



1 يناير - 31 ديسمبر 2024

دليل الغطاء التأميني:

مزايا وخدمات Medicare الصحية المقدمة لك والغطاء التأميني للأدوية الموصوفة لك بصفقتك عضوًا في **CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)**

تقدم لك هذه الوثيقة تفاصيل حول الغطاء التأميني من Medicare الذي يشمل الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة لك في الفترة الممتدة من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2024. هذه وثيقة قانونية مهمة. يُرجى الاحتفاظ بها في مكان آمن.

إذا كانت لديك أي أسئلة تتعلق بهذا المستند، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). هذه المكالمات مجانية.

تقدم CCA Health Michigan هذه الخطة، وهي خطة CCA Medicare Maximum، (حينما يذكر هذا الدليل الإرشادي للغطاء التأميني كلمات مثل "نحن" أو "نا" أو "لنا"، فإنها يُقصد بها CCA Health Michigan، وحينما يذكر كلمات مثل "الخطة" أو "خطتنا"، فإنها يُقصد بها CCA Medicare Maximum).

قد تتغير المزايا في 1 يناير 2025.

قد تتغير الوصفات أو شبكة الصيدليات أو شبكة مقدمي الخدمات الطبية، أو جميع ما سبق، في أي وقت. وستتلقى إشعارًا عند الضرورة. سنخطر المسجلين الذين تؤثر عليهم التغييرات قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير.

يشرح هذا المستند مزاياك وحقوقك. يرجى استخدام هذا المستند لفهم ما يلي:

- القسط التأميني الخاص بخططك وتقاسم التكاليف؛
- المزايا الطبية المقدمة لك والمزايا الخاصة بالأدوية الموصوفة طبيًا؛
- كيفية تقديم شكوى إذا لم تكن راضيًا عن خدمة أو علاج؛
- كيفية الاتصال بنا إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة؛ و
- صور الحماية الأخرى التي يشترطها قانون Medicare.

H9861_24_EOC_003_C

خطة CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP) هي خطة صحية لها عقد مُبرم مع كلٍ من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid للولاية، ويعتمد التسجيل على تجديد العقد.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا في تنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة أو بطريقة برايل أو الصوت. اتصل بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل من 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). المكالمات مجانية.

خدمات الترجمة الفورية متعددة اللغات

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-959-5855 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-959-5855 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-959-5855 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-959-5855 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-959-5855 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-959-5855 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-959-5855 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-959-5855 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-959-5855 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-959-5855 (телетайп 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-959-5585 (رقم هاتف الصم والبكم 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-959-5855 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-959-5855 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italiano vi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-959-5855 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-959-5855 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-959-5855 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-855-959-5855 (TTY 711) にお電話ください。日本語を話す人者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Gujarati: અમારી આરોગ્ય અથવા દવાની યોજના વિશે તમને હોય તેવા કોઈપણ પ્રશ્નોના જવાબ આપવા માટે અમારી પાસે મફત દુભાષિયા સેવાઓ છે. દુભાષિયા મેળવવા માટે, અમને ફક્ત 1-855-959-5855 (TTY 711) પર કોલ કરો. અંગ્રેજી/ગુજરાતી બોલતી વ્યક્તિ તમને મદદ કરી શકે છે. આ એક મફત સેવા છે.

Lao/Laotian:

ພວກເຮົາມີບໍລິການລ່າມແປພາສາໂດຍບໍ່ເສຍຄ່າເພື່ອຕອບທຸກຄໍາຖາມທີ່ທ່ານອາດມີກ່ຽວກັບແຜນສຸຂະພາບ ຫຼື ແຜນຢາຂອງພວກເຮົາ. ເພື່ອຂໍລ່າມແປພາສາ, ພຽງໃຫ້ຫາພວກເຮົາທີ່ເບີ 1-855-959-5855 (TTY 711). ຈະມີຜູ້ທີ່ເວົ້າພາສາອັງກິດ/ລາວຊ່ວຍທ່ານໄດ້. ນີ້ແມ່ນການບໍລິການບໍ່ເສຍຄ່າ.

Cambodian: យើងមានសេវាកម្មប្រែប្រួលមាត់ដោយឥតគិតថ្លៃដើម្បីឆ្លើយសំណួរណាមួយដែល អ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព ឬផ្តារបស់យើង។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ សូមហៅទូរសព្ទមកយើងតាមរយៈលេខ 1-855-959-5855 (TTY 711) ។
 នរណាម្នាក់ដែលនិយាយភាសាអង់គ្លេស/ភាសាខ្មែរអាចជួយអ្នកបាន។
 នេះគឺជាសេវាកម្មដែលឥតគិតថ្លៃ។

دليل الغطاء التأميني لعام 2024**جدول المحتويات**

8	الفصل الأول: البدء باعتبارك عضوًا	
9	مقدمة	القسم الأول
11	كيف تصبح مؤهلاً لتكون عضوًا في الخطة؟	القسم الثاني
13	مواد مهمة للعضوية سوف تتلقاها	القسم الثالث
14	تكاليفك الشهرية لخطة CCA Medicare Maximum	القسم 4
17	التحديث المستمر لسجل عضويتك في الخطة	القسم 5
18	كيف يعمل أي تأمين آخر مع خطتنا	القسم 6
20	الفصل الثاني: أرقام الهواتف والموارد المهمة	
21	جهات اتصال CCA Medicare Maximum (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى خدمات الأعضاء)	القسم الأول
27	Medicare (كيفية الحصول على مساعدة ومعلومات مباشرة من برنامج Federal Medicare)	القسم الثاني
29	برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (مساعدة مجانية ومعلومات وإجابات عن أسئلتك بشأن Medicare)	القسم الثالث
29	منظمة تحسين الجودة	القسم الرابع
30	الضمان الاجتماعي	القسم الخامس
32	Medicaid	القسم السادس
34	معلومات عن البرامج التي تساعد الأشخاص على دفع ثمن الأدوية الموصوفة لهم	القسم السابع
36	كيفية الاتصال بمجلس رعاية متقاعد السكك الحديدية	القسم الثامن
36	هل لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من صاحب العمل؟	القسم التاسع
37	الفصل الثالث: استخدام الخطة لخدماتك الطبية وغيرها من الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني	
38	أمر يجب معرفتها بشأن حصولك على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى باعتبارك عضوًا في خطتنا	القسم الأول
39	الاستعانة بمقدمي الخدمات في شبكة الخطة للحصول على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات	القسم الثاني
43	كيفية الحصول على الخدمات عندما تكون لديك حالة طارئة أو حاجة ملحة للرعاية أو في أثناء وقوع كارثة	القسم الثالث
46	ماذا لو تمت محاسبتك مباشرة على تكلفة خدماتك الكاملة؟	القسم الرابع
47	كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية؟	القسم الخامس
48	قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية	القسم السادس
49	قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة	القسم السابع
51	الفصل الرابع: مخطط المزاي الطبية (ما الأشياء التي تخضع للغطاء التأميني)	
52	فهم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني	القسم الأول

52	استخدم مخطط المزايا الطبية لمعرفة ما الذي تتم تغطيته.	القسم الثاني
104	ما هي الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني خارج خطة CCA Medicare Maximum؟	القسم الثالث
104	ما الخدمات التي لا تغطيها الخطة؟	القسم الرابع
107	الفصل الخامس: استخدام الغطاء التأميني الذي توفره الخطة للأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).	
108	مقدمة.	القسم الأول
109	صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد التابعة للخطة.	القسم الثاني
112	يجب أن تكون أدويةك مدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.	القسم الثالث
114	هناك قيود على الغطاء التأميني لبعض الأدوية.	القسم الرابع
116	ماذا لو كان أحد أدويةك غير خاضع للغطاء التأميني بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها؟	القسم الخامس
118	ماذا لو تغير الغطاء التأميني الذي يشمل أحد أدويةك؟	القسم السادس
120	ما أنواع الأدوية التي لا تغطيها الخطة؟	القسم السابع
121	صرف الوصفات الطبية.	القسم الثامن
121	الغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) في حالات خاصة.	القسم التاسع
123	البرامج المتعلقة بسلامة الأدوية وإدارة العلاجات.	القسم العاشر
125	الفصل السادس: ما الذي ستدفعه مقابل الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).	
127	الفصل السابع: مطالبتنا بدفع فاتورة استلمتها مقابل خدمات طبية أو أدوية خاضعة للغطاء التأميني.	
128	المواقف التي ينبغي أن تطلب منا فيها أن ندفع مقابل خدماتك أو أدويةك الخاضعة للغطاء التأميني.	القسم الأول
130	كيف تطلب منا أن نرد لك مبلغ الفاتورة أو أن نسد لك قيمة الفاتورة التي استلمتها.	القسم الثاني
132	سوف ننظر في طلب الدفع الذي قدمته وسنرد بنعم أو لا.	القسم الثالث
134	الفصل الثامن: حقوقك ومسؤولياتك.	
135	يجب أن تراعي خطتنا حقوقك وحساسياتك الثقافية كعضو في الخطة.	القسم الأول
146	تقع على عاتقك بعض المسؤوليات باعتبارك عضوًا في الخطة.	القسم الثاني
148	الفصل التاسع: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات الغطاء التأميني، التظلمات، الشكاوى).	
149	مقدمة.	القسم الأول
150	من أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة التي تناسب احتياجاتك.	القسم الثاني
150	للتعامل مع مشكلتك، ما هي العملية التي يجب عليك استخدامها؟	القسم الثالث
151	التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare لديك.	القسم الرابع
152	دليل أساسيات قرارات الغطاء التأميني والتظلمات.	القسم الخامس
155	رعايتك الطبية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم على قرار الغطاء التأميني.	القسم السادس
163	الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د): كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم.	القسم السابع
170	كيف تطلبنا بغطاء تأميني لإقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أنه سيتم إخراجك من المستشفى قريبًا جدًا.	القسم الثامن

178	القسم التاسع	كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن غطاءك التأميني سينتهي قريباً جداً.
183	القسم العاشر	نقل تظلمك إلى الدرجة الثالثة والدرجات التي تليها.
186	القسم الحادي عشر	كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو غيرها من المخاوف.
189	القسم الثاني عشر	التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid الخاصة بك.
189	القسم الثالث عشر	الإبلاغ عن الاحتيال أو الإهدار أو إساءة الاستخدام.
192	الفصل العاشر: إنهاء عضويتك في الخطة	
193	القسم الأول	مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا.
193	القسم الثاني	متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟
196	القسم الثالث	كيف تنهي عضويتك في خطتنا؟
197	القسم الرابع	يجب أن تستمر في الحصول على خدماتك الطبية وأدويةك من خلال خطتنا إلى أن تنتهي عضويتك.
198	القسم الخامس	يجب أن تنهي خطة CCA Medicare Maximum عضويتك في الخطة في مواقف معينة.
200	الفصل الحادي عشر: الإشعارات القانونية	
201	القسم الأول	إشعار عن القانون الحاكم.
201	القسم الثاني	إخطار عدم التمييز.
202	القسم الثالث	إشعار عن حقوق الحلول للدافع الثانوي التابع لبرنامج Medicare.
203	القسم الرابع	من سيتلقى المدفوعات بموجب هذا العقد.
203	القسم الخامس	التكنولوجيا الجديدة.
203	القسم السادس	تقديم المعلومات عند الطلب.
203	القسم السابع	الإخطارات.
204	القسم السابع	الإخطار بأحداث معينة.
205	الفصل الثاني عشر: تعريفات الكلمات المهمة	

الفصل الأول:

البدء باعتبارك عضوًا

مقدمة

القسم الأول

القسم 1.1 أنت مسجل في خطة CCA Medicare Maximum، وهي إحدى خطط Medicare Advantage المتخصصة (خطة الاحتياجات الخاصة)

إنك تتمتع بغطاء تأميني من كلٍ من Medicare و Medicaid:

- برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، بالإضافة إلى بعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ممن يعانون من إعاقات معينة، وكذلك الأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في مراحله النهائية (الفشل الكلوي).
- برنامج Medicaid هو برنامج حكومي مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في تحمل بعض التكاليف الطبية عن بعض الأشخاص من ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة. يختلف الغطاء التأميني الذي يوفره برنامج Medicaid تبعًا للولاية وتبعًا لنوع برنامج Medicaid الذي تشترك به. يحصل بعض الأشخاص المشتركين في برنامج Medicaid على مساعدة لدفع أقساط Medicare وغيرها من التكاليف. بينما يحصل أشخاص آخرون على غطاء تأميني يشمل خدمات إضافية وأدوية لا يغطيها برنامج Medicare.

باختيارك خطتنا CCA Medicare Maximum، فقد اخترت الحصول على غطاء تأميني يشمل الرعاية الصحية المقدمة من Medicare ويشمل الأدوية الموصوفة طبيًا. ويتعين علينا أن نقدم غطاءً تأمينيًا يشمل جميع خدمات الجزء "أ" والجزء "ب". ومع ذلك، فإن تقاسم التكلفة وكذلك الوصول إلى مقدم الخدمة في هذه الخطة يختلف عن خطة Original Medicare.

