شكوى لأننا استغرقنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار بيان المزايا المغطاة أو الطعن، فسنمنحك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكاوك في غضون 24 ساعة.
- إذا لم نوافق على جزء من شكاوك أو شكاوك بالكامل، فسنخبرك بذلك ونوافيك بالأسباب. وسنوافيك بالرد سواء بالموافقة على شكاوك أو عدم الموافقة عليها.

K3. الشكاوى الخارجية

برنامج Medicare

يمكنك إخطار برنامج Medicare بشكاوك أو إرسالها إليه. يتوفر نموذج شكاوى Medicare على الموقع الإلكتروني: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. لا تحتاج إلى تقديم شكوى إلى Blue Shield TotalDual Plan قبل تقديم شكوى إلى برنامج Medicare.

يتعامل برنامج Medicare مع ما تقدمه من شكاوى باهتمام ويستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة خدمات برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أي تعليقات أو استفسارات أخرى، أو إذا كنت تشعر بأن الخطة الصحية لا توفر حلاً لمشكلتك، فيمكنك أيضًا الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) وعلى مستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

برنامج Medi-Cal

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب التظلمات للرعاية المُدارة ببرنامج **Medi-Cal** التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في 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 ص** حتى **5:00 م**.

يمكنك تقديم شكوى إلى إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC). إن DMHC هي المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. يمكنك الاتصال بمركز المساعدة في DMHC للحصول على مساعدة بخصوص شكواك 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 (Office for Civil Rights, OCR)

يمكنك تقديم شكوى إلى OCR التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية (Department of Health and Human Services, HHS) إذا كنت تعتقد أنه لم يتم التعامل معك بصورة عادلة. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى بشأن عدم القدرة على الوصول إلى الخدمات بسبب إعاقة أو بشأن المساعدة اللغوية. رقم هاتف OCR هو **1-800-368-1019**. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم **1-800-537-7697**. لمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr.

يمكنك أيضًا التواصل مع OCR المحلي على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

مركز الاستجابة للعملاء: (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 (Americans with Disability Act, ADA) وبموجب تعديلات القانون لعام 2008 (القانون العام، 325-110). يمكنك الاتصال ببرنامج التظلمات التابع لبرنامج Medi-Cal للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو **1-888-452-8609**.

QIO

إذا كانت الشكوى التي تقدمها بخصوص جودة الرعاية، فسيكون أمامك خياران:

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) **1-800-452-4413**، من الساعة **8:00 ص** إلى الساعة **8:00 م** بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



- يمكنك تقديم شكواك بشأن جودة الرعاية إلى QIO مباشرة.
 - يمكنك تقديم شكواك إلى QIO وإلى خطتنا. إذا قدمت شكوى إلى QIO، فسننتعاون 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 اسم Commence Health. رقم هاتف Commence Health هو
[877) 588-1123 TTY: (855) 887-6668].



الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية المتاحة لك بعد إلغاء تسجيلك في خطتنا. إذا تركت خطتنا، فستظل مشتركاً في برنامجي Medicare و Medi-Cal طالما أنك مؤهل. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.



جدول المحتويات

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا.....	248
B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا.....	249
C. كيفية الحصول على خدمات برنامجي Medicare و Medi-Cal بشكل منفصل.....	249
C1. خدمات برنامج Medicare الخاصة بك.....	249
C2. خدمات برنامج Medi-Cal الخاصة بك.....	253
D. العناصر والخدمات الطبية والأدوية الخاصة بك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا.....	254
E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا.....	254
F. قواعد عدم مطالبتك بإلغاء التسجيل في خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة.....	255
G. الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا.....	255
H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطّة.....	255



A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. بما أنك مشترك في برنامج Medi-Cal،

- تتوفر لديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من العام.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- **فترة التسجيل المفتوحة**، والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **Medicare Advantage (MA) فترة التسجيل المفتوحة**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس أيضاً للمستهفيين الجدد من برنامج Medicare المسجلين في خطة، من شهر الاستحقاق للقسمين A و B حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على اشتراكك. على سبيل المثال، إذا:

- 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 مركز خدمات التمريض أو مستشفى رعاية طويلة الأجل أو تتلقى حاليًا رعاية بها أو انتقلت للتو منه.
- ستنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى 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 تركت 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 مستخدم TTY مدرج أيضًا.
- برنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يجب على مستخدم 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 ص حتى 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP. خيارات الرعاية الصحية على الرقم

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. 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 ص حتى الساعة 5:00 م أو عبر البريد الإلكتروني MMCDombudsmanOffice@dhcs.ca.gov.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج إدارة الأدوية (DMP)، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات حول برامج إدارة العقاقير الدوائية.

B. كيفية إنهاء العضوية في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك، فيمكنك 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 الدوائية في برنامج Medicare، يجب عليك أن تطلب إلغاء الاشتراك من خطتنا. ثمة طريقتان يمكنك من خلالهما طلب إلغاء الاشتراك:

- يمكنك تقديم طلب إلينا كتابيًا. اتصل بخدمة العملاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بذلك.
- أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. 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 الجدول الموجود في الصفحة 274.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى 6:00 م. 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

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات برنامج Medicare المدرجة أدناه في أي شهر من العام. لديك خيار إضافي مدرج أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة ضمن Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A. باختيار أحد هذه الخيارات، فإنك تنهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.



1. يمكنك التغيير إلى:

خطة Medicare Medi-Cal (خطة Medi-Medi)
هي أحد أنواع خطط **Medicare Advantage Plan**. وهي مُخصَّصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي **Medicare** و **Medi-Cal**، ويجمعون بين مزايا برنامج **Medicare** وبرنامج **Medi-Cal** في خطة واحدة. تنسق خطط **Medi-Medi** جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات الخاضعة للتغطية التي يغطيها برنامج **Medicare** وبرنامج **Medi-Cal** أو خطة برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (**Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE**)، إذا كنت مؤهلاً.

ملاحظة: مصطلح خطة **Medi-Medi** هو اسم خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (**Dual eligible**) (special needs plan, D-SNP) في كاليفورنيا.

إليك كيفية إجراء ذلك:

أو اتصل ببرنامج **Medicare** على الرقم (1-800-633-4227) **1-800-MEDICARE**. يجب على مستخدمي **TTY** الاتصال بالرقم **1-877-486-2048**.

للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (**PACE**)، اتصل بالرقم (7223) **1-855-921-PACE**.

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 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ **HICAP** في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.

أو

الاشتراك في خطة **Medi-Medi** الجديدة.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة برنامج **Medicare** لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.

ستتغير خطة برنامج **Medi-Cal** الخاصة بك لتتطابق مع خطة **Medi-Medi** الخاصة بك.



2. يمكنك التغيير إلى:

Original Medicare مع خطة منفصلة للعقاقير
الدوائية من برنامج **Medicare**، وخطة برنامج
Medi-Cal.

إليك كيفية إجراء ذلك:

أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). 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 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من
المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في
منطقتك، يُرجى زيارة
www.aging.ca.gov/HICAP/

أو

الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة للعقاقير
الدوائية.

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية
Original Medicare الخاصة بك.