خطة CCA Medicare Maximum هي خطة متخصصة من خطط Medicare Advantage (وهي خطة Medicare للاحتياجات الخاصة)، وهو ما يعني أن مزاياها قد وُضعت خصيصًا من أجل الأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة من الرعاية الصحية. وُضعت خطة CCA Medicare Maximum للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والذين يحق لهم أيضًا الحصول على مساعدة من برنامج Medicaid.

نظرًا لحصولك على مساعدة من برنامج Medicaid في تقاسم تكاليف الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare (مبالغ التحمل، ومبالغ السداد المشترك، ونسبة المشاركة في السداد)، فقد لا تدفع شيئًا مقابل خدمات الرعاية الصحية المقدمة من برنامج Medicare. قد يقدم لك برنامج Medicaid أيضًا مزايا أخرى بأن يغطي خدمات الرعاية الصحية التي لا يغطيها عادةً برنامج Medicare. ستحصل أيضًا على "مساعدة إضافية" من برنامج Medicare في دفع تكاليف أدويةك الموصوفة طبيًا من Medicare. ستساعدك خطة CCA Medicare Maximum على إدارة كل تلك المزايا لك، حتى تحصل على خدمات الرعاية الصحية ومساعدات السداد التي يحق لك الحصول عليها.

تدير إحدى المنظمات غير الربحية خطة CCA Medicare Maximum. وكجميع خطط Medicare Advantage، اعتمدت Medicare هذه الخطة من خطط الاحتياجات الخاصة من Medicare. كما أبرمت الخطة عقدًا مع برنامج Michigan Medicaid لتنسيق مزايا Medicaid التي يحق لك الحصول عليها. يسرنا أن نقدم لك غطاء رعاية صحية من Medicare، ويشمل غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا.

يعتبر الغطاء التأميني الذي تقدمه هذه الخطة غطاءً تأمينياً صحياً مؤهلاً (QHC) وهو يستوفي اشتراطات المسؤولية المشتركة الفردية الخاضعة لقانون حماية المرضى والرعاية الميسرة (ACA). يُرجى زيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات.

ما هو مستند الدليل الإرشادي للغطاء التأميني؟

القسم 1.2

يوضح لك مستند الدليل الإرشادي للغطاء التأميني المائل كيفية الحصول على الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare. فهو يشرح حقوقك ومسؤولياتك، والأشياء التي يغطيها التأمين، وما الذي ستدفعه كعضو في الخطة، وكيفية تقديم شكوى في حالة إذا لم تكن راضيًا عن قرار أو علاج.

تشير كلمات الغطاء التأميني والخدمات الخاضعة للغطاء التأميني إلى الرعاية والخدمات الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا المتاحة لك كعضو في خطة CCA Medicare Maximum.

من المهم أن تتعرف على قواعد الخطة والخدمات المتاحة لك. نشجعك على تخصيص بعض الوقت للاطلاع على مستند الدليل الإرشادي للغطاء التأميني المائل.

إذا شعرت بالارتباك أو القلق أو كان لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

المعلومات القانونية عن الدليل الإرشادي للغطاء التأميني

القسم 1.3

الدليل الإرشادي للغطاء التأميني هو جزء من عقدنا المبرم معك بشأن كيفية تغطية خطة CCA Medicare Maximum لرعايتك. تشمل الأجزاء الأخرى من هذا العقد نموذج التسجيل الخاص بك، وقائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني (كتيب الوصفات)، وأي إخطارات تتلقاها منا بشأن التغييرات التي تطرأ على غطاءك التأميني أو الشروط التي تؤثر عليه. تُسمى هذه الإخطارات أحيانًا بالملحقات أو التعديلات.

يسري العقد طوال مدة الأشهر التي تكون مسجلًا فيها في خطة CCA Medicare Maximum في الفترة فيما بين 1 يناير 2024 و 31 ديسمبر 2024.

في كل عام تقويمي، يسمح لنا برنامج Medicare بإجراء تغييرات على الخطط التي نقدمها. وهذا يعني أنه يمكننا تغيير تكاليف خطة CCA Medicare Maximum ومزاياها بعد 31 ديسمبر 2024. يمكننا أيضًا بعد 31 ديسمبر 2024 اختيار التوقف عن تقديم الخطة في منطقة خدمتك، أو تقديمها في منطقة خدمة مختلفة.

يجب أن يعتمد برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) خطة CCA Medicare Maximum كل عام. يمكن أن يستمر حصولك على غطاء برنامج Medicare التأميني في كل عام كعضو في خطتنا طالما أننا نختار الاستمرار في تقديم الخطة، وطالما ظلت Medicare تجدد اعتمادها للخطة.

كيف تصبح مؤهلاً لتكون عضواً في الخطه؟

القسم الثاني

متطلبات أهليتك

القسم 2.1

تظل مؤهلاً للحصول على عضوية خطتنا طالما توافرت الشروط التالية:

- كنت مشتركاً في كلٍ من الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare
- -- و -- كنت تعيش في المنطقة الجغرافية التي نقدم بها خدمتنا (يصف القسم 2.3 أدناه المنطقة التي نقدم بها خدمتنا). لا يُعتبر الأفراد المحبوسون يعيشون في منطقة الخدمة الجغرافية حتى لو كانوا موجودين فيها فعلياً.
- -- و -- كنت مواطناً أمريكياً أو كنت متواجداً في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل قانوني
- -- و -- كنت تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة الموضحة أدناه.

المتطلبات الخاصة للأهلية لخطتنا

وُضعت خطتنا لتلبية احتياجات الأشخاص الذين يتلقون مزايا معينة من برنامج Medicaid. (برنامج Medicaid هو برنامج حكومي مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في تحمل التكاليف الطبية عن بعض الأشخاص من ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة). لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب أن تستوفي معايير كلٍ من برنامج Medicare و Medicaid/أو أن تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare بموجب برنامج Medicaid. يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا لم تعد مستوفياً لشروط الأهلية، ولكن من المتوقع بشكل معقول أن تستعيد أهليتك في غضون ثلاثة (3) أشهر، فإنك تظل مؤهلاً للحصول على عضوية خطتنا (الفصل الرابع، القسم 2.1 يتناول الغطاء التأميني وتقاسم التكاليف خلال فترة استمرار الأهلية).

ما هو برنامج Medicaid؟

القسم 2.2

برنامج Medicaid هو برنامج حكومي مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في تحمل التكاليف الطبية عن بعض الأشخاص من ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة. تحدد كل ولاية ما يُعتبر دخلاً وما يُعتبر موارد، ومن هم الأشخاص المؤهلون، وما هي الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني، وتكلفة الخدمات. يمكن للولايات أيضاً أن تقرر كيفية إدارة برنامجها طالما أنها تتبع الإرشادات الفيدرالية.

بالإضافة إلى ذلك، هناك برامج مقدمة من برنامج Medicaid تساعد الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare على دفع تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare التي يجب عليهم سدادها. تساعد برامج الادخار Medicare Savings الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على توفير مال كل عام.

- الجزء (أ) Medicare يساعد في دفع أقساط برنامج: **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)** برنامج (الجزء ب) (وغير ذلك من تقاسم التكاليف) مثل مبالغ التحمل ونسبة المشاركة في السداد ومبالغ السداد المشترك). (يُعد (QMB+) الكاملة Medicaid مؤهلين أيضاً للحصول على مزايا QMB بعض المشتركين في برنامج
- Medicare يساعد في دفع أقساط برنامج: **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)** برنامج (الجزء أ) (والجزء ب) (والمبالغ التحمل، ونسبة المشاركة في السداد، ومبالغ السداد المشترك). تحصل على مزايا

الكاملة ولا تدفع أي شيء باستثناء المدفوعات المشتركة المنصوص عليها في الجزء د (بشأن الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية).

- يساعد في دفع أقساط الجزء أ) (**Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB+)** برنامج (والجزء ب) (من التغطية، ومبالغ التحمل، ونسبة المشاركة في السداد، ومبالغ السداد المشترك. تحصل على مزايا إحدى Medicaid الكاملة، ولكن قد تكون هناك حالات يتعين عليك المشاركة في التكلفة عندما لا تغطي Medicaid الخدمات أو المزايا.
- الجزء أ) (والجزء B) Medicaid يساعد في دفع أقساط برنامج (**Full Benefits Dual Eligible (FBDE)** برنامج الكاملة، ولكن قد تكون Medicaid ب) (، ومبالغ التحمل، ونسبة المشاركة في السداد، ومبالغ السداد المشترك. تتلقى مزايا إحدى الخدمات أو المزايا Medicaid هناك حالات يتعين عليك المشاركة في التكلفة عندما لا تغطي.

فيما يلي منطقة خدمة خطة CCA Medicare Maximum

القسم 2.3

تتوافر خطة CCA Medicare Maximum فقط للأفراد الذين يعيشون في منطقة خدمة خطتنا. لكي تظل عضوًا في خطتنا، يجب أن تظل مقيمًا في منطقة خدمة الخطة. منطقة الخدمة موضحة أدناه. تشمل منطقة خدمتنا المقاطعات التالية في ولاية ميشيغان: مقاطعة جينيبي ومقاطعة لاير ومقاطعة ماكومب ومقاطعة أوكلاند ومقاطعة سانت كلير ومقاطعة واين.

إذا كنت تخطط للانتقال إلى ولاية جديدة، فيجب عليك أيضًا الاتصال بمكتب Michigan Medicaid والاستفسار عن مدى تأثير هذا الانتقال على مزايا Medicaid المقدمة إليك. أرقام هواتف Medicaid موجودة تحت القسم السادس من الفصل الثاني من هذا المستند.

إذا كنت تخطط للانتقال خارج منطقة الخدمة، فلا يمكن أن تظل عضوًا في هذه الخطة. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة أم لا. عند الانتقال، ستتاح لك فترة تسجيل خاصة تسمح لك بالانتقال إلى برنامج Original Medicare أو التسجيل في إحدى خطط Medicare الصحية أو الدوائية المتاحة في موقعك الجديد.

من المهم أيضًا أن تتصل بالضمان الاجتماعي إذا قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره. يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة بالضمان الاجتماعي في القسم الخامس من الفصل الثاني.

مواطن أمريكي أو متواجد بشكل قانوني

القسم 2.4

يجب أن يكون عضو خطة Medicare الصحية مواطنًا أمريكيًا أو متواجدًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة. سيخطر برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) برنامج CCA Medicare Maximum إذا لم تكن مؤهلاً لتظل عضوًا على هذا الأساس. يتعين على خطة CCA Medicare Maximum إلغاء تسجيلك إذا لم تستوف هذا المطلب.

مواد مهمة للعضوية سوف تتلقاها

القسم الثالث

بطاقة عضويتك في الخطة

القسم 3.1

في أثناء وجودك كعضو في خطتنا، يجب عليك استخدام بطاقة عضويتك كلما حصلت على الخدمات التي تغطيها هذه الخطة وللأدوية الموصوفة طبيًا التي تحصل عليها في الصيدليات التابعة للشبكة. يجب عليك أيضًا أن تُظهر لمقدم الخدمة بطاقة Medicaid الخاصة بك. فيما يلي نموذج لبطاقة العضوية يوضح لك شكل بطاقة عضويتك:



لا تستخدم بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك للخدمات الطبية الخاضعة للغطاء التأميني في أثناء عضويتك بهذه الخطة. إذا كنت تستخدم بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة عضوية خطة CCA Medicare Maximum، فقد تضطر إلى أن تتحمل بنفسك دفع تكلفة الخدمات الطبية كاملةً. احتفظ ببطاقة Medicare في مكان آمن. قد يُطلب منك إظهارها إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات رعاية أصحاب الأمراض المميتة أو المشاركة في دراسات بحثية سريرية معتمدة من Medicare تُسمى أيضًا التجارب السريرية.

إذا تعرضت بطاقة عضويتك في الخطة إلى التلف أو فقدان أو السرقة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء على الفور وسنرسل لك بطاقة جديدة.

دليل مقدمي الخدمات

القسم 3.2

يحتوي دليل مقدمي الخدمات على قائمة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا وموردي المعدات الطبية المعمرة. مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية وموردو المعدات الطبية المعمرة والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية التي أبرمت اتفاقًا معنا لقبول مدفوعاتنا، وأي مبالغ مدفوعة كتقاسم تكلفة بموجب الخطة، كمدفوعات كاملة.

يجب عليك الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الرعاية والخدمات الطبية. إذا ذهبت إلى مكان آخر دون تصريح مناسب، فسيتم عليك أن تدفع المبلغ بالكامل. والاستثناءات الوحيدة هي حالات الطوارئ، والخدمات المطلوبة بشكل عاجل عندما لا تكون الشبكة متاحة (ويُقصد بذلك الحالات التي يكون فيها الحصول على الخدمات داخل الشبكة غير معقول أو غير ممكن)، وخدمات الغسيل الكلوي خارج المنطقة، والحالات التي تسمح فيها خطة CCA Medicare Maximum بالاستعانة بمقدمي خدمات خارج الشبكة.

تتوفر أحدث قائمة بمقدمي الخدمات والموردين على موقعنا الإلكتروني www.ccahealthmi.org.