ستظل مسجلًا في خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك ما لم
تختار خطة مختلفة.



3. يمكنك التغيير إلى:

Original Medicare من دون خطة منفصلة للعقاقير الدوائية في برنامج Medicare

ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى Original Medicare ولم تشترك في خطة أدوية منفصلة لبرنامج Medicare، فقد يقوم برنامج Medicare بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر برنامج Medicare بأنك لا تريد الانضمام إليها.

يجب ألا تتخلى عن تغطية الأدوية إلا إذا كانت لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب عمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية للعقاقير الدوائية، اتصل ببرنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP) في كاليفورنيا على الرقم 1-800-434-0222، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

إليك كيفية إجراء ذلك:

أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE). يجب على مستخدم 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 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عندما تبدأ تغطية Original Medicare الخاصة بك.

ستظل مسجلًا في خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك ما لم تختار خطة مختلفة.



إليك كيفية إجراء ذلك: أو اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات عن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل بالرقم (7223) 1-855-921-PACE. 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 ص حتى الساعة 5:00 م. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ أو الاشتراك في خطة برنامج Medicare الجديدة. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطة برنامج Medicare لدينا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة. يمكن أن تتغير خطة برنامج Medi-Cal الخاصة بك.	4. يمكنك التغيير إلى: أي خطة صحية من برنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوحة وفترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage أو الحالات الأخرى الموضحة في القسم A.
--	--

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 ص حتى 6:00 م. يجب على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم
1-800-430-7077. أو تفضل بزيارة www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/en. اسأل كيف يؤثر الاشتراك في خطة
أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية برنامج Medi-Cal.



D. العناصر والخدمات الطبية والأدوية الخاصة بك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا

إذا ألغيت التسجيل في خطتنا، فقد يستغرق إنهاء عضويتك وبدء تغطية برنامجي Medicare و Medi-Cal الجديدة لك بعض الوقت. وفي أثناء هذه الفترة ستظل تحصل على أدويةك والرعاية الصحية التي تستمتع بها من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استعن بموفاي الرعاية التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدم صيدليات شبكتنا، بما في ذلك من خلال خدمات صيدليات التوصيل إلى المنزل لصرف وصفاتك الطبية.
- في حال دخولك المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في Blue Shield TotalDual Plan، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى تخرج منه. سيحدث هذا حتى إذا بدأت تغطيتك الصحية الجديدة قبل خروجك من المستشفى.

E. المواقف الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يجب علينا فيها إنهاء عضويتك في خطتنا:

- إذا حدث انقطاع في التغطية التي تحصل عليها بالقسمين A و B في برنامج Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. ملاحظة: إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal، يمكنك الاستمرار مؤقتاً في خطتنا مع مزايا برنامج Medicare، يُرجى الاطلاع على المعلومات أدناه حول تحديد الفترة.
 - يجب أن يكون المستفيدون من برنامج Medicare الذين يشتركون في Blue Shield 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)، فسنخاطبك بفقدان حالة استحقاق برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) وستستمر 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 مشتركاً في الخطة ولكن ليست لديك تغطية برنامج Medi-Cal.
 - نتيح الفرصة للتبديل إلى إحدى خطط الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة (non-HMO D-SNP). يتم تقديم خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة (non-HMO D-SNP) إلى المستفيدين الذين يحق لهم الحصول على كل من القسمين A و B في برنامج Medicare، ولكن ليست لديهم مزايا برنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid). يسمح برنامج Medicare بفترة تسجيل خاصة (Special Enrollment Period, SEP) للمستفيدين من برنامج Medicare الذين لم يعودوا مؤهلين لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid).
 - إذا لم تتم إعادة تأهلك لبرنامج Medi-Cal (برنامج Medicaid) أو إذا قبلت فرصة التبديل إلى خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة غير التابعة لمنظمة الحفاظ على الصحة (non-HMO D-SNP)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.

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 لأكثر من ستة أشهر.
 - إذا انتقلت إلى منطقة ما أو سافرت في رحلة تستغرق فترة طويلة، فاتصل بخدمة العملاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل فيه أو تسافر إليه يقع في منطقة خدمتنا أم لا.
 - إذا كنت مسجونًا أو محبوسًا لارتكاب جريمة جنائية.
 - إذا كذبت أو حجبت معلومات بشأن تأمين آخر تشترك به ويوفر لك تغطية للأدوية.
 - 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.
 - تخطرنا مراكز خدمات Medicaid (CMS) و Medicare إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضوًا على هذا الأساس.
 - يجب علينا إلغاء اشتراكك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.
- 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 بالرقم 1-877-486-2048.

G. الحق في تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فإنه يتعين علينا إخطارك بأسباب ذلك كتابيًا. يجب علينا أيضًا أن نوضح كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. ويمكنك أيضًا الرجوع إلى الفصل 9 من كتيب الأعضاء للحصول على معلومات عن كيفية تقديم شكوى.

H. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن إنهاء عضويتك في الخطّة

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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل الإشعارات القانونية التي تنطبق على عضويتك في خطتنا. تظهر المصطلحات الأساسية وتعريفاتها بالترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

A. إشعار بشأن القوانين.....	257
B. إشعار فيدرالي بشأن عدم التمييز.....	257
C. إشعار بشأن عدم التمييز لبرنامج Medi-Cal.....	258
D. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع و برنامج Medi-Cal بوصفه الحل الأخير لسداد المدفوعات.....	259
E. إشعار بشأن تحصيل مستحقات برنامج Medi-Cal من شركات الأعضاء.....	259
F. استخدام كتيب الأعضاء.....	260
G. تعاون الأعضاء.....	260
H. نقل الملكية.....	260
I. مسؤولية صاحب العمل.....	260
J. مسؤولية الوكالة الحكومية.....	260
K. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية.....	260
M. استرداد المدفوعات الزائدة.....	260
N. عندما تسبب جهة خارجية إصابتك.....	260
O. إشعار بالمشاركة في تبادل المعلومات الصحية.....	261
P. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام.....	262



A. إشعار بشأن القوانين

تُطبق العديد من القوانين على كُتِيب الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين في حقوقك ومسؤولياتك حتى في حالة عدم احتواء كُتِيب الأعضاء هذا على نصوص القوانين أو شرحها. القوانين الرئيسية المطبقة هي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية المتعلقة ببرنامجي Medicare و Medi-Cal. قد يتم أيضًا تطبيق قوانين أخرى من القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

B. إشعار فيدرالي بشأن عدم التمييز

لا نمارس التمييز بناءً على العرق أو الأصل الإثني أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو سجل المطالبات الخاص بك أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو دليل قابلية التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. يجب على جميع المنظمات التي تقدم خطط Medicare Advantage، مثل خطتنا، أن تلتزم بالقوانين الفيدرالية ضد التمييز، بما في ذلك الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس العمر لعام 1975، وقانون المعاقين الأمريكيين، القسم 1557 من قانون الرعاية ذات الأسعار المعقولة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المنظمات التي تحصل على تمويل فيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

في حال كنت تريد الاطلاع على مزيد من المعلومات أو كانت لديك استفسارات تتعلق بالتمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات البشرية على الرقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. لمزيد من المعلومات، يمكنك أيضًا زيارة www.hhs.gov/ocr.
- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، تواصل عبر:

○ أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى: CivilRights@dhcs.ca.gov

○ 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. وإذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو الكلام، يُرجى الاتصال برقم 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: يمكن إرسال رسالة بريد إلكتروني 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، فبإمكان خدمة العملاء مساعدتك.

C. إشعار بشأن عدم التمييز لبرنامج Medi-Cal

لا نمارس التمييز أو نعاملك بطريقة مختلفة بسبب عرقك أو أصلك الإثني أو أصلك القومي أو لونك أو دينك أو جنسك أو عمرك أو إعاقتك العقلية أو الجسدية أو حالتك الصحية أو سجل المطالبات الخاص بك أو تاريخك الطبي أو معلوماتك الجينية أو إثبات قابليتك للتأمين أو موقعك الجغرافي داخل منطقة الخدمة. بالإضافة إلى ذلك، لا نمارس التمييز بشكل غير قانوني أو نستبعد 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 لإدارة خدمات الرعاية الصحية على الرقم 916-440-7370. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 711 (خدمة ترحيل الاتصالات). إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز وترغب في تقديم تظلم بشأن التمييز، تواصل عبر:

○ أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى: CivilRights@dhcs.ca.gov

○ 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. وإذا كنت تعاني من صعوبات في السمع أو الكلام، يُرجى الاتصال برقم 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: يمكن إرسال رسالة بريد إلكتروني 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، فبإمكان خدمة العملاء مساعدتك.

D. إشعار بشأن برنامج Medicare بوصفه الجهة الثانية المسؤولة عن الدفع و برنامج 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، ونتحمل 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.

يجب على أعضاء برنامج Medi-Cal استخدام جميع التغطية الصحية الأخرى (Other health coverage, OHC) قبل برنامج Medi-Cal عندما تكون الخدمة نفسها متاحة بموجب التغطية الصحية الخاصة بك لأن برنامج Medi-Cal هو الحل الأخير لسداد المدفوعات. وهذا يعني أنه في معظم الحالات، سيكون برنامج Medi-Cal هو الجهة الثانوية المسؤولة عن الدفع نظير Medicare OHC، والتي تغطي التكاليف المسموح بها التي لا تدفعها خطتنا أو غيرها من خدمات OHC وذلك في حدود معدل برنامج Medi-Cal.

E. إشعار بشأن تحصيل مستحقات برنامج Medi-Cal من تركات الأعضاء

يجب أن يحصل برنامج Medi-Cal على مدفوعات من الممتلكات المثبتة لبعض الأعضاء المتوفين نظير مزايا برنامج Medi-Cal التي حصلوا عليها في سن 55 عامًا أو بعد ذلك. يشمل مبلغ السداد الرسوم مقابل الخدمات وأقساط الرعاية المدارة/مدفوعات التعويض الفردي لخدمات مراكز خدمات التمريض، والخدمات المنزلية والمجتمعية، وخدمات المستشفى والعقاقير المقررة بوصفها طبية ذات الصلة التي حصل عليها العضو عندما كان يتلقى العلاج داخل مركز خدمات التمريض أو يتلقى الخدمات المنزلية والمجتمعية. لا يمكن أن يتجاوز مبلغ السداد قيمة ممتلكات العضو المثبتة.

لمعرفة مزيد من المعلومات، انتقل إلى الموقع الإلكتروني لاسترداد المستحقات من التركات التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية على www.dhcs.ca.gov/er أو اتصل بالرقم 916-650-0590.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



F. استخدام كتيب الأعضاء

ربما نلجأ لاستخدام سياسات وإجراءات وتفسيرات معقولة لتعزيز الاستخدام المنظم والفعال لكتيب الأعضاء هذا.

G. تعاون الأعضاء

يجب عليك إكمال أي طلبات ونماذج وبيانات ونشرات وتصريحات ونماذج رهن وأي مستندات أخرى نطلبها في سياق الأعمال الطبيعية أو كما هو محدد في كتيب الأعضاء هذا.

H. نقل الملكية

لا يجوز لك التنازل عن كتيب الأعضاء هذا أو أي من الحقوق أو المصالح أو المطالبات بالأموال المستحقة أو المزايا أو الالتزامات الواردة في هذه الوثيقة من دون الحصول على موافقة كتابية مسبقة من جانبنا.

I. مسؤولية صاحب العمل

بالنسبة إلى أي خدمات يُلزم القانون صاحب العمل بتقديمها، لن ندفع إلى صاحب العمل نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من صاحب العمل.

J. مسؤولية الوكالة الحكومية

بالنسبة إلى أي خدمات يشترط القانون تقديمها من قبل وكالة حكومية أو تلقيها منها فقط، لن ندفع إلى الوكالة الحكومية نظيرها، وعندما نغطي أيًا من هذه الخدمات، يجوز لنا استرداد قيمتها من الوكالة الحكومية.

K. وزارة شؤون المحاربين القدامى الأمريكية

بالنسبة إلى أي خدمات للحالات التي 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.

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 التعويض أو وسيلة انتصاف أخرى متاحة لاسترداد المبالغ التي دفعتها Blue Shield مقابل الخدمات المقدمة إليك من أي استرداد (محدد أدناه) تم الحصول عليه بواسطتك

إذا كنت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



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 "حصلت على تعويض كامل" من خلال هذا الاسترداد. يتعلق الحق في الاسترداد أو التعويض أو أي وسيلة انتصاف أخرى متاحة بذلك الجزء من إجمالي مبلغ الاسترداد المستحق للمزايا المدفوعة 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 ضد الجهة الخارجية نتيجة الأفعال أو الإغفالات المزعومة التي سببت الإصابة أو المرض، وإذا كان قد تم بالفعل رفع مطالبة أو اتخاذ إجراء قانوني، فيجب تقديم الإخطار في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من تاريخ تقديمها.
 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 ("Health Information Exchange", "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 والمرضى والمستشفيات) الوصول بشكل آمن إلى المعلومات الصحية لمرضاهم من خلال برنامج Manifest MedEx HIE لدعم توفير رعاية آمنة وعالية الجودة.

تحتزم Manifest MedEx حق الأعضاء في الخصوصية وتتبع قوانين الخصوصية المعمول بها الفيدرالية والخاصة بالولاية. تستخدم Manifest MedEx أنظمة أمان متقدمة وأساليب حديثة لتشفير البيانات من أجل حماية خصوصية الأعضاء وأمن معلوماتهم الشخصية.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علماً بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



يحق لكل عضو في Blue Shield توجيهه Manifest MedEx إلى عدم مشاركة معلوماته الصحية مع موفري الرعاية الصحية التابعين لها. على الرغم من أن إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx قد يحد من قدرة موفر الرعاية الصحية الخاص بك على الوصول بسرعة إلى معلومات الرعاية الصحية المهمة عنك، فإن تغطية التأمين الصحي أو ميزة الخطة الصحية للعضو لن يتأثرا بإختيار إلغاء الاشتراك في Manifest MedEx. لن يرفض أي طبيب أو مستشفى مشارك في Manifest MedEx الرعاية الطبية للمريض الذي يختار عدم المشاركة في برنامج Manifest MedEx HIE.