إذا لم يكن لديك نسخة من دليل مقدمي الخدمات، فيمكنك طلب نسخة (إلكترونيًا أو ورقيًا) من قسم خدمات الأعضاء. طلبات الحصول على نسخة ورقية من دليل مقدمي الخدمات، سيتم إرسالها إليك بالبريد في غضون ثلاثة أيام عمل.

دليل الصيدليات

القسم 3.3

يوفر دليل الصيدليات قائمة بالصيدليات التابعة لشبكتنا. الصيدليات التابعة للشبكة هي جميع الصيدليات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية الخاضعة للغطاء التأميني لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام دليل الصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب في استخدامها. انظر الفصل الخامس، القسم 2.5 للحصول على معلومات بشأن الحالات التي يمكنك فيها استخدام الصيدليات غير المدرجة في شبكة الخطة.

إذا لم يكن لديك دليل الصيدليات، فيمكنك الحصول على نسخة من قسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا العثور على تلك المعلومات على موقعنا الإلكتروني www.ccahealthmi.org.

قائمة الأدوية التي تغطيها الخطة (كتيب الوصفات)

القسم 3.4

تحتوي الخطة على قائمة بالأدوية التي تغطيها الخطة (كتيب الوصفات) ونطلق عليها اختصارًا "قائمة الأدوية". وهي توضح الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) التي تغطيها مزايا الجزء (د) التي تشملها خطة CCA Medicare Maximum. الأدوية الواردة في تلك القائمة من اختيار الخطة بالاستعانة بفريق من الأطباء والصيدلة. يجب أن تستوفي القائمة المتطلبات التي حددها برنامج Medicare. لقد وافق برنامج Medicare على "قائمة الأدوية" الخاصة بخطة CCA Medicare Maximum.

كما تخبرك "قائمة الأدوية" بما إذا كانت هناك أي قواعد تقييد الغطاء لأدويةك.

سنقدم لك نسخة من "قائمة الأدوية". للحصول على معلومات حديثة أكثر اكتمالاً بشأن الأدوية التي تغطيها الخطة، يمكنك زيارة موقع الخطة الإلكتروني (www.ccahealthmi.org) أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

تكاليفك الشهرية لخطة CCA Medicare Maximum

القسم 4

قد تشمل تكاليفك ما يلي:

- قسط الخطة (القسم 4.1)
- القسط الشهري للجزء (ب) من Medicare (القسم 4.2)
- عقوبة تأخر التسجيل في الجزء (د) (القسم 4.3)
- المبلغ المعدل شهريًا المرتبط بالدخل (القسم 4.4)

قسط الخطة

القسم 4.1

إنك لا تدفع قسط شهري منفصل لخطة CCA Medicare Maximum.

القسط الشهري للجزء (ب) من Medicare

القسم 4.2

يتعين على العديد من الأعضاء دفع أقساط Medicare أخرى

كما يتعين على بعض الأعضاء دفع أقساط Medicare أخرى. كما هو موضح في القسم الثاني أعلاه، لكي تكون مؤهلاً لحظتنا، يجب عليك أن تظل مؤهلاً لبرنامج Medicaid وأن يكون لديك كل من الجزء (أ) والجزء (ب) من Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء خطة CCA Medicare Maximum، يدفع Michigan Medicaid قسط الجزء (أ) (إذا لم تكن مؤهلاً تلقائيًا للحصول عليه) وأقساط الجزء (ب).

إذا لم يدفع برنامج Michigan Medicaid أقساط برنامج Medicare نيابةً عنك، فيجب أن تستمر في دفع أقساط برنامج Medicare لتظل عضوًا في الخطة. ويشمل ذلك قسط الجزء (ب) الذي يتوجب عليك دفعه. وقد يشمل أيضًا قسط الجزء (أ) والذي يؤثر على الأعضاء غير المؤهلين للحصول على الجزء (أ) مجانًا دون أقساط.

عقوبة تأخر التسجيل في الجزء (د)

القسم 4.3

نظرًا لأنك مؤهل تأهيلًا مزدوجًا، فلا تنطبق عليك عقوبة تأخير التسجيل طالما ظللت مؤهلاً تأهيلًا مزدوجًا، ولكن إذا زالت عنك الأهلية لأي منهما، فقد تتحمل دفع عقوبة تأخر التسجيل. غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) هي قسط إضافي يجب دفعه ليغطي الجزء (د) إذا كانت هناك فترة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل الأولية، لم يكن لديك فيها غطاء تأميني للجزء (د) أو أي غطاء تأميني آخر جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا. الغطاء الجدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا هو الغطاء الذي يفى بالحد الأدنى من معايير Medicare حيث من المتوقع أن يدفع، في المتوسط، ما يعادل على الأقل الغطاء القياسي من Medicare للأدوية الموصوفة طبيًا. تعتمد تكلفة غرامة تأخر التسجيل على المدة التي قضيتها بدون غطاء تأميني لأدوية الجزء (د) أو أي غطاء آخر جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا. سيتعين عليك دفع تلك الغرامة طالما ظللت تتمتع بغطاء تأميني للجزء (د).

ولن تضطر إلى دفعه في الحالات التالية:

- إذا كانت تتلقى "مساعدة إضافية" من برنامج Medicare في دفع تكاليف أدويةك الموصوفة طبيًا.
- إذا كنت قد قضيت مدة أقل من 63 يومًا على التوالي دون غطاء تأميني جدير بالثقة.
- إذا كنت قد حصلت على غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية من خلال مصدر آخر مثل صاحب عمل سابق أو نقابة أو TRICARE أو إدارة شؤون المحاربين القدامى. ستخبرك شركة التأمين التي تتبعها أو قسم الموارد البشرية في كل عام بما إذا كان الغطاء التأميني لأدويةك جديرًا بالثقة أم لا. قد يتم إرسال تلك المعلومات إليك في رسالة أو ضمن نشرة إخبارية من الخطة. احتفظ بتلك المعلومات، لأنك قد تحتاج إليها في حالة انضمامك لاحقًا إلى خطة أدوية تابعة لبرنامج Medicare.

○ **ملاحظة:** يجب أن ينص أي إخطار على أن لديك غطاءً تأمينيًا "جديرًا بالثقة" للأدوية الموصوفة طبيًا ويُتوقع أن يكون المبلغ الذي يدفعه ذلك الغطاء التأميني معادلًا للمبلغ الذي تدفعه خطة Medicare القياسية للأدوية الموصوفة طبيًا.

○ **ملاحظة:** لا يعتبر ما يلي غطاءً تأمينيًا جديرًا بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا: بطاقات خصم الأدوية الموصوفة طبيًا، والعيادات المجانية، ومواقع خصم الأدوية.

يحدد برنامج Medicare مبلغ العقوبة. وإليك طريقة ذلك:

- أولاً، احسب عدد الشهور الكاملة التي تأخرت فيها في التسجيل في خطة أدوية Medicare، بعد أن أصبحت مؤهلاً للتسجيل. أو احسب عدد الشهور الكاملة التي لم يكن لديك غطاءً تأمينياً جديراً بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا، في حالة كان انقطاع الغطاء التأميني يبلغ 63 يومًا أو أكثر. تبلغ الغرامة 1% عن كل شهر لم يكن لديك فيه غطاء تأميني جدير بالثقة. على سبيل المثال، إذا قضيت 14 شهرًا بدون غطاء تأميني، فستكون العقوبة 14%.
- ثم يحدد برنامج Medicare مبلغ متوسط القسط الشهري لخطة أدوية Medicare في الدولة عن العام السابق. وبالنسبة لعام 2024، يبلغ متوسط مبلغ القسط 34.70 دولارًا أمريكيًا.
- لحساب الغرامة الشهرية، ينبغي عليك أن تضرب النسبة المئوية للعقوبة في متوسط القسط الشهري ثم تقربها إلى أقرب 10 سنتات. في المثال هنا، ستضرب نسبة 14% في مبلغ 34.70 دولارًا أمريكيًا، وهو ما يساوي 4.858 دولارات أمريكية. يُقرب هذا المبلغ إلى 4.90 دولارات أمريكية. يُضاف هذا المبلغ إلى القسط الشهري لشخص يخضع لعقوبة تأخر التسجيل في الجزء (د).

هناك ثلاثة أشياء مهمة يجب ملاحظتها بشأن عقوبة تأخر التسجيل الشهرية في الجزء (د):

- أولاً، قد تتغير العقوبة كل عام، لأن متوسط القسط الشهري يمكن أن يتغير كل عام.
 - ثانيًا، ستستمر في دفع غرامة كل شهر طالما أنك مسجل في خطة تتمتع بمزايا أدوية الجزء (د) من Medicare، حتى إذا غيرت الخطط.
 - ثالثًا، إذا كان عمرك أقل من 65 عامًا وكنت تتلقى حاليًا مزايا Medicare، فسيتم إعادة تحديد غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) عند بلوغك سن 65 عامًا. فبعد سن 65 عامًا، ستعتمد غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) فقط على الأشهر التي ليس لديك فيها غطاءً بعد فترة تسجيلك الأولية للشيخوخة في Medicare.
- إذا كنت لا توافق على عقوبة تأخر التسجيل في الجزء (د)، فيمكنك أنت شخصيًا أو ممثلك طلب إجراء مراجعة. بشكل عام، يجب عليك طلب تلك المراجعة في غضون 60 يومًا من تاريخ أول خطاب تتلقاه يبين أنه يجب عليك دفع غرامة تأخر التسجيل. ومع ذلك، إذا كنت تدفع غرامة قبل الانضمام إلى خطتنا، فقد لا تكون لديك فرصة أخرى لطلب مراجعة غرامة تأخر التسجيل تلك.

مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل

القسم 4.5

قد يُطلب من بعض الأعضاء دفع رسوم إضافية، تُعرف باسم مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل الخاضع للجزء (د)، وتُعرف أيضًا باسم IRMAA. يتم احتساب الرسوم الإضافية باستخدام دخلك الإجمالي المعدل كما ورد في إقرارك الضريبي المقدم إلى دائرة الإيرادات الداخلية منذ عامين. إذا كان هذا المبلغ يتجاوز مبلغًا معينًا، فستدفع مبلغ القسط المعتاد وكذلك المبلغ الإضافي للتسوية الشهرية المرتبط بالدخل. لمزيد من المعلومات بشأن المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه بناءً على دخلك، تفضل بزيارة <https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans>.

إذا كان يتوجب عليك دفع مبلغ إضافي، فسيرسل لك الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare الخاصة بك، خطابًا يخبرك بالمبلغ الإضافي. سيتم اقتطاع المبلغ الإضافي من الضمان الاجتماعي أو مجلس تقاعد السكك الحديدية أو شيك مزايا مكتب إدارة شؤون الموظفين، بغض النظر عن الطريقة التي تدفع بها عادةً قسط خطتك، ما لم تكن مزاياك الشهرية غير كافية

لتغطية المبلغ الإضافي المستحق. إذا لم يكن شبك المزايًا كافيًا ليغطي المبلغ الإضافي، فسترسلك Medicare فاتورة. يجب عليك دفع المبلغ الإضافي إلى الحكومة. لا يمكن دفعه مع القسط الشهري لخطتك. إذا لم تدفع المبلغ الإضافي، فسيتم إلغاء تسجيلك في الخطه وستفقد الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا.

إذا كنت لا توافق على دفع مبلغ إضافي، فيمكنك أن تطلب من الضمان الاجتماعي مراجعة القرار. لمعرفة المزيد بشأن كيفية القيام بذلك، اتصل بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (الهاتف النصي 1-800-325-0778).

التحديث المستمر لسجل عضويتك في الخطه

القسم 5

يحتوي سجل عضويتك على معلومات مستمدة من نموذج التسجيل الخاص بك، من بينها عنوانك ورقم هاتفك. ويوضح ذلك السجل الغطاء التأميني المحدد لخطتك، بما في ذلك مقدم الرعاية الأساسي.

يحتاج الأطباء والمستشفيات والصيدالدة ومقدمو الخدمات الآخرون في شبكة الخطه إلى الحصول على معلومات صحيحة عنك. يستخدم مقدمو الخدمة هؤلاء سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية الخاضعة للغطاء التأميني ومبالغ تقاسم التكلفة بالنسبة لك. ولهذا السبب، من المهم جدًا أن تساعدنا في التحديث المستمر لمعلوماتك.

أخبرنا بالتغييرات التالية:

- أي تغييرات في اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك
- أي تغييرات في أي غطاء تأمين صحي آخر لديك (على سبيل المثال من صاحب العمل أو الزوج/الزوجة أو صاحب عمل شريك في المنزل أو تعويض العمال أو برنامج Medicaid)
- إذا كانت لديك أي مطالبات تتعلق بمسؤولية قانونية، على سبيل المثال مطالبات من حادث سيارة
- إذا تم إدخالك إلى دار رعاية
- إذا تلقيت رعاية في مستشفى أو في غرفة طوارئ خارج المنطقة أو خارج الشبكة
- إذا تغير الطرف المعين المسؤول عنك (مثل مقدم الرعاية)
- إذا كنت مشاركًا في دراسة بحثية سريرية (ملاحظة: لا يجب عليك إخبار خطتك عن الدراسات البحثية السريرية التي تنوي المشاركة فيها، ولكننا نحثك على القيام بذلك).