يجب على الأعضاء الذين لا يرغبون في عرض معلومات الرعاية الصحية الخاصة بهم في Manifest MedEx ملء النموذج عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني <https://www.manifestmedex.org/opt-out> أو الاتصال بـ Manifest MedEx على الرقم (888) 510-7142 من الساعة 7:00 ص حتى 7:00 م. بتوقيت المحيط الهادئ من الاثنين إلى الجمعة. TTY: 711 لضعاف السمع.

O. الإبلاغ عن الاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام

ما المقصود بالاحتيال والتبديد وإساءة الاستخدام (fraud, waste, and abuse, FWA)؟

- الاحتيال هو تحريف متعمد قد يؤدي إلى تكاليف غير مصرح بها لبرنامج رعاية صحية.
- التبديد هو الاستخدام غير المناسب لأموال الرعاية الصحية أو مواردها من دون حاجة مبررة إلى القيام بذلك.
- إساءة الاستخدام هي ممارسة لا تتفق مع الممارسات الطبية أو التجارية السليمة التي قد تؤدي بشكل مباشر أو غير مباشر إلى تكاليف غير ضرورية لبرنامج الرعاية الصحية.

حماية نفسك والمزايا الخاصة بك

- لا تصرح أبدًا برقم الضمان الاجتماعي أو رقم برنامج Medicare أو رقم الخطة الصحية أو المعلومات المصرفية الخاصة بك إلى شخص لا تعرفه.
- لا توافق على إجراء أي فحوصات مخبرية من دون طلب من طبيبك.
- من غير القانوني قبول أي شيء ذي قيمة مقابل الخدمات الطبية.

احذر من الاحتيال في الاختبارات الجينية

يقترّب المحتالون من المشتركين غير المتشككين في معارض الصحة المحلية، ومرافق إسكان كبار السن والمراكز المجتمعية ووكالات الصحة المنزلية وغيرها من المواقع الموثوقة لتنفيذ عمليات احتيال في الاختبارات الجينية. ويعدون كذبًا بأن برنامج Medicare سيدفع مقابل الاختبار، وتحتاج ببساطة إلى تقديم مسحة الخد وبطاقة هويتك ومعلومات برنامج Medicare من أجل الحصول على نتائج الاختبار الخاصة بك.

لسوء الحظ، فقد أصبح لدى هؤلاء المحتالين الآن رقم خطتك الصحية أو رقم برنامج Medicare الخاص بك، ويمكنهم إرسال الفواتير إلى Medicare 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 لـ 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).

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من

المعلومات، يُرجى زيارة blueshieldca.com/medicare.



الفصل 12: تعريفات المفردات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الأساسية المستخدمة في كتيب /الأعضاء هذا مع تعريفاتها. ويتم سرد المصطلحات حسب الترتيب الأبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على المصطلح الذي تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى معلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بخدمة العملاء.



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، والعقائير الدوائية البديلة التي يمكن استخدامها للحالة الصحية نفسها مثل عقار دوائي معين، وقيود التغطية (التصريح المسبق)، والعلاج المرحلي، وحدود الكمية) التي تنطبق على العقائير الدوائية البديلة.

إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC): الإدارة المسؤولة عن تنظيم معظم الخطط الصحية في ولاية كاليفورنيا. تساعد إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا الأشخاص على تقديم الطعون والشكاوى المتعلقة بخدمات برنامج Medi-Cal. وتجري DMHC أيضًا مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إدارة العلاج الدوائي (MTM): برنامج القسم D في برنامج Medicare لتلبية الاحتياجات الصحية المعقدة المقدمة للأشخاص الذين يستوفون متطلبات معينة أو المشاركين في برنامج إدارة الأدوية. تتضمن خدمات MTM عادةً مناقشة مع الصيدلي أو موفر الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية. راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات.

إعداد الفواتير غير الصحيح/غير المناسب: موقف يحدث حين يقوم موفر الرعاية فيه (مثل الطبيب أو المستشفى) بإعداد فاتورة لك بمبلغ أكبر من مبلغ المشاركة في تحمل التكاليف الخدمات. اتصل بخدمة العملاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

بصفقتك 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.

إلغاء الاشتراك: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء الاشتراك طوعيًا (باختيارك) أو إلزاميًا (ليس باختيارك).

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.

الاختصاصي: طبيب يعالج أنواعًا معينة من مشاكل الرعاية الصحية. فعلى سبيل المثال، يعالج جراح العظام العظام المكسورة؛ ويعالج طبيب أمراض الحساسية حالات الحساسية؛ ويعالج أخصائي أمراض القلب مشاكل القلب. في معظم الحالات، سيحتاج العضو إلى إحالة من PCP الخاص به للذهاب إلى اختصاصي.

الاستثناء: عبارة عن إذن للحصول على التغطية لدواء لا تتم تغطيته عادة أو لاستخدام الدواء من دون فرض حدود وقواعد معينة.

الأجهزة الطبية المُعمّرة (DME): بعض العناصر التي يطلبها طبيبك لاستخدامها في منزلك. ومن أمثلة هذه العناصر الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المرااتب التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرضى السكري وأسرة المستشفيات التي يطلبها موفر الرعاية للاستخدام في المنزل ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين ومستلزماته وأجهزة استنشاق الرذاذ والمشايات.

الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC): الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية هي عقائير دوائية أو أدوية يمكن لأي شخص شراؤها دون وصفة طبية من اختصاصي الرعاية الصحية.

الأدوية الخاضعة للتغطية: مصطلح نستخدمه للإشارة إلى جميع العقائير الدوائية المقررة بوصفة طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي تخضع لتغطية خطتنا.

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.



الإحالة: الإحالة هي موافقة موفر الرعاية الأولية (PCP) أو موافقتنا على الاستعانة بموفر رعاية آخر غير PCP الخاص بك. وفي حال عدم حصولك على الموافقة أولاً، فقد لا نقوم بتغطية الخدمات. لا تتطلب الاستعانة ببعض الاختصاصيين إحالة، مثل اختصاصيي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الإحالات في **الفصلين 3 و4** من كتيب الأعضاء هذا.

البدائل الحيوية القابلة للتبادل: البديل الحيوي الذي قد يتم استبداله في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبي متطلبات إضافية تتعلق بإمكانية استبدال تلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

البديل الحيوي: دواء بيولوجي مماثل جداً، ولكنه غير مطابق، للمنتج البيولوجي الأصلي. تعتبر البدائل الحيوية آمنة وفعالة مثل المنتج الحيوي الأصلي. يمكن أن يتم استبدال بعض البدائل الحيوية للمنتج الحيوي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انتقل إلى "البدائل الحيوية القابلة للتبادل").

التدريب على الكفاءة الثقافية: تدريب يوفر تعليمات إضافية لموفري الرعاية الصحية لدينا تساعد على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

التصريح المسبق (PA): موافقة يجب عليك الحصول عليها مسبقاً قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو الاستعانة بموفر رعاية غير تابع للشبكة. وقد لا تغطي خططنا الخدمة أو الدواء في حال لم تحصل على موافقة أولاً.