إذا تغيرت أي من تلك المعلومات، فيرجى إبلاغنا عبر الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

من المهم أيضًا أن تتصل بالضمان الاجتماعي في حالة قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره. يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة بالضمان الاجتماعي في القسم الخامس من الفصل الثاني.

كيف يعمل أي تأمين آخر مع خطتنا

القسم 6

تأمين آخر

يشترط برنامج Medicare أن نجمع معلومات منك عن أي غطاء تأميني آخر طبي أو دوائي لديك. وذلك لأنه يجب علينا تنسيق أي غطاء آخر لديك مع المزايا التي تحصل عليها بموجب خطتنا. وهذا ما يُسمى **بتنسيق المزايا**.

سنرسل لك مرة واحدة في كل عام خطابًا يوضح أي غطاء تأميني طبي أو دوائي آخر نعرفه. يُرجى قراءة هذه المعلومات بعناية. إذا كانت صحيحة، فلن نحتاج إلى اتخاذ أي إجراء. أما إذا كانت المعلومات غير صحيحة، أو إذا كان لديك غطاء تأميني آخر غير مدرج، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. قد نحتاج إلى إعطاء الرقم التعريفي لعضويتك في الخطة إلى شركات التأمين الأخرى (بمجرد تأكيد هويتهم) بحيث يتم دفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المحدد.

عندما يكون لديك تأمين آخر (كغطاء صحي لمجموعة أصحاب العمل)، فهناك قواعد تضعها Medicare تقرر ما إذا كانت خطتنا هي التي ستدفع أولاً أم تأمينك الآخر. يُطلق على التأمين الذي يدفع أولاً الدافع الرئيسي ويدفع بما لا يتجاوز حدود تغطيته. أما الجهة التي تدفع ثانياً، ويُطلق عليها الدافع الثانوي، فإنها لا تدفع إلا إذا بقيت تكاليف لا يغطيها الدافع الرئيسي. قد لا يدفع الدافع الثانوي جميع التكاليف التي يغطيها الدافع الرئيسي. إذا كان لديك تأمين آخر، فأخبر طبيبك والمستشفى والصيدلية.

تسري هذه القواعد على الغطاء التأميني الذي توفره الخطة الصحية لصاحب العمل أو المجموعة النقابية:

- إذا كان لديك غطاء تأميني للمتقاعدين، فإن برنامج Medicare يدفع أولاً.
- أما إذا كان الغطاء التأميني للخطة الصحية لمجموعتك يعتمد على عمالك الحالي أو عمل أحد أفراد أسرتك، فإن تحديد من يدفع أولاً يعتمد على عمرك وعدد الأشخاص الذين يعملون لدى صاحب العمل وما إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare بناءً على العمر أو الإعاقة أو مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD):
 - إذا كان عمرك أقل من 65 عامًا وتعاني من إعاقة وكنت أنت أو أحد أفراد أسرتك لا تزالان تعملان، فإن الخطة الصحية لمجموعتك هي التي تدفع أولاً إذا كان لدى صاحب العمل 100 موظف أو أكثر أو صاحب عمل واحد على الأقل في خطة ذات أصحاب عمل متعددين تضم أكثر من 100 موظف.
 - إذا كان عمرك يتجاوز 65 عامًا، وكنت أنت أو أحد أفراد أسرتك لا تزالان تعملان، فإن الخطة الصحية لمجموعتك هي التي تدفع أولاً إذا كان لدى صاحب العمل 20 موظفًا أو أكثر أو صاحب عمل واحد على الأقل في خطة ذات أصحاب عمل متعددين تضم أكثر من 20 موظفًا.
- إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare بسبب كونك في المرحلة النهائية من مرض الكلى، فستدفع الخطة الصحية لمجموعتك أولاً خلال أول 30 شهرًا من التاريخ الذي تصبح فيه مؤهلاً لبرنامج Medicare.

عادةً ما تكون الأنواع التالية من الأغطية التأمينية هي التي تدفع أولاً مقابل الخدمات المتعلقة بكل نوع:

- تأمين لا يأخذ في اعتباره المسؤولية عن الأضرار (بما في ذلك التأمين على السيارات)
- المسؤولية (بما في ذلك تأمين السيارات)
- مزايا تأمين الرثة السوداء

- تعويض العمال

لن تدفع أبداً Medicaid و TRICARE أولاً عن الخدمات التي تغطيها Medicare. فلن يدفعوا إلا بعد سداد برنامج Medicare أو الخطط الصحية لمجموعة صاحب العمل.

الفصل الثاني:

أرقام الهواتف والموارد المهمة

القسم الأول جهات اتصال CCA Medicare Maximum (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى خدمات الأعضاء)

كيفية الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطتنا

للحصول على مساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو الأسئلة المتعلقة ببطاقة العضوية، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة CCA Medicare Maximum أو الكتابة إليهم. يسعدنا مساعدتك.

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
الاتصال	855-959-5855 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية) 1 أبريل - 30 سبتمبر من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). يوفر قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية) 1 أبريل - 30 سبتمبر من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الفاكس	813-472-8203
الكتابة	CCA Health Michigan PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121
الموقع الإلكتروني	www.ccahealthmi.org

كيف تتصل بنا حينما تطلب قرار غطاء تأميني أو تظلمًا بشأن رعايتك الطبية

قرار الغطاء التأميني هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وغطائك التأميني أو بشأن المبلغ الذي سندفعه نظير خدماتك الطبية أو الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د). أما التظلم فهو طريقة رسمية تطالبنا من خلالها بمراجعة قرار الغطاء التأميني الذي اتخذناه وتغييره. لمزيد من المعلومات بشأن طلب قرارات الغطاء التأميني أو التظلمات المتعلقة برعايتك الطبية أو الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)، انظر الفصل التاسع (ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات الغطاء التأميني والتظلمات والشكاوى)).

الطريقة	قرارات الغطاء التأميني والتظلمات المتعلقة بالرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) - معلومات الاتصال
الاتصال	(855) 959-5855 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الهاتف النصي	711 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الفاكس	813-472-8203
الكتابة	CCA Health Michigan PO BOX 21063 Eagan, MN 55121
الموقع الإلكتروني	www.ccahealthmi.org

قرارات الغطاء التأميني والتظلمات المتعلقة بالأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) - معلومات الاتصال	الطريقة
المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.	الاتصال 844-705-7498
711	الهاتف النصي
877-239-4565	الفاكس
Optum Rx P.O. Box 25184 Santa Ana, California 92799	الكتابة
* إذا كنت تقدم تظلمًا، فيُرجى إضافة "c/o Appeals Coordinator" (عناية مُنسيق التظلمات) بعد Optum Rx.	الموقع الإلكتروني
www.ccahealthmi.org	

كيف تتصل بنا حينما تقدم شكوى بشأن رعايتك الطبية

يمكنك تقديم شكوى بشأننا أو بشأن أحد مقدمي الخدمات أو إحدى الصيدليات التابعة لشبكتنا، ويشمل ذلك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية المقدمة لك. هذا النوع من الشكاوى لا يشتمل على أي نزاعات تخص الغطاء التأميني أو الدفع. لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى بشأن رعايتك الطبية، انظر الفصل التاسع (ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات الغطاء التأميني والتظلمات والشكاوى))

الطريقة	الشكاوى المتعلقة بالرعاية الطبية - معلومات الاتصال
الاتصال	(855) 959-5855 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الهاتف النصي	711 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الفاكس	813-472-8203
الكتابة	CCA Health Michigan Attn: Appeals Coordinator PO BOX 21063 Eagan, MN 55121
موقع Medicare الإلكتروني	يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Maximum مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، يرجى الانتقال إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

الشكاوى المتعلقة بالأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) - معلومات الاتصال	الطريقة
	الاتصال
المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).	(855) 959-5855
	الهاتف النصي
يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.	711
ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).	
	الفاكس
	الكتابة
CCA Health Michigan PO BOX 21063 Eagan, MN 55121	
يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Maximum مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، يرجى الانتقال إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .	موقع Medicare الإلكتروني

إلى أين تُرسل طلبًا لتطلب منا دفع تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء الذي تلقينته

إذا كنت قد تلقيت فاتورة أو دفعت مقابل خدمات (مثل فاتورة مقدم خدمة) تعتقد أنه يجب علينا الدفع مقابلها، فقد تحتاج إلى مطالبتنا بالتعويض أو دفع فاتورة مقدم الخدمة. انظر الفصل السابع (مطالبتنا بدفع فاتورة استلمتها مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني).

يُرجى ملاحظة ما يلي: إذا أرسلت إلينا طلب دفع ورفضنا أي جزء من طلبك، فيمكنك التظلم من قرارنا. انظر الفصل التاسع (ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات الغطاء التأميني، التظلمات، الشكاوى)) لمزيد من المعلومات.

الطريقة	طلبات الدفع - معلومات الاتصال
الاتصال	(855) 959-5855
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الهاتف النصي	711
	يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.
	ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية).
الفاكس	888-918-2993
الكتابة	CCA Health Michigan AP/GR PO BOX 21063 Eagan, MN 55121
الموقع الإلكتروني	www.ccahealthmi.org

القسم الثاني Medicare (كيفية الحصول على مساعدة ومعلومات مباشرة من برنامج Federal Medicare) (Medicare)

برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، بالإضافة إلى بعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ممن يعانون من إعاقات معينة، وكذلك الأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في مرحله النهائية (فشل كلوي دائم يتطلب غسيلًا كلويًا أو زراعة كلية).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid (تسمى أحيانًا CMS). تتعاقد هذه الوكالة مع مؤسسات Medicare Advantage بما فيها مؤسستنا.

الطريقة	Medicare - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-MEDICARE أو 1-800-633-4227 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
الهاتف النصي	1-877-486-2048 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.
الموقع الإلكتروني	www.Medicare.gov هذا هو الموقع الرسمي للحكومي لبرنامج Medicare. فهو يقدم لك معلومات حديثة عن Medicare ومشكلات Medicare الحالية. كما يحتوي على معلومات عن المستشفيات ودور الرعاية والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومنشآت الغسيل الكلوي. ويشتمل على مستندات يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر لديك. يمكنك أيضًا العثور على جهات اتصال Medicare في ميشيغان. يحتوي الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare أيضًا على معلومات تفصيلية بشأن خيارات الأهلية والتسجيل في برنامج Medicare باستخدام الأدوات التالية: <ul style="list-style-type: none"> • أداة أهلية Medicare (Medicare Eligibility Tool): توفر معلومات عن حالة الأهلية لبرنامج Medicare. • أداة البحث عن خطة Medicare (Medicare Plan Finder): يوفر معلومات شخصية بشأن خطط الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare، وخطط Medicare الصحية، ووثائق تأمين Medigap (تأمين Medicare Supplement) في منطقتك. تقدم تلك الأدوات تقديرات لتكاليفك العينية في خطط Medicare المختلفة.

Medicare - معلومات الاتصال	الطريقة
<p>يمكنك أيضًا استخدام الموقع الإلكتروني لإخبار Medicare بأي شكاوى لديك تتعلق بخطة CCA Medicare Maximum:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أخبر Medicare عن شكواك: يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Maximum مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، يرجى الانتقال إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. <p>يأخذ برنامج Medicare شكواك على محمل الجد وسيستخدم تلك المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.</p> <p>إذا لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، فقد تتمكن مكتبك المحلية أو مركز كبار السن من مساعدتك في زيارة ذلك الموقع الإلكتروني باستخدام جهاز الكمبيوتر الخاص به. كما يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare وإخبارهم بالمعلومات التي تبحث عنها. سيعثرون على تلك المعلومات على الموقع الإلكتروني ويراجعونها معك. (يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم (1-877-486-2048).</p>	<p>الموقع الإلكتروني (تابع)</p>

القسم الثالث برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (مساعدة مجانية ومعلومات وإجابات عن أسئلتك بشأن Medicare)

برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP) هو برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين في كل ولاية. في ميشيغان، يطلق على برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية برنامج Michigan Medicare/Medicaid Assistance (Program) (MMAAP).

برنامج MMAAP هو برنامج مستقل من برامج الولاية (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لأغراض تقديم استشارات التأمين الصحي المحلية المجانية للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare.

يمكن أن يساعدك مستشارو برنامج MMAAP على فهم حقوقك في برنامج Medicare، ومساعدتك على تقديم شكاوى بشأن رعايتك الطبية أو علاجك، ومساعدتك على تسوية المشكلات المتعلقة بفواتير برنامج Medicare. كما يمكن أيضًا لمستشاري برنامج مساعدة التأمين الصحي بولاية ميشيغان مساعدتك في أسئلة أو مشكلات Medicare ومساعدتك في فهم خيارات خطة Medicare والإجابة عن الأسئلة التي تتعلق بتبديل الخطط.

طريقة الوصول إلى برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية وغيره من الموارد:

- تفضل بزيارة <https://www.shiphelp.org> (انقر فوق SHIP LOCATOR في منتصف الصفحة)
- حدد ولايتك من القائمة. سينقلك ذلك إلى صفحة تحتوي على أرقام هواتف وموارد تخص ولايتك.