لا تغطي خططنا 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 تصريحاً مسبقاً من خططنا في **الفصل 4** من كتيب الأعضاء هذا.

لا تغطي خططنا بعض العقاقير الدوائية إلا إذا حصلت على PA منا.

- يتم وضع علامة على الأدوية الخاضعة للتغطية التي تتطلب PA من خططنا في قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية وتم نشر القواعد على موقعنا الإلكتروني.

التظلم: 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.

التكاليف النثرية: متطلبات مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف التي يجب على الأعضاء دفعها مقابل جزء من الخدمات أو العقاقير الدوائية التي يحصلون عليها تُسمى أيضاً متطلبات التكاليف "النثرية". راجع تعريف "مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف" الوارد أعلاه.

الخدمات الحساسة: الخدمات المتعلقة بالصحة العقلية أو السلوكية، والصحة الجنسية والإنجابية، وتنظيم الأسرة، والأمراض المعدية المنقولة جنسياً (STI)، وفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS)، وعمليات الاعتداء الجنسي والإجهاض، واضطراب إدمان المخدرات، ورعاية تأكيد النوع الاجتماعي، وعنف الشريك الحميم.

الخدمات الخاضعة لتغطية برنامج Medicare: الخدمات التي يغطيها القسمان A وB في برنامج Medicare. يجب أن تغطي كل الخطط الصحية في برنامج Medicare -بما فيها خططنا- كل الخدمات التي تخضع لتغطية القسمين A وB في برنامج Medicare.

الخدمات الخاضعة للتغطية: المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات الرعاية الصحية والخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية المقررة بوصفها طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية والأجهزة وغير ذلك من الخدمات الخاضعة لتغطية خططنا.



الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS): برنامج خدمات مقدّم من خلال منشأة لمرضى العيادات الخارجية لتقديم الرعاية التمريضية المتخصصة، والخدمات الاجتماعية، والعلاج المهني وعلاج التخاطب، والرعاية الشخصية، والتدريب والدعم للأسرة/مقدم الرعاية، وخدمات التغذية، وخدمات النقل وغيرها من الخدمات للأعضاء المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الخدمات المستبعدة: الخدمات التي لا تغطيها هذه الخطة الصحية.

الخدمات الوقائية: الرعاية الصحية للوقاية من المرض أو الكشف عن المرض في مرحلة مبكرة، عندما يكون العلاج من المرجح أن يعمل بشكل أفضل (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية اختبارات مسحة عنق الرحم، ولقاحات الإنفلونزا، وصور الثدي الإشعاعية).

الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل (LTSS): تساعد الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل على تحسين حالة طبية طويلة الأجل. وتساعدك أغلب هذه الخدمات على البقاء في منزلك بحيث لا تضطر إلى الذهاب إلى مركز خدمات التمريض أو مستشفى. تشمل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل التي تغطيها خطتنا الخدمات المجتمعية للكبار (CBAS)، والمعروفة أيضًا باسم الرعاية الصحية اليومية للكبار، ومركز خدمات التمريض (NF)، والدعم المجتمعي. تُعد برامج الإعفاء من IHSS والمتعلقة بالقسم (c) 1915 من LTSS التابعة لبرنامج Medi-Cal التي تُقدّم خارج خطتنا.

الخطة الصحية: منظمة مكونة من أطباء ومستشفيات وصيديات وموفري خدمات طويلة الأجل وغيرهم من موفري الرعاية. كما أن بها منسقي رعاية لمساعدتك على إدارة جميع موفري الرعاية والخدمات. وجميعهم يتعاونون لتوفير الرعاية التي تحتاج إليها.

الدواء المماثل (البديل): دواء معتمد من هيئة الدواء والغذاء (FDA) 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.

الرعاية اللازمة بشكل عاجل: رعاية تحصل عليها بسبب مرض أو إصابة أو حالة غير متوقعة ليست حالة طارئة ولكنها تحتاج إلى رعاية فورية. يمكنك الحصول على الرعاية اللازمة بشكل عاجل من موفري رعاية غير تابعين للشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إليهم لأنه نظرًا للوقت أو المكان أو الظروف الخاصة بك، ليس من الممكن، أو من غير المعقول الحصول على خدمات من موفري رعاية تابعين للشبكة (على سبيل المثال عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير ظاهرة ولكنها ليست حالة طبية طارئة).

الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني (SNF): خدمات رعاية تمريضية وخدمات إعادة تأهيل متخصصة متوفرة على نحو مستمر ويومي في مركز خدمات التمريض المهني. من بين أمثلة الرعاية في مركز خدمات التمريض المهني، العلاج البدني أو الحقن الوريدي (IV) التي يمكن أن يقدمها أحد أفراد التمريض المسجلين أو طبيب.

الشكوى: بيان مكتوب أو منطوق يوضح أن لديك مشكلة أو تخوفًا بشأن خدماتك أو رعايتك الخاضعة للتغطية. ويتضمن ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو جودة الرعاية التي تتلقاها أو بشأن موفري الرعاية التابعين للشبكة أو الصيدليات التابعة للشبكة. الاسم الرسمي الذي يُطلق على "تقديم الشكوى" هو "تقديم التظلم".

الصحة السلوكية: تشير إلى رفاهيتنا النفسية والعاطفية والاجتماعية. بعبارة أبسط: يتعلق الأمر بكيفية تفكيرنا وشعورنا وتفاعلنا مع الآخرين. مصطلح شامل يشير إلى خدمات الصحة العقلية واضطراب تعاطي المخدرات.

الصيدليات المتخصصة: راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد عن الصيدليات المتخصصة.



الصيدلية التابعة للشبكة: صيدلية وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها "صيدليات تابعة للشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. في أغلب الحالات، نقوم بتغطية الوصفات الطبية الخاصة بك عند صرفها في إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا فقط.

الصيدلية غير التابعة للشبكة: صيدلية لم توافق على العمل وفق خطتنا لتنسيق الأدوية الخاضعة للتغطية أو تقديمها إلى أعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا أغلب العقاقير الدوائية التي تحصل عليها من الصيدليات غير التابعة للشبكة ما لم تتطابق شروط معينة.

الطعن: وسيلة متاحة لك للطعن على الإجراءات التي نتخذها إذا اعتقدت أننا أخطأنا في قراراتنا. يمكنك مطالبتنا بتغيير قرار تغطية عن طريق تقديم طعن. يشرح **الفصل 9** من كتيب الأعضاء هذا الطعون، بما في ذلك كيفية تقديم الطعن.

العضو (عضو خطتنا أو عضو الخطة): شخص مشترك في برنامجي Medicare و Medi-Cal مؤهل للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية الذي اشترك في خطتنا وتم تأكيد اشتراكه بواسطة مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) وبواسطة الولاية.

العقاقير الدوائية ضمن القسم D: راجع "العقاقير الدوائية ضمن 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 بعضاً من هذه العقاقير الدوائية.

العلاج المرحلي: إحدى قواعد التغطية التي تتطلب منك تجربة عقار دوائي آخر قبل أن نبدأ بتغطية العقار الدوائي الذي طلبته.