الطريقة	برنامج Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAAP) - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-803-7174
الكتابة	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program 6105 W. St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
الموقع الإلكتروني	www.mmapinc.org

القسم الرابع منظمة تحسين الجودة

توجد منظمة مخصصة لتحسين الجودة وذلك بغرض خدمة المستفيدين من Medicare في كل ولاية. بالنسبة لميشيغان، يُطلق على المؤسسة المعنية بتحسين الجودة اسم Livanta.

لدى مؤسسة Livanta مجموعة من الأطباء واختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتقاضون أجرًا من Medicare من أجل التفتيش على جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare والمساعدة في تحسينها. مؤسسة Livanta هي مؤسسة مستقلة. وهي غير مرتبطة بخطتنا.

يجب عليك الاتصال بشركة Livanta في أي من الحالات التالية:

- إذا كانت لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها.
- إذا كنت تعتقد أن الغطاء التأميني لإقامتك في المستشفى سينتهي قريبًا جدًا.
- إذا كنت تعتقد أن الغطاء التأميني لرعايتك الصحية المنزلية، أو للرعاية في مرفق التمريض المتخصص، أو لخدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي قريبًا جدًا.

الطريقة	Livanta: (مؤسسة تحسين الجودة في ولاية ميشيغان) - معلومات الاتصال
الاتصال	1-888-524-9900 من الإثنين إلى الجمعة: من الساعة 9:00 صباحاً حتى الساعة 5:00 مساءً (بالتوقيت المحلي) من السبت إلى الأحد: من الساعة 11:00 صباحاً حتى الساعة 3:00 مساءً (بالتوقيت المحلي) تتوفر خدمة البريد الصوتي على مدار الساعة
الهاتف النصي	1-888-985-8775 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. من الإثنين إلى الجمعة: من الساعة 9:00 صباحاً حتى الساعة 5:00 مساءً (بالتوقيت المحلي) من السبت إلى الأحد: من الساعة 11:00 صباحاً حتى الساعة 3:00 مساءً (بالتوقيت المحلي) تتوفر خدمة البريد الصوتي على مدار الساعة
الكتابة	Livanta LLC BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	www.livantaqio.com

الضمان الاجتماعي

القسم الخامس

يتحمل الضمان الاجتماعي مسؤولية تحديد مدى الأهلية والتعامل مع التسجيل في برنامج Medicare. يحق لمواطني الولايات المتحدة والمقيمين الدائمين الشرعيين الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر، أو الذين يعانون من إعاقة أو مرض كلوي في مرحلته النهائية ويستوفون شروطًا معينة، التسجيل في برنامج Medicare. إذا كنت تحصل بالفعل على شيكات ضمان اجتماعي، فإنه يتم تسجيلك في Medicare تلقائيًا. إذا كنت لا تحصل على شيكات ضمان اجتماعي، فيجب عليك

التسجيل في برنامج Medicare. للتقدم بطلب للتسجيل في برنامج Medicare، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي.

كما يتحمل الضمان الاجتماعي مسؤولية تحديد الأشخاص الذين يجب عليهم دفع مبلغ إضافي لتغطية أدوية الجزء (د) نظرًا لأن دخلهم أعلى. إذا تلقيت خطابًا من الضمان الاجتماعي يخبرك بأنه يجب عليك دفع مبلغ إضافي وكانت لديك استفسارات بشأن ذلك المبلغ، أو إذا انخفض دخلك بسبب حدث غير حياتك، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة النظر.

من المهم أيضًا أن تتصل بالضمان الاجتماعي في حالة قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره.

الطريقة	الضمان الاجتماعي - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-772-1213 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاحون من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة. كما يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلية الخاصة بالضمان الاجتماعي للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.
الهاتف النصي	1-800-325-0778 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاحون من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

القسم السادس Medicaid

برنامج **Medicaid** هو برنامج حكومي مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في تحمل بعض التكاليف الطبية عن بعض الأشخاص من ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة.

بالإضافة إلى ذلك، هناك برامج مقدمة من برنامج Medicaid تساعد الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare على دفع تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare التي يجب عليهم سدادها. تساعد برامج Medicare Savings الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على توفير أموال كل عام.

إذا كانت لديك أسئلة بشأن المساعدة التي تحصل عليها من Medicaid، فيمكنك الاتصال بإدارة الخدمات الطبية الصحية المجتمعية في ميشيغان.

الطريقة	إدارة الخدمات الطبية الصحية المجتمعية في ميشيغان - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-642-3195 من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 7:00 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية، من الإثنين إلى الجمعة
الكتابة	Michigan Department of Health and Human Services 333 S. Grand Ave P.O. Box 30195 Lansing, Michigan 48909
الموقع الإلكتروني	www.michigan.gov/mdhhs

يساعد مكتب خدمات كبار السن في ميشيغان الأشخاص المسجلين في برنامج Michigan Medicaid الذين يعانون من مشكلات في الخدمة أو الفواتير. يمكنهم مساعدتك في تقديم شكوى أو تظلم إلى خطتنا.

الطريقة	مكتب خدمات كبار السن في ميشيغان - معلومات الاتصال
الاتصال	866-485-9393 أو (373-8230 (517) من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 5:00 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية،
الهاتف النصي	(517) 373-4096 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.
الكتابة	Michigan Office of Services to the Aging P.O. Box 30676 Lansing, MI 48909-8176
الموقع الإلكتروني	www.michigan.gov/osa

يساعد برنامج Michigan Long Term Care Ombudsman الأشخاص على الحصول على معلومات عن دور الرعاية، كما يساعد على حل المشكلات التي تنشأ بين دور الرعاية والمقيمين أو عائلاتهم.

الطريقة	برنامج Michigan Long Term Care Ombudsman - معلومات الاتصال
الاتصال	517-827-8040
الكتابة	Michigan Long Term Care Ombudsman 15851 S. US 27 Suite 73 Lansing, MI 48906
الموقع الإلكتروني	www.mltcop.org

القسم السابع معلومات عن البرامج التي تساعد الأشخاص على دفع ثمن الأدوية الموصوفة لهم

يوفر موقع Medicare.gov (<https://www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-prescription-costs>) معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا. بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المحدود، هناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة، موضحة أدناه.

برنامج "المساعدة الإضافية" من Medicare

نظرًا لأنك مؤهل للتسجيل في برنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "مساعدة إضافية" من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة طبيًا الخاصة بك. لا تحتاج إلى القيام بأي شيء آخر للحصول على "المساعدة الإضافية".

إذا كانت لديك أسئلة بشأن "المساعدة الإضافية"، فاتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048 (الطلبات)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع؛
- مكتب الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213، بين الساعة 8 صباحًا و 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-325-0778؛ أو
- مكتب Michigan Medicaid Office (الطلبات) (انظر القسم السادس من هذا الفصل للحصول على معلومات الاتصال).

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح لتقاسم التكاليف عندما تحصل على أدويةك الموصوفة طبيًا من إحدى الصيدليات، فإن خطتنا قد وضعت إجراءات لك من أجل أن تطلب المساعدة في الحصول على دليل بشأن المستوى المناسب لمبالغ السداد المشترك، أو في تقديم هذا الدليل إلينا إذا كان لديك بالفعل ذلك الدليل.

- أي من الوثائق التالية تعتبر دليلاً على أنك مؤهل للحصول على مساعدة إضافية. يمكنك تقديم الوثائق بنفسك أو من خلال أي شخص يتصرف نيابةً عنك كالصيدلي أو المحامي أو الممثل أو أحد أفراد أسرته أو غيرهم. يُرجى إرسال نسخة من أي من الوثائق التالية إلى:

CCA Health Michigan

PO BOX 21063

Eagan, MN 55121

○ نسخة من بطاقة Medicaid الخاصة بك، والتي تحتوي على اسمك وتاريخ الأهلية خلال الفترة محل التناقص؛

- تقرير جهة الاتصال، بما في ذلك تاريخ إجراء مكالمة التحقق إلى وكالة Medicaid الحكومية واسم موظف الولاية الذي تحقق من حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض ووظيفته ورقم هاتفه؛
- نسخة من وثيقة الولاية التي تؤكد حالة Medicaid النشطة خلال الفترة محل التناقض؛
- نسخة مطبوعة من ملف التسجيل الإلكتروني الخاص بالولاية توضح حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- طباعة شاشة من أنظمة Medicaid بالولاية توضح حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- الوثائق الأخرى التي تقدمها الولاية، والتي توضح حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- تحويل من المنشأة يوضح دفع Medicaid لشهر تقويمي كامل لك خلال الفترة محل التناقض؛
- نسخة من وثائق الولاية تؤكد دفع Medicaid للمنشأة لمدة شهر تقويمي كامل نيابةً عنك؛
- طباعة شاشة من نظام Medicaid الخاص بالولاية توضح الحالة المؤسسية لهذا الفرد بناءً على إقامة لمدة شهر تقويمي كامل على الأقل لأغراض الدفع في Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- إذا لم تتمكن من تقديم دليل بتقديم أحد المستندات المذكورة أعلاه، فستحتاج إلى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855؛ ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.
- عندما نتلقى دليلاً يوضح مستوى مبالغ السداد المشترك، سنقوم بتحديث نظامنا حتى تتمكن من دفع نسبة مشاركتك الصحيحة في سداد التكاليف عندما تحصل في المرة القادمة على الأدوية الموصوفة طبيًا لك من الصيدلية. إذا دفعت مبلغًا زائدًا عند سداد مبلغ السداد المشترك، فسنعوضك. إما أن نرسل إليك شيكًا بالمبلغ الزائد أو نقوم بمقاصة مبالغ السداد المشترك في المستقبل. إذا لم تحصل الصيدلية منك على مبلغ السداد المشترك وقامت بتسجيل ذلك المبلغ كدين مستحق عليك، فقد ندفع مباشرةً إلى الصيدلية. إذا كانت الولاية تدفع نيابةً عنك، فقد ندفع مباشرةً إلى الولاية. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أسئلة.

ماذا لو كان لديك غطاء تأميني من برنامج المساعدة الدوائية للإيدز (ADAP)؟
ما هو برنامج المساعدة الدوائية للإيدز (ADAP)؟

يساعد برنامج المساعدة الدوائية للإيدز (ADAP) الأفراد المؤهلين للحصول على مساعدة في علاج فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على الحصول على علاجات فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) من برنامج Medicare والمدرجة أيضًا في كتيب الوصفات الخاص ببرنامج المساعدة الدوائية للإيدز ADAP مؤهلة لاستحقاق المساعدة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال برنامج المساعدة الدوائية للإيدز في ميشيغان (Michigan Ryan White AIDS Drug Assistance). **ملاحظة:** لكي يكون الأفراد مؤهلين للحصول على برنامج المساعدة الدوائية للإيدز ADAP الذي يعمل في ميشيغان، يجب أن يستوفوا معايير معينة، من بينها إثبات إقامة بالولاية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية، والدخل المنخفض على النحو الذي تحدده الولاية، وعدم وجود تأمين أو وجود تأمين غير كافٍ. إذا قمت بتغيير الخطط، فيُرجى إخطار موظف التسجيل المحلي في برنامج المساعدة الدوائية للإيدز ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات بشأن معايير الأهلية، أو الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني، أو كيفية التسجيل في البرنامج، يُرجى الاتصال بـ MIDAP على الرقم 1-888-826-6565 من الساعة 9 صباحًا إلى 5 مساءً من الاثنين إلى الجمعة.

القسم الثامن كيفية الاتصال بمجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية

مجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية هو وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج مزايا شاملة للعاملين في السكك الحديدية في البلاد وأسرهم. إذا كنت تتلقى برنامج Medicare الخاص بك من خلال مجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية، فمن المهم أن تخبرهم في حالة انتقالك أو تغييرك لعنوانك البريدي. إذا كانت لديك أسئلة بخصوص المزايا التي تحصل عليها من مجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية، فاتصل بالوكالة.

الطريقة	مجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية - معلومات الاتصال
الاتصال	1-877-772-5772 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاحون من الساعة 9:00 صباحًا حتى 3:00 مساءً، من يوم الإثنين إلى الجمعة. إذا ضغطت على "1"، فيمكنك الوصول إلى خط المساعدة RRB التلقائي والمعلومات المسجلة على مدار الساعة، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.
الهاتف النصي	1-312-751-4701 يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث. المكالمات إلى هذا الرقم ليست مجانية.
الموقع الإلكتروني	rrb.gov/

القسم التاسع هل لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من صاحب العمل؟

إذا كنت تحصل أنت بنفسك (أو زوجتك أو شريكك المنزلي) على مزايا من صاحب عملك (أو صاحب عمل زوجتك أو شريكك المنزلي) أو مجموعة للمتقاعدين، كجزء من هذه الخطة، فيمكنك الاتصال بصاحب العمل/مسؤول مزايا النقابة أو خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة. يمكنك أن تسأل عن المزايا الصحية أو الأقساط أو فترة التسجيل لصاحب عملك (أو صاحب عمل زوجك/زوجتك أو شريكك المنزلي) أو للمتقاعدين. (أرقام هواتف خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)؛ الهاتف النصي: 1-877-486-2048 ل طرح أي أسئلة تتعلق بغطاء Medicare التأميني بموجب هذه الخطة.

إذا كان لديك غطاء تأميني آخر للأدوية الموصوفة طبيًا من خلال مجموعة صاحب العمل الخاص بك (أو صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة أو الشريك المنزلي) أو مجموعة المتقاعدين، فيرجى الاتصال بمسؤول المزايا في تلك المجموعة. يمكن أن يساعدك مسؤول المزايا في تحديد طريقة عمل غطاءك التأميني الحالي للأدوية الموصوفة طبيًا مع خطتنا.

الفصل الثالث:

استخدام الخطة لخدماتك الطبية وغيرها من
الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني

القسم الأول أمر يجب معرفتها بشأن حصولك على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى باعتبارك عضوًا في خطتنا

يشرح هذا الفصل ما تحتاج إلى معرفته بشأن استخدام الخطة للحصول على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات الأخرى الخاضعة للغطاء التأميني. فهو يقدم تعريفات للمصطلحات ويشرح القواعد التي ستحتاج إلى اتباعها للحصول على العلاجات الطبية والخدمات والمعدات والأدوية الموصوفة والرعاية الطبية الأخرى التي تغطيها الخطة.

للحصول على تفاصيل بشأن الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا، استخدم مخطط المزايا الوارد في الفصل التالي، الفصل الرابع (مخطط المزايا الطبية، ما الذي يخضع للغطاء التأميني).

القسم 1.1 ما المقصود بمقدمي الخدمات التابعين للشبكة والخدمات الخاضعة للغطاء التأميني؟

- **مقدمو الخدمات** هم أطباء واختصاصيو رعاية صحية آخرون مرخص لهم من الولاية بتقديم الخدمات الطبية والرعاية الطبية. يشمل مصطلح مقدمي الخدمات أيضًا المستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية الأخرى.
- **مقدمو الخدمات التابعون للشبكة** هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية التي أبرمت اتفاقًا معنا لقبول مدفوعاتنا باعتبارها مدفوعات كاملة. لقد عقدنا اتفاقات مع مقدمي الخدمات هؤلاء لتقديم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني للأعضاء في خطتنا. يُرسل إلينا مقدمو الخدمات في شبكتنا فاتورة مباشرة عن الرعاية التي يقدمونها لك. عندما تزور أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة، فإنك لن تدفع أي شيء مقابل الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني.
- **تشمل الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني** جميع خدمات الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الصحية ومعدات المستلزمات والأدوية الموصوفة التي تغطيها خطتنا. خدمات الرعاية الطبية التي تخضع لغطاءك التأميني مدرجة في مخطط المزايا في الفصل الرابع. تمت مناقشة خدمات الأدوية الموصوفة طبيًا التي يشملها غطاءك التأميني في الفصل الخامس.

القسم 1.2 القواعد الأساسية لحصولك على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات التي تغطيها الخطة

إن خطة CCA Medicare Maximum، باعتبارها خطة صحية تابعة لبرنامج Medicare، يجب أن تغطي جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare وقد تقدم خدمات أخرى بالإضافة إلى تلك التي يغطيها برنامج Original Medicare كما هو موضح في الفصل الرابع.

تغطي خطة CCA Medicare Maximum بشكل عام رعايتك الطبية طالما:

- كانت الرعاية التي تتلقاها ضمن مخطط المزايا الطبية التي تقدمها الخطة (ورد هذا المخطط في الفصل الرابع من هذا المستند).
- تُعتبر الرعاية التي تتلقاها ضرورية طبيًا. ويُقصد بقولنا ضرورية طبيًا أن تكون الخدمات أو المستلزمات أو المعدات أو الأدوية مطلوبة لوقاية حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها، وأن تستوفي معايير الممارسة الطبية المقبولة.
- أن يكون لديك مُقَدِّم رعاية أساسي تابع للشبكة (PCP) يقدم رعايتك ويشرف عليها. بصفتك عضوًا في خطتنا، يجب عليك اختيار مُقَدِّم رعاية أساسي تابع للشبكة (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم 2.1 من هذا الفصل).

- الإحالات من مقدم الرعاية الأساسي غير مطلوبة من أجل أي رعاية طوارئ أو من أجل خدمات مطلوبة بشكل عاجل. هناك أيضًا بعض أنواع الرعاية الأخرى التي يمكنك الحصول عليها دون الحصول على موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم 2.2 من هذا الفصل).
- **يجب أن تتلقى الرعاية من مقدم خدمة تابع للشبكة** (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، راجع القسم الثاني من هذا الفصل). في معظم الحالات، لن نغطي الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة خارج الشبكة (أي مقدم خدمة ليس تابعًا لشبكة خطتنا). وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لمقدم الخدمة قيمة الخدمات المقدمة بالكامل. *واليك أدناه ثلاثة استثناءات:*
 - تغطي الخطة رعاية الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة. لمزيد من المعلومات حول ذلك، ولمعرفة المقصود بالخدمات الطارئة أو المطلوبة بشكل عاجل، راجع القسم الثالث من هذا الفصل.
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يتطلب برنامج Medicare أن تغطيها خطتنا ولكن لا يوجد اختصاصيون في شبكتنا يقدمون تلك الرعاية، فيمكنك الحصول على تلك الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة. يجب أن تحصل على تصريح من الخطة بالحصول على الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة قبل أن تطلب تلك الرعاية. في تلك الحالة، سنغطي تلك الخدمات دون أن تتحمل أي تكلفة. للحصول على معلومات بشأن الحصول على موافقة لزيارة طبيب خارج الشبكة، راجع القسم 2.4 من هذا الفصل.
 - تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة غسيل كلوي معتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا أو عندما يكون مقدم الخدمة الذي يقدم لك تلك الخدمة تحديدًا غير متاح مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليه. لا يمكن أبدًا أن تتجاوز حصتك في التكلفة التي تدفعها إلى خطة غسيل الكلى نسبة تقاسم التكلفة في خطة Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة وحصلت على خدمة الغسيل الكلوي من مقدم خدمة خارج شبكة الخطة، فلا يمكن لحصتك في التكلفة أن تتجاوز حصتك في التكلفة التي تدفعها داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم خدمة غسيل الكلى المعتاد داخل الشبكة غير متاح مؤقتًا واخترت الحصول على خدمات داخل منطقة الخدمة من مقدم خدمة خارج شبكة الخطة، فقد تكون حصة التكلفة في غسيل الكلى أعلى.

القسم الثاني الاستعانة بمقدمي الخدمات في شبكة الخطة للحصول على رعايتك الطبية وغيرها من الخدمات

القسم 2.1 يجب عليك اختيار مقدم رعاية أساسي (PCP) ليقدّم لك الرعاية ويشرف عليها

من هو مُقدّم الرعاية الأساسي وماذا يفعل مُقدّم الرعاية الأساسي لك؟

مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك هو مقدم الرعاية التابع للشبكة الذي تزوره أولاً لمعظم المشكلات الصحية.

ما أنواع مقدمي الخدمات الذين قد يعملون كمقدمي رعاية أساسيين؟

يمكن أن يكون مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك طبيب رعاية أساسي مرخصًا أو ممرضة ممارسة أو مساعد طبيب أو اختصاصي صحة نسائية يستوفي متطلبات الولاية ومدرب على تقديم رعاية طبية عامة شاملة لك.

ما هو دور مقدم الرعاية الأساسي المتابع لي؟

يتولى مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك مسؤولية تنسيق رعايتك الصحية، بما في ذلك احتياجاتك الروتينية من الرعاية الصحية. عندما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب عليك اختيار مقدم رعاية تابع للشبكة ليكون هو مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك. إننا نتعاقد مع مقدمي الرعاية الأساسيين ممن هم على دراية بمجتمعك وممن قاموا بإقامة علاقات عمل مع الاختصاصيين والمستشفيات ومقدمي خدمات الرعاية المنزلية المجتمعية ومرافق التمريض المتخصصة في منطقتك.

ما دور مقدم الرعاية الأساسي في تنسيق الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني؟

يتحمل مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك، جنبًا إلى جنب مع الأعضاء الآخرين في فريق رعايتك، مسؤولية تنسيق جميع جوانب رعايتك الطبية. قد يضم فريق الرعاية المتابع لك مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك، وشريك الرعاية، وغيرهم حسب الاقتضاء. تنسيق خدماتك يشمل طلب الحصول على إذن مسبق منا عند الاقتضاء والتحقق أو التشاور معك ومع مقدمي الخدمات الآخرين التابعين للخطة بشأن رعايتك وكيف تسير الأمور.

كيف تختار مُقَدِّم الرعاية الأساسي المتابع لك؟

يتعين أن يكون لكل عضو من أعضائنا مقدم رعاية أساسي (PCP) متعاقد مع خطتنا. يجب عليك اختيار مُقَدِّم رعاية أساسي عند التسجيل في خطتنا.

يمكنك استخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات للعثور على مقدم رعاية أساسي. يتوافر أحدث دليل لمقدمي الخدمات على موقعنا الإلكتروني <http://www.ccahealthmi.org>.

إذا لم تختار مقدم رعاية أساسي، فقد نختار واحدًا لك. إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فيمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم المطبوع على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب. يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك في أي وقت. انظر "تغيير مقدم الرعاية الأساسي" أدناه.

تغيير مُقَدِّم الرعاية الأساسي المتابع لك

يمكنك تغيير مُقَدِّم الرعاية الأساسي المتابع لك لأي سبب في أي وقت. كما قد يغادر أيضًا مقدم الرعاية الأساسي شبكة مقدمي الخدمات التابعين لخطتنا، وفي تلك الحالة، سيتعين عليك البحث عن مقدم رعاية أساسي جديد.

إذا كنت ترغب في تغيير مقدم الرعاية الأساسي، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء. إذا كان تغيير مُقَدِّم الرعاية الأساسي تغييرًا إلى مجموعة طبية مختلفة، فسيصبح ساريًا في اليوم الأول من الشهر التالي لتقديم الطلب؛ ومع ذلك، إذا كان تغيير مُقَدِّم الرعاية الأساسي الخاص بك يقع ضمن نفس العيادة/عيادة الرعاية الأساسية، فقد يسري التغيير الخاص بك بسرعة أكبر. سوف تتلقى بطاقة عضوية جديدة توضح ذلك التغيير.

إذا غادر مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك شبكة الخطة الخاصة بنا، فسنخبرك بذلك عن طريق البريد وسنساعدك في اختيار مقدم رعاية أساسي آخر حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني. لمزيد من المعلومات أو المساعدة، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 2.2 ما أنواع الرعاية الطبية وغيرها من الخدمات التي يمكنك الحصول عليها دون إحالة من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك؟

- يمكنك الحصول على الخدمات المدرجة أدناه دون الحصول على موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك.
- الرعاية الصحية الروتينية للنساء، والتي تشمل فحوص الثدي، وصور الثدي الشعاعية (الأشعة السينية للثدي)، واختبارات مسحة عنق الرحم، وفحوص الحوض طالما أنك تحصلين عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
 - لقاحات الإنفلونزا، ولقاحات كوفيد-19، ولقاحات التهاب الكبد الوبائي ب، ولقاحات الالتهاب الرئوي طالما تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
 - خدمات الطوارئ المقدمة من مقدمي الخدمات المسجلين بالشبكة أو من مقدمي الخدمات غير المسجلين بالشبكة.
 - الخدمات المطلوبة بشكل عاجل هي خدمات خاضعة للغطاء التأميني وليست خدمات طوارئ، شريطة أن يكون ذلك في الحالات التي لا يكون مقدمو خدمات الشبكة متاحين مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليهم أو عندما يكون المسجل خارج منطقة الخدمة. على سبيل المثال، إذا كنت بحاجة إلى رعاية فورية خلال عطلة نهاية الأسبوع. يجب أن تكون الخدمات المطلوبة على الفور وضرورية طبيًا.
 - خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة غسيل كلوي معتمدة من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتاً. (يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إن أمكن قبل مغادرة منطقة الخدمة حتى تتمكن من مساعدتك في الترتيب لإجراء غسيل الكلى أثناء وجودك بعيداً).
 - لمزيد من المعلومات عن الخدمات التي لا تحتاج إلى تصريح مسبق (موافقة مسبقة)، راجع مخطط المزايا الطبية في الفصل الرابع، مخطط المزايا الطبية (الخدمات التي ستتم تغطيتها).

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من المتخصصين وغيرهم من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو لجزء من الجسم. هناك العديد من أنواع المتخصصين فيما يلي بعض الأمثلة:

- أطباء الأورام يعنون بالمرضى المصابين بالسرطان
 - أطباء القلب يعنون بالمرضى الذين يعانون من أمراض القلب
 - اختصاصيو العظام يعنون بالمرضى الذين يعانون من حالات معينة في العظام أو المفاصل أو العضلات
- لديك مُقَدِّم رعاية أساسي (PCP) وفريق رعاية يقدم الرعاية لك ويشرف عليها. سيعمل مُقَدِّم الرعاية الأساسي/فريق الرعاية معك ومع المتخصصين للتأكد من حصولك على الخدمات التي تحتاجها.