القسم A: راجع "القسم A في برنامج Medicare".

القسم A في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم خدمات الرعاية الضرورية من الناحية الطبية في المستشفيات ومراكز خدمات التمريض المهني والرعاية الصحية المنزلية ورعاية المرضى بالأمراض العضال.

القسم B: راجع "القسم B في برنامج Medicare".

القسم B في برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والجراحات وزيارات الأطباء) والمستلزمات (مثل الكراسي المتحركة والمشايط) التي تُعد ضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة مرضية معينة. كما أن القسم B في برنامج Medicare يغطي العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

القسم C: راجع "القسم C في برنامج Medicare".

القسم C في برنامج Medicare: برنامج Medicare، المعروف أيضاً باسم "Medicare Advantage" أو "MA"، الذي يتيح لشركات التأمين الصحي الخاصة تقديم مزايا برنامج Medicare من خلال خطة MA.

القسم D: راجع "القسم D في برنامج Medicare".

القسم D في برنامج Medicare: برنامج Medicare لمزايا الأدوية. ونطلق على هذا البرنامج اختصاراً "القسم D". يغطي القسم D في برنامج Medicare العقاقير المقدمة لمرضى العيادات الخارجية والأمصال وبعض المستلزمات غير الخاضعة لتغطية القسمين A أو B في برنامج Medicare، أو تغطية برنامج Medicaid. وتتضمن خطتنا القسم D في برنامج Medicare.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): إذا رفضنا طلبك للحصول على الخدمات الطبية أو العلاج، يمكنك تقديم طعن. إذا كنت لا توافق على قرارنا وكانت مشكلتك تتعلق بخدمة برنامج Medi-Cal، بما في ذلك مستلزمات DME والعقاقير الدوائية، فيمكنك أن تطلب من



إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية كاليفورنيا إجراء IMR. IMR هي مراجعة لحالتك من قبل خبراء غير تابعين لخطتنا. إذا كان قرار IMR في صالحك، فيتعين علينا أن نقدم إليك الخدمة أو العلاج الذي طلبته. لن تتحمل أي تكاليف نظير IMR.

المساعد الصحي المنزلي: 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). لا يحمل مسعفو المساعدة الصحية في المنزل رخصة تمريض ولا يقدمون علاجًا.

المشارك في برنامجي Medicare-Medi-Cal: شخص مؤهل للحصول على تغطية برنامجي Medicare و Medicaid. يُطلق على المشترك في برنامج Medicare-Medicaid أيضًا اسم "الفرد ذو الأهلية المزدوجة".

المعلومات الصحية 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 PHI الخاصة بك واستخدامها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك فيما يتعلق بـ PHI الخاصة بك.

المنتج الحيوي: دواء مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات الحيوية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك يطلق على الأشكال البديلة مسمى البدائل الحيوية. (انظر أيضًا "المنتج الحيوي الأصلي" و"البديل الحيوي").

المنتج الحيوي الأصلي: منتج بيولوجي معتمد من FDA ويُعد المرجع الأساسي للشركات المصنعة التي تصنع نسخة بيولوجية مماثلة. ويسمى أيضًا منتج مرجعي.

برنامج استشارات التأمين الصحي والدعم (HICAP): برنامج يقدم المعلومات والإرشاد والتوجيه المجاني والموضوعي بشأن برنامج Medicare. يشرح الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا كيفية الاتصال بـ HICAP

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

برنامج التوصيل إلى المنزل: قد تقدم بعض الخطط برنامج التوصيل إلى المنزل الذي يسمح لك بالحصول على صرفية ما يصل إلى 3 أشهر من الأدوية المقررة بوصفة طبية الخاضعة للتغطية عن طريق إرسالها مباشرة إلى منزلك. قد تكون هذه طريقة فعالة من حيث التكلفة ومريحة لصرف الوصفات الطبية التي تتناولها بانتظام.

برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE): برنامج يغطي مزايا برنامجي Medicare و Medicaid معًا للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عامًا فأكثر ويحتاجون إلى مستوى عالٍ من الرعاية للإقامة بالمنزل.

برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help): برنامج Medicare الذي يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف العقاقير الدوائية ضمن القسم D من برنامج Medicare، مثل أقساط التأمين والمبالغ المستقطعة وحصص المشاركة في الدفع. ويطلق على هذا البرنامج أيضًا اسم "برنامج تموين أصحاب الدخل المنخفض" أو "LIS" اختصارًا.

برنامج المساعدات الدوائية لعلاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP): برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بمتلازمة نقص المناعة المكتسبة/فيروس نقص المناعة البشرية (HIV/AIDS) على الحصول على أدوية HIV المنقذة للحياة.

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.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بـ Blue Shield TotalDual Plan على الرقم (TTY: 711) 1-800-452-4413، من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م بتوقيت المحيط الهادئ، سبعة أيام الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية. لمزيد من



برنامج تمويل أصحاب الدخل المنخفض (LIS): راجع "برنامج المساعدات الإضافية (Extra Help)"

برنامج D-SNP المتكامل: خطة احتياجات خاصة مزدوجة الأهلية تغطي برنامج Medicare ومعظم أو كل خدمات برنامج Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid. ويُعرف هؤلاء الأفراد باسم الأفراد المؤهلين للحصول على مزايا مزدوجة كاملة.

برنامج Medicaid (أو المساعدة الطبية): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد الأشخاص محدودي الدخل والموارد على دفع تكلفة الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والتكاليف الطبية. برنامج Medi-Cal هو برنامج Medicaid الخاص بولاية كاليفورنيا.

برنامج Medi-Cal: هذا اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. وتتولى الولاية إدارة برنامج Medi-Cal، ويتم دفع التكاليف المرتبطة به بواسطة حكومة الولاية والحكومة الفيدرالية.

- ويساعد هذا البرنامج الأشخاص محدودي الدخل والموارد في دفع تكلفة الخدمات والمساعدات طويلة الأجل والتكاليف الطبية.
- ويغطي الخدمات والأدوية الإضافية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن تتم تغطية أغلب تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare وMedi-Cal.

برنامج Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص البالغين أقل من 65 عامًا 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 برنامج Medicare الصحية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة رعاية مُدارة (راجع "الخطة الصحية").

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 برنامج Medicare. ويتكون برنامج Original Medicare من جزأين: القسم A في برنامج Medicare (تأمين المستشفى) والقسم B في برنامج Medicare (التأمين الطبي).

- يُعد برنامج Original Medicare متاحًا لأي شخص داخل الولايات المتحدة.

- إذا كنت لا ترغب في الانضمام إلى خطتنا، فيمكنك اختيار برنامج Original Medicare

تقييم المخاطر الصحية (HRA): مراجعة لتاريخك الطبي وحالتك الراهنة. ويُستخدم للتعرف على صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

تلقي العلاج داخل المستشفى: مصطلح يُستخدم عند قبورك رسميًا بالمستشفى للحصول على خدمات طبية متخصصة. إذا لم يتم دخولك رسميًا، فربما يتم التعامل معك بوصفك مريض عيادات خارجية بدلاً من تلقي العلاج داخل المستشفى حتى إذا مكثت في المستشفى طوال الليل.