لدى مُقَدِّم الرعاية الأساسيين وأطباء الأسنان التابعين للخطة بعض الاختصاصيين الذين يستعينون بهم للإحالات، على الرغم من أنك مشمول بالتغطية لأي اختصاصي ينتمي إلى شبكتنا. إذا كان هناك اختصاصيون محددون ترغب في زيارتهم، فيجب أن تسأل مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك عما إذا كان يعمل مع هؤلاء الاختصاصيين. يمكنك تغيير مُقَدِّم الرعاية الأساسي المتابع لك إذا كنت ترغب في زيارة اختصاصي لا يستطيع مُقَدِّم الرعاية الأساسي الحالي المتابع لك إحالتك إليه. لمزيد من المعلومات عن تغيير مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك، راجع القسم 2.1 من هذا الفصل. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة.

تتعقد خطتنا مع منشآت معينة تقدم الرعاية للحالات الحادة والمزمنة، كما تقدم الرعاية تأهيلية. بصفتك عضوًا في خطة CCA Medicare Maximum، ستتم إحالتك إلى المستشفيات المتعاقد معها والتي يكون فيها لمقدم الرعاية الأساسي امتيازات لقبولك بها. يجب أن تكون تلك المنشآت مألوفة لك، وغالبًا ما تكون موجودة في مجتمعك. يُرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لتحديد موقع تلك المنشآت في شبكة الخطة. يوجد دليل حديث لمقدمي الخدمات الطبية والصيدليات على موقعنا الإلكتروني www.ccahealthmi.org.

إذا تم تشخيصك مؤخرًا بأنك مصاب بمرض خطير أو عضال، فقد يوصي شريك الرعاية الخاصة بك أو مقدم الرعاية الأساسي أو الاختصاصي ببرامج الرعاية التيسيرية أو برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّنة. تلك الرعاية التيسيرية يمكن أن تقدم لك الدعم في أثناء الإصابة بمرض خطير، كالعثور على خدمات تلبي احتياجاتك بما في ذلك رعاية أصحاب الأمراض المميّنة. رعاية أصحاب الأمراض المميّنة هي خيار للأعضاء الذين يعانون من مرض مميت. ينبغي عليك مناقشة الخيارات المتاحة لك مع فريق الرعاية المتابع لك.

قد تكون هناك حاجة إلى تصريح مسبق للحصول على خدمات معينة (يُرجى الاطلاع على الفصل الرابع أو معلومات عن الخدمات التي تتطلب تصريحًا مسبقًا). يمكن الحصول على تصريح من الخطة. يمكنك أنت بنفسك أو مقدم الخدمة أن تسأل الخطة قبل تقديم الخدمة عما إذا كانت الخطة ستغطي تلك الخدمة أم لا. يمكنك أن تطلب أنت بنفسك أو مقدم الخدمة أن يكون هذا التقرير كتابيًا. تُسمى هذه العملية بالتقرير المسبق. فإذا قلنا أننا لن نغطي خدماتك، يحق لك أو لمقدم الرعاية المتابع لك التظلم من قرارنا الصادر بعدم تغطية رعايتك. يحتوي الفصل الثامن (ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى) (قرارات التغطية، التظلمات، الشكاوى) على مزيد من المعلومات بشأن ما يجب فعله إذا كنت تريد قرار تغطية منا أو تريد الطعن على قرار اتخذناه بالفعل.

ماذا لو ترك أحد الاختصاصيين أو أحد مقدمي الخدمة الآخرين التابعين للشبكة خطتنا؟

قد نقوم بإجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والاختصاصيين (مقدمي الخدمات) الذين يشكلون جزءًا من خطتك خلال العام. إذا ترك طبيبك أو الاختصاصي خطتك، فلديك بعض الحقوق ووسائل الحماية نلخصها أدناه:

- على الرغم من أن شبكتنا من مقدمي الخدمات قد تشهد تغييرات في أثناء العام، إلا أن برنامج Medicare يطلب منا أن نوفر لك إمكانية الحصول على رعاية الأطباء والمتخصصين المؤهلين دون انقطاع.
- سنخاطبك بأن مقدم الخدمة الخاص بك سيتترك خطتنا بحيث يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمة جديد.
 - إذا ترك مقدم الرعاية الأساسي أو الصحة السلوكية خطتنا، فنسخطرك إذا كنت قد زرت مقدم الرعاية المذكور خلال السنوات الثلاث الماضية.
 - إذا ترك أي من مقدمي الخدمة الآخرين خطتنا، فنسخطرك إذا تم تعيين مقدم خدمة لك، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو كنت قد زرته خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك في اختيار مقدم خدمة مؤهل جديد داخل الشبكة يمكنك الوصول إليه للحصول على الرعاية المستمرة.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمة الحالي لديك، فيحق لك أن تطلب ذلك، وسنعمل معك لضمان استمرار العلاج أو العلاجات الضرورية طبيًا التي تتلقاها.
- سنقدم لك معلومات عن فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.

- سنتولى اتخاذ ترتيبات لأي ميزة ضرورية طبيًا نغطيها إذا كانت خارج شبكة مقدمي الخدمة لدينا، ولكن بنفس حصتك في التكلفة داخل الشبكة، وذلك عندما يكون مقدم الخدمة أو الميزة داخل الشبكة غير متاح أو غير كافٍ لتلبية احتياجاتك الطبية.
- إذا اكتشفت أن طبيبك أو الاختصاصي المتابع لك سيتترك خطتك، فيُرجى الاتصال بنا حتى نتمكن من مساعدتك في العثور على مقدم خدمة جديد لإدارة أمور رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نقدم لك مقدم خدمة مؤهلاً بديلاً ليحل محل مقدم الخدمة السابق أو أن رعايتك لا تتم إدارتها بشكل مناسب، فيحق لك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة أو تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى الخطة أو كليهما. يُرجى الاطلاع على الفصل الثامن.

القسم 2.4 كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي رعاية من خارج الشبكة

الرعاية التي تتلقاها من مقدمي رعاية خارج الشبكة لن تخضع للغطاء التأميني إلا إذا استوفت الرعاية أحد الاستثناءات الثلاثة الموضحة في القسم 1.2 من هذا الفصل. للحصول على معلومات بشأن الحصول على رعاية خارج الشبكة حينما تكون لديك حالة طبية طارئة أو حاجة ملحة للرعاية، يُرجى الاطلاع على القسم الثالث من هذا الفصل.

إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية وأنت داخل منطقة الخدمة، ولكنك تسعى للحصول على خدمات من مقدم خدمة من خارج الشبكة أو كنت خارج منطقة الخدمة، فإن الغطاء التأميني المقدم لك يقتصر على حالات الطوارئ الطبية والخدمات المطلوبة بشكل عاجل والغسيل الكلوي، ما لم توافق CCA Health Michigan مقدمًا على حصولك على خدمات خارج الشبكة. إذا لم يكن مقدمو الخدمات المتخصصة متاحين داخل الشبكة، فيمكنك طلب تصريح للرعاية خارج الشبكة. يمكن للأعضاء طلب الموافقة مقدمًا (التصريح) للحصول على خدمات خارج الشبكة عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب). انظر الفصل الرابع للحصول على مزيد من المعلومات التفصيلية بشأن مزاياك الطبية والفصل السابع للحصول على معلومات بشأن الدفع مقابل الخدمات التي يقدمها مقدمو الخدمات خارج الشبكة. إذا كانت لديك أسئلة بشأن الرعاية الطبية الخاضعة للغطاء التأميني في أثناء السفر، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب).

القسم الثالث كيفية الحصول على الخدمات عندما تكون لديك حالة طارئة أو حاجة ملحة للرعاية أو في أثناء وقوع كارثة

القسم 3.1 الحصول على الرعاية إذا كانت لديك حالة طبية طارئة

ما هي حالة الطوارئ الطبية وما الذي يجب عليك فعله إذا كنت تعاني منها؟

الحالة الطبية الطارئة هي الحالة التي تعتقد فيها أنت، أو أي شخص عادي حصيد لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى رعاية طبية فورية للحيلولة دون أن تفقد حياتك (وإذا كنت امرأة حامل، للحيلولة دون فقد الجنين)، أو للحيلولة دون فقد أحد الأطراف أو وظيفته، أو للحيلولة دون فقد إحدى وظائف الجسم أو ضعفها بشكل خطير. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا، أو إصابة، أو ألمًا شديدًا، أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

اتصل بالرقم 911 إذا كانت لديك حالة طبية طارئة:

- **اطلب المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل بالرقم 911 للحصول على المساعدة أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل بسيارة إسعاف إذا كنت بحاجة إليها. لست بحاجة إلى الحصول على موافقة أو إحالة أولاً من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك. كما أنك لست بحاجة إلى الاستعانة بطبيب تابع للشبكة. يمكنك الحصول على رعاية طبية طارئة خاضعة للغطاء التأميني متى احتجت إليها، وفي أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها، ومن أي مقدم خدمة لديه ترخيص حكومي مناسب حتى لو لم يكن تابعاً لشبكتنا. تغطي خطتنا أيضاً خدمات الطوارئ، بما في ذلك النقل في حالات الطوارئ، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة وأقاليمها. تغطي خطتنا كذلك خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها استخدام أي طريقة أخرى للوصول إلى غرفة الطوارئ إلى تعريض صحتك للخطر. لمزيد من المعلومات، راجع مخطط المزايا الطبية الوارد في الفصل الرابع من هذا الكتيب.
- **تأكد من إبلاغ خطتنا في أقرب وقت ممكن بحالة الطوارئ التي لديك.** إننا نحتاج إلى متابعة رعاية الطوارئ التي حصلت عليها. يجب عليك أنت أو أي شخص آخر الاتصال بنا لإخبارنا عن رعاية الطوارئ التي حصلت عليها، عادةً في غضون 48 ساعة. يمكن الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي: 711)، من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع، خلال الفترة من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. (1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة)

ما الخدمات التي تغطيها الخطه إذا كانت لديك حالة طبية طارئة؟

يجوز لك الحصول على رعاية طبية طارئة تغطيها الخطه متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها. تغطي خطتنا أيضاً خدمات الطوارئ على مستوى العالم، بما في ذلك النقل في حالات الطوارئ، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.

تغطي خطتنا كذلك خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها استخدام أي طريقة أخرى للوصول إلى غرفة الطوارئ إلى تعريض صحتك للخطر. كما نغطي الخدمات الطبية في أثناء الطوارئ.

سيقرر الأطباء الذين يقدمون لك رعاية الطوارئ الوقت الذي تصبح فيه حالتك مستقرة والوقت الذي تنتهي فيه الحالة الطبية الطارئة.

بعد انتهاء حالة الطوارئ، يحق لك متابعة الرعاية للتأكد من استمرار استقرار حالتك. سيستمر أطباؤك في علاجك حتى يتصل بنا أطباؤك ويضعون خططاً لرعاية إضافية. ستغطي خطتنا رعاية المتابعة المقدمة لك. في حالة تقديم رعاية طوارئ لك من مقدمي رعاية من خارج الشبكة، فسنحاول اتخاذ الترتيبات اللازمة ليتولى مقدمو الرعاية التابعون إلى الشبكة رعايتك بمجرد أن تسمح حالتك الطبية والظروف بذلك.

ماذا لو اتضح أنها لم تكن حالة طبية طارئة؟

قد يكون من الصعب أحياناً معرفة ما إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة أم لا. على سبيل المثال، قد تذهب للحصول على رعاية طوارئ - معتقداً أن صحتك في خطر كبير - فيقول لك الطبيب أنها ليست حالة طبية طارئة على الإطلاق. إذا تبين أنها لم تكن حالة طارئة، وكنت تعتقد بشكل معقول أن صحتك في خطر كبير، فسنغطي رعايتك.

ومع ذلك، فإن أي رعاية طبية إضافية تحصل عليها بعد أن يقول الطبيب أنها لم تكن حالة طارئة، فلن نغطي تلك الرعاية الإضافية إلا إذا حصلت على تلك الرعاية الإضافية بإحدى الطريقتين التاليتين:

- أن تذهب إلى أحد مقدمي الرعاية المسجلين بالشبكة للحصول على الرعاية الإضافية.

- أو - تعتبر الرعاية الإضافية التي تحصل عليها خدمات مطلوبة بشكل عاجل، شريطة أن تتبع قواعد الحصول على تلك الرعاية الطارئة (لمزيد من المعلومات حول هذا الأمر، انظر القسم 3.2 أدناه).

الحصول على الرعاية عندما تكون تلك الخدمات مطلوبة بشكل عاجل

القسم 3.2

ما هي الخدمات المطلوبة بشكل عاجل؟

الخدمة المطلوبة بشكل عاجل هي حالة غير طارئة تحتاج إلى رعاية طبية فورية، إلا أن حصولك على تلك الخدمات من مقدم خدمة تابع للشبكة غير ممكن أو غير معقول بالنظر إلى ظروفك. يجب أن تغطي الخطة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل المقدمة خارج الشبكة. من أمثلة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل: (1) التهاب شديد في الحلق يحدث خلال عطلة نهاية الأسبوع أو (2) احتدام غير متوقع لحالة معروفة عندما تكون خارج منطقة الخدمة مؤقتاً.