جلسة الاستماع بالولاية: إذا كان طبيبك أو موفر رعاية آخر يطلب الحصول على خدمة من برنامج Medi-Cal لن نوافق عليها، أو لن نستمر في تحمل نفقات خدمة من برنامج Medi-Cal تحصل عليها بالفعل، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية. وإذا تم الحكم في جلسة الاستماع بالولاية لصالحك، فيجب علينا توفير الخدمة التي طلبتها.

حالة الطوارئ: الحالة الطبية الطارئة التي تعتقد فيها أنت أو أي شخص آخر غير متخصص ولديه قدر متوسط من المعرفة بالرعاية الصحية والطبية أنك تعاني أعراضًا طبية تتطلب التدخل الطبي الفوري لتفادي حدوث الوفاة أو فقدان لأحد أعضاء الجسم أو فقدان لوظيفة أحد أعضاء الجسم (وفقدان الجنين إن كنتِ سيدة حاملًا). وقد تكون الأعراض الطبية في صورة مرض أو إصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتدهور بسرعة.

حدود الكمية: حد لكمية العقار الدوائي التي يمكنك الحصول عليها. ويجوز لنا تحديد كمية العقار الدوائي التي نغطيها لكل وصفة طبية.

حصة المشاركة في الدفع: مبلغ ثابت تدفعه بوصفه الجزء الذي تتحمله من التكاليف في كل مرة تحصل فيها على خدمات أو عقاقير دوائية معينة. على سبيل المثال، ربما تدفع \$2 أو \$5 مقابل خدمة أو عقار دوائي.

حصة من التكلفة: ذلك الجزء من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك الذي قد يتعين عليك تحمله شهريًا قبل تفعيل المزايا الخاصة بك. ومقدار حصتك من التكلفة يتغير وفق دخلك ومواردك.

خدمات إعادة التأهيل: علاج يمكنك الحصول عليه لمساعدتك على الشفاء من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبيرة. راجع الفصل 4 من كتيب الأعضاء لمعرفة المزيد حول خدمات إعادة التأهيل.

خدمات الدعم المنزلية (IHSS): سيساعدك برنامج IHSS في دفع ثمن الخدمات المقدمة لك حتى تتمكن من البقاء بأمان في منزلك. يُعد IHSS بديلاً للرعاية خارج المنزل مثل دور التمريض أو مرافق الضيافة والرعاية. لتلقي الخدمات، يتم إجراء تقييم لتحديد أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها لكل مشارك بناءً على احتياجاته. أنواع الخدمات التي يمكن التصريح بها من خلال IHSS هي تنظيف المنزل، وإعداد الوجبات، والغسيل، والتسوق من البقالة، وخدمات العناية الشخصية (مثل الرعاية لقضاء الحاجة سواء التبرز أو التبول، والاستحمام، والتزين، والخدمات الطبية المساعدة)، والمرافقة للمواعيد الطبية، والإشراف الوقائي للأشخاص ذوي الإعاقة العقلية. تدير وكالات الخدمة الاجتماعية في المقاطعة IHSS.

خدمات الرعاية الصحية بولاية كاليفورنيا (DHCS): الإدارة التي تدير برنامج Medicaid (المعروف باسم Medi-Cal) في ولاية كاليفورنيا.

خدمة العملاء: قسم تابع لخطتنا يتولى مسؤولية الرد على استفساراتك المتعلقة بالعضوية والمزايا والتظلمات والطعون. لمزيد من المعلومات حول خدمة العملاء، يرجى الرجوع إلى الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا.

خطة الأهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP): خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين للحصول على كل من برنامجي Medicare و Medicaid. وخطتنا هي خطة أهلية للتغطية الثنائية لذوي الاحتياجات الخاصة (D-SNP).

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الفردية".

خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): خطة للخدمات التي ستلتقها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن الخطة الخاصة بك خدمات طبية، وخدمات للصحة السلوكية، وخدمات ومساعدات طويلة الأجل.



خطة Medi-Medi: إن خطة Medi-Medi هي نوع من خطط Medicare Advantage. وهي مُخصَّصة للأشخاص الذين يتمتعون بمزايا كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal، ويجمعون بين مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal في خطة واحدة. تتسق خطط Medi-Medi جميع المزايا والخدمات عبر كلا البرنامجين، بما في ذلك جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal.

خطط برنامج Medi-Cal: خطط توفر تغطية مزايا برنامج Medi-Cal فقط، مثل الخدمات وأشكال الدعم طويلة الأجل والأجهزة الطبية والنقل. تُعد مزايا برنامج Medicare مزايا منفصلة.

دار التمريض أو مركز خدمات التمريض: مرفق يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على رعايتهم في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى البقاء في المستشفى.

دخل الضمان التكميلي (SSI): ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي إلى محدودي الدخل والموارد من ذوي الإعاقة أو المصابين بالعمى أو الذين تبلغ سنهم 65 عامًا أو أكبر. مزايا SSI ليست هي نفسها مزايا الضمان الاجتماعي.

دواء ذو علامة تجارية: دواء تصنعه وتبيعه الشركة التي صنعت الدواء في الأساس. تحتوي الأدوية ذات العلامة التجارية على نفس مكونات الأنواع المماثلة (البديلة) من الأدوية. عادة ما يتم تصنيع الأدوية المماثلة (البديلة) وبيعها من قبل شركات أدوية أخرى، وعادة لا تكون متاحة حتى تنتهي براءة الاختراع للأدوية ذات العلامة التجارية.

رعاية الأمراض العضال: برنامج رعاية ودعم لمساعدة الأشخاص المشخصين بمرض عضال على العيش بشكل مريح. ويعني التشخيص بمرض عضال أن الشخص جرى توثيق حالته من الناحية الطبية بأنه مريض عضال في مرحلته النهائية، ما يعني أن متوسط العمر المتوقع له هو 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.

رعاية الطوارئ: الخدمات الخاضعة للتغطية التي يقدمها موفر رعاية مدرب على تقديم خدمات الطوارئ، اللازمة لعلاج حالة طبية طارئة أو حالة طارئة تتعلق الصحة السلوكية.

ضرورة من الناحية الطبية: يصف ذلك الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاج إليها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويتضمن ذلك الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى مستشفى أو مركز خدمات التمريض. كما تعني أيضًا الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تستوفي معايير الممارسات الطبية المتعارف عليها.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية متعدد الاختصاصات".

فريق الرعاية متعدد الاختصاصات (ICT أو فريق الرعاية): ربما 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 الخاص بك أيضًا في وضع خطة الرعاية.



فئات الأدوية: مجموعات من الأدوية الموجودة في قائمة الأدوية الخاصة بنا. وتُعد الأدوية المماثلة (البديلة) أو ذات العلامات التجارية أو الأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) أمثلة على فئات الأدوية. كل دواء في قائمة الأدوية يقع في فئة من خمس فئات.

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 الأدوية) يقع ضمن فئة من خمس فئات لمبالغ المشاركة في تحمل التكاليف. وبصفة عامة، كلما ارتفعت فئة مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف، زادت تكلفة الدواء الذي تحتاجه.

قاضي متخصص في القانون الإداري: قاضي متخصص في القانون الإداري (ALJ) هو قاضٍ ينظر في الحالات التي تتعلق بالوكالات الحكومية ويقررها. القاضي الذي يراجع الطعن من المستوى 3.

قائمة الأدوية الخاضعة للتغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالأدوية المقررة بوصفها طبية والأدوية التي تُصرف دون وصفة طبية (OTC) التي نغطيها. نختار الأدوية الواردة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. وتوضح لك قائمة الأدوية ما إذا كانت هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها كي تحصل على أدويةك أم لا. وتُسمى قائمة الأدوية في بعض الأحيان باسم "كتيب الوصفات".

قرار المؤسسة: تُصدر خطتنا قرار المؤسسة عندما نتخذ نحن أو أحد موفري الرعاية قرارًا بشأن ما إذا كانت الخدمات خاضعة للتغطية، أو بشأن المبلغ الذي يجب أن تدفعه مقابل الخدمات الخاضعة للتغطية. وتُسمى قرارات المؤسسة "قرارات بيان المزايا المغطاة". يشرح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا قرارات بيان المزايا المغطاة.

قرار بيان المزايا المغطاة: قرار يتعلق بتحديد المزايا التي توفر التغطية لها. ويتضمن هذا القرار أيضًا قرارات بشأن الأدوية والخدمات الخاضعة للتغطية أو المبلغ الذي ندفعه للخدمات الصحية المتوفرة لك. يشرح الفصل 9 من كتيب الأعضاء هذا كيفية مطالبتنا بقرار بيان المزايا المغطاة.

كتيب الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذا المستند واستمارة الاشتراك وأي مرفقات أو ملحقات أخرى توضح التغطية التي تتمتع بها والإجراءات التي يجب علينا تنفيذها وحقوقك والخطوات التي يجب عليك اتخاذها بوصفك عضوًا في خطتنا.

مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف: مبالغ يتعين عليك دفعها عندما تحصل على خدمات أو عقاقير دوائية معينة. ويشمل مبالغ المشاركة في تحمل التكاليف حصص المشاركة في الدفع.

مجلس الطعون التابع لبرنامج Medicare (المجلس): مجلس يراجع الطعون من المستوى 4. ويُعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (اختصارًا CMS): الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. يشرح الفصل 2 من كتيب الأعضاء هذا كيفية الاتصال بمراكز خدمات Medicare و Medicaid.

مرحلة تغطية الكوارث: المرحلة المتوفرة ضمن مزايا أدوية القسم D في برنامج Medicare التي تدفع فيها خطتك جميع تكاليف العقاقير الدوائية في القسم D الخاصة بك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تكون (أنت أو أي أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) قد أنفقت \$2,100 على الأدوية الخاضعة للتغطية في القسم "D" خلال العام. ولن تدفع أنت أي تكاليف.

مركز إعادة التأهيل الصحي الشامل لمرضى العيادات الخارجية (CORF): مركز يوفر في المقام الأول خدمات إعادة التأهيل بعد التعرض لمرض أو حادث أو الخضوع لعملية جراحية كبيرة. ويوفر مجموعة متنوعة من الخدمات، بما في



ذلك العلاج البدني، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، وعلاج الجهاز التنفسي، والعلاج المهني، وعلاج التخاطب، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

مركز جراحات اليوم الواحد: مرفق يقدم خدمات الجراحة بالعيادة الخارجية لمرضى ليسوا بحاجة إلى رعاية صحية داخل المستشفى ولا يُتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية الصحية.

مركز خدمات التمريض المهني (SNF): مركز خدمات تريض مجهز بطاقم ومعدات ليوفر الرعاية التمريضية المتخصصة، وفي أغلب الأحيان، خدمات إعادة التأهيل المتخصصة وخدمات صحية أخرى ذات صلة.

مكتب التظلمات: مكتب في ولايتك يعمل كمحامٍ نيابة عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى ويمكنه مساعدتك في فهم ما يجب القيام به. وخدمات مكتب التظلمات مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و 9** من كتيب الأعضاء هذا.

منسق الرعاية: شخص واحد يُعد المسؤول الرئيسي ويتعامل معك ومع الخطة الصحية ومع موفري الرعاية لك للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

منطقة الخدمة: 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.

منظمة المراجعة المستقلة (IRO): منظمة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare وتقوم بمراجعة الطعن من المستوى 2. إنها ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم أنه ينبغي تغييره. ويشرف برنامج Medicare على عملها. والاسم الرسمي الذي يُطلق عليها هو **جهة المراجعة المستقلة**.

منظمة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يساعدون على تحسين جودة الرعاية المقدمة إلى الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وتدفع الحكومة الفيدرالية إلى QIO لفحص الرعاية المقدمة إلى المرضى وتحسينها. راجع **الفصل 2** من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن QIO.

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 ويحيلك إليهم.
- في العديد من خطط برنامج Medicare الصحية، يجب عليك الاستعانة بموفر الرعاية الأولية قبل التعامل مع أي موفر رعاية صحية آخر.
- راجع **الفصل 3** من كتيب الأعضاء هذا للحصول على معلومات حول الحصول على الرعاية من موفري الرعاية الأولية.

موفر الرعاية التابع للشبكة: يُعد مصطلح "موفر الرعاية" مصطلحًا عامًا نستخدمه للإشارة إلى الأطباء وأفراد طاقم التمريض والأشخاص الآخرين الذين يقدمون إليك الخدمات والرعاية. ويتضمن هذا المصطلح أيضًا المستشفيات 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.



- ونُطْلَق 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 أيضاً على موفري الرعاية التابعين للشبكة اسم "موفرو الرعاية وفقاً للخطة".

موفر رعاية غير تابع للشبكة أو مرفق غير تابع للشبكة: موفر رعاية أو مرفق لا تستخدمه خطتنا أو تمتلكه أو تديره ولا يرتبط بعقد لتوفير الخدمات الخاضعة للتغطية لأعضاء خطتنا. يشرح **الفصل 3** من كُتِيب الأعضاء هذا موفري الرعاية أو المرافق غير التابعة للشبكة.

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.

Medicare Advantage: أحد برامج Medicare ويُعرف أيضاً باسم "القسم C في برنامج Medicare" أو "MA" ويقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare إلى هذه الشركات لتغطية مزايا Medicare الخاصة بك.



خدمة عملاء Blue Shield TotalDual Plan

1-800-452-4413 اتصال هاتفي علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع. تقدم خدمة العملاء أيضًا خدمات الترجمة الفورية المجانية المتاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.	
711 TTY يتطلب هذا الرقم معدات هاتفية خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. علمًا بأن المكالمات لهذا الرقم مجانية. من الساعة 8:00 ص إلى الساعة 8:00 م، بتوقيت المحيط الهادئ، طوال أيام الأسبوع.	
(877) 251-6671 الفاكس	
Blue Shield TotalDual Plan P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856 مراسلة كتابية	
blueshieldca.com/medicare الموقع الإلكتروني	





blueshieldca.com/medicare

Blue Shield of California 6300 Canoga Avenue, Woodland Hills, CA 91367-2555