راجع دليل مقدمي الخدمات للحصول على قائمة بمراكز الرعاية العاجلة التابعة للشبكة.

ينبغي أن تحاول دائماً الحصول على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل من مقدمي الخدمات المسجلين بالشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدمو الخدمة غير متاحين مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليهم وكان من غير المعقول الانتظار للحصول على الرعاية من مقدم خدمة الشبكة حينما تصبح الشبكة متاحة، فإننا سنغطي الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة. إذا كنت بحاجة إلى العثور على مقدم رعاية عاجلة، فيمكنك استخدام أداة البحث عن طبيب على موقعنا الإلكتروني على www.ccahealthmi.org أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855؛ ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711. ساعات العمل من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، طوال أيام الأسبوع في الفترة من 1 أكتوبر إلى 31 مارس (من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة). (قد تتلقى خدمة مراسلة في عطلات نهاية الأسبوع والعطلات من 1 أبريل حتى 30 سبتمبر. يُرجى ترك رسالة وسيتم الرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. عندما تكون خارج منطقة الخدمة ولا يمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات طبية مسجل في الشبكة، ستغطي خطتنا الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي مقدم خدمات.

تغطي خطتنا أيضاً خدمات الطوارئ والرعاية المطلوبة بشكل عاجل على مستوى العالم، بما في ذلك النقل في حالات الطوارئ، خارج الولايات المتحدة وأقاليمها. لمزيد من المعلومات، راجع مخطط المزايا الطبية الوارد في الفصل الرابع من هذا الكتيب.

الحصول على الرعاية في أثناء الكوارث

القسم 3.3

إذا أعلن حاكم ولايتك، أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي، أو رئيس الولايات المتحدة عن حالة طوارئ أو كارثة في منطقتك الجغرافية، تظل مستحقاً للحصول على الرعاية من خطتك.

يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: www.medicare.gov/what-medicare-covers/getting-care-drugs-in-disasters-or-emergencies للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية اللازمة في أثناء الكوارث.

إذا لم تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمة تابع للشبكة في أثناء وقوع الكوارث، فستسمح لك خطتك بالحصول على الرعاية من مقدمي خدمة من خارج الشبكة بنفس حصتك في التكلفة داخل الشبكة. إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة في أثناء

وقوع إحدى الكوارث، فقد تتمكن من صرف أدويةك الموصوفة طبيًا من صيدلية خارج الشبكة. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على الفصل الخامس، القسم 2.5.

القسم الرابع ماذا لو تمت محاسبتك مباشرةً على تكلفة خدماتك الكاملة؟

القسم 4.1 يمكنك أن تطلب منا أن ندفع قيمة الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني

إذا كنت قد دفعت قيمة خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني، أو كنت قد تلقيت فاتورة عن خدمات طبية خاضعة للغطاء التأميني، فانتقل إلى الفصل السابع (مطالبتنا بدفع فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني) للحصول على معلومات بشأن ما ينبغي عليك القيام به.

القسم 4.2 ماذا يجب أن تفعل إذا لم تكن خطتنا تغطي الخدمات؟

تغطي خطة CCA Medicare Maximum جميع الخدمات الضرورية طبيًا كما هو موضح في مخطط المزايا الطبية في الفصل الرابع من هذا المستند. فإذا تلقيت خدمات خارج الشبكة لا تغطيها خطتنا أو خدماتنا ولم يتم التصريح بها، فإنك تتحمل مسؤولية دفع تكلفة تلك الخدمات كاملة.

بالنسبة للخدمات التي تغطيها الخطة والتي تخضع لقيود على المزايا، فإنك تدفع أيضًا كامل تكلفة أي خدمات تحصل عليها بعد أن تستهلك المزايا الخاصة بك لهذا النوع من الخدمات التي تغطيها الخطة. أي مبالغ تدفعها بعد وصولك إلى الحد الأقصى للمزايا لا تُحتسب ضمن الحد الأقصى السنوي للمصروفات النثرية. (انظر الفصل الرابع لمزيد من المعلومات عن الحد الأقصى للمصروفات النثرية بموجب خطتك).

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن ما إذا كنا سندفع قيمة أي خدمة طبية أو رعاية تفكر فيها، فيحق لك أن تسألنا قبل الحصول عليها عما إذا كنا سنغطيها أم لا. يحق لك أيضًا أن تطلب ذلك كتابيًا. فإذا قلنا أننا لن نغطي خدماتك، يحق لك التظلم من قرارنا الصادر بعدم تغطية رعايتك. يحتوي الفصل الثامن (ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى) قرارات التغطية، التظلمات، الشكاوى)) على مزيد من المعلومات بشأن ما يجب فعله إذا كنت تريد قرار تغطية منا أو تريد التظلم من قرار اتخذناه بالفعل. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

ستحصل أيضًا على بعض الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من خلال برنامج Michigan Medicaid. إذا لم تكن خطتنا تغطي الخدمة، فيتعين عليك أن تتحقق لمعرفة ما إذا كانت الخدمة تغطيها Medicaid أم لا.

إذا كنت قد دفعت قيمة الخدمات التي تغطيها Medicaid، أو إذا كنت قد تلقيت فاتورة بخدمات طبية تغطيها Medicaid، فانتقل إلى الفصل الثاني (أرقام الهواتف والموارد المهمة) للحصول على معلومات بشأن كيفية الاتصال ببرنامج Michigan Medicaid.

القسم الخامس كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية؟

القسم 5.1 ما المقصود بالدراسة البحثية السريرية؟

الدراسة البحثية السريرية (ويُطلق عليها أيضًا تجربة سريرية) هي طريقة يختبر بها الأطباء والعلماء أنواعًا جديدة من الرعاية الطبية، كمدى فعالية دواء جديد للسرطان. تعتمد Medicare بعض الدراسات البحثية السريرية. تطلب عادةً الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare متطوعين للمشاركة في الدراسة.

بمجرد اعتماد Medicare للدراسة، وإبداءك الاهتمام بها، سيتصل بك شخص يعمل في الدراسة لشرح المزيد عن الدراسة ومعرفة ما إذا كنت مستوفيًا للاشتراطات التي وضعها العلماء الذين يديرون الدراسة. يمكنك المشاركة في الدراسة إذا كنت تستوفي اشتراطات الدراسة ولديك فهم وقبول كامل لما تعنيه المشاركة في الدراسة.

إذا شاركت في دراسة معتمدة من Medicare، فإن برنامج Original Medicare سيدفع معظم تكاليف الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني والتي تتلقاها كجزء من الدراسة. في حالة إخبارك لنا بأنك مشارك في تجربة سريرية مؤهلة، فإنك لن تتحمل المسؤولية عن أي خدمات في تلك التجربة إلا وفقًا لحصة التكلفة التي تتحملها داخل الشبكة. إذا دفعت أكثر من ذلك، على سبيل المثال، إذا كنت قد دفعت بالفعل مبلغ تقاسم التكلفة الخاص ببرنامج Original Medicare، فسنعوضك عن الفرق بين ما دفعته وبين حصتك في التكلفة داخل الشبكة. إلا أنك ستحتاج إلى تقديم وثائق تبين لنا المبلغ الذي دفعته. حينما تكون مشاركًا في دراسة بحثية سريرية، يمكنك أن تظل مسجلًا في خطتنا وأن تستمر في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية غير المرتبطة بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا كنت ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فإنك لست بحاجة إلى إخبارنا أو الحصول على موافقة منا أو من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك. لا يحتاج مقدمو الخدمات الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة البحثية السريرية إلى أن يكونوا مشتركين في شبكة مقدمي الخدمات التابعة لخطتنا.

على الرغم من أنك لست بحاجة إلى الحصول على إذن من خطتنا للمشاركة في إحدى الدراسات البحثية السريرية، إلا أننا نشجعك على إخطارنا مسبقًا عندما تختار المشاركة في التجارب السريرية المؤهلة المعتمدة من برنامج Medicare.

في حالة مشاركتك في دراسة لم يعتمدها برنامج Medicare، فستتحمل مسؤولية دفع جميع تكاليف مشاركتك في الدراسة.

القسم 5.2 حينما تشارك في دراسة بحثية سريرية، من يدفع قيمة الخدمات؟

بمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فإن برنامج Original Medicare يغطي المنتجات والخدمات الروتينية التي تحصل عليها كجزء من الدراسة، بما في ذلك:

- الغرفة والإقامة في المستشفى التي كانت Medicare ستدفع قيمتها حتى لو لم تكن مشاركًا في إحدى الدراسات.
- تكلفة العملية أو أي إجراء طبي آخر إذا كان جزءًا من الدراسة البحثية
- علاج الآثار الجانبية ومضاعفات الرعاية الجديدة

بعد أن يدفع برنامج Medicare حصته من تكلفة تلك الخدمات، ستدفع خطتنا الباقي. وكجميع الخدمات التي تغطيها الخطة، لن تدفع أي مبالغ عن الخدمات التي نغطيها والتي تحصل عليها في الدراسة البحثية السريرية.

عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، لن تدفع Medicare ولا خططنا قيمة أي مما يلي:

- بشكل عام، لن يدفع برنامج Medicare قيمة المنتج أو الخدمة الجديدة التي تختبرها الدراسة ما لم يكن برنامج Medicare كان سيغطي ذلك المنتج أو الخدمة حتى لو لم تكن مشاركًا في الدراسة.
- المنتجات أو الخدمات المقدمة فقط لجمع البيانات، والتي لا تُستخدم بشكل مباشر في رعايتك الصحية. على سبيل المثال، لن يدفع برنامج Medicare قيمة فحوصات الأشعة المقطعية المُحوسبة الشهرية التي تُجرى كجزء من الدراسة إذا كانت حالتك الطبية تتطلب عادةً إجراء فحص واحد بالأشعة المقطعية المُحوسبة.

هل تريد معرفة المزيد؟

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات بشأن الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال زيارة موقع Medicare الإلكتروني لقراءة أو تنزيل منشور "Medicare والدراسات البحثية السريرية". (يتوفر المنشور على: www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf). يمكنك أيضًا الاتصال على (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227 (على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع). يجب على مستخدمي الهاتف النسي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم السادس قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

ما هي مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية؟

القسم 6.1

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية هي منشأة تقدم الرعاية لحالة يتم عادةً علاجها في مستشفى أو مرفق ترميز متخصص. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مرفق ترميز متخصص يتعارض مع المعتقدات الدينية لأحد الأعضاء، فسوف بدلاً من ذلك غطاءً تأمينيًا للرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية. لا يتم تقديم تلك الميزة إلا لخدمات المرضى الداخليين في الجزء (أ) (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

الحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

القسم 6.2

للحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب عليك أن توقع على وثيقة قانونية تنص على أنك تعارض عن وعي الحصول على علاج طبي غير مطلوب.

- الرعاية أو العلاج الطبي غير المطلوب هو أي رعاية أو علاج طبي طوعي وغير مطلوب بموجب أي قانون فيدرالي أو خاص بالولاية أو محلي.
- الرعاية أو العلاج الطبي المطلوب هو أي رعاية أو علاج طبي غير طوعي وغير مطلوب بموجب أي قانون فيدرالي أو خاص بالولاية أو محلي.

يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من إحدى مؤسسات الرعاية الصحية الدينية غير الطبية الشروط التالية لكي تغطيها خططنا:

- يجب أن تكون المنشأة التي تقدم الرعاية معتمدة من برنامج Medicare.
- يقتصر الغطاء التأميني الذي تقدمه خططنا للخدمات التي تتلقاها على جوانب الرعاية غير الدينية.

- فإذا حصلت من تلك المؤسسة على خدمات يتم تقديمها لك في منشأة، فستتطبق الشروط التالية:
 - يجب أن تعاني من حالة طبية تسمح لك بتلقي خدمات خاضعة للغطاء التأميني لرعاية المرضى الداخليين بالمستشفى أو رعاية مرفق التمريض المتخصص.
 - و - يجب أن تحصل على موافقة مسبقة من خطتنا قبل دخولك إلى المنشأة، وإلا فلن نغطي إقامتك.
- لا يوجد حد أقصى للغطاء التأميني لتلك الميزة. لن تدفع أي مبالغ مقابل خدماتك المصرح بها. لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة مخطط المزاي الوارد في الفصل الرابع.

القسم السابع قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة

القسم 7.1 هل ستمتلك المعدات الطبية المعمرة بعد سداد عدد معين من المدفوعات بموجب خطتنا؟

تشمل المعدات الطبية المعمرة (DME) منتجات مثل معدات ومستلزمات الأكسجين والكراسي المتحركة والمشايات وأنظمة المراتب التي تعمل بالكهرباء والعكازات ومستلزمات السكري وأجهزة توليد الكلام ومضخات الحقن الوريدي والبخاخات وأسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل. هناك منتجات معينة يمتلكها العضو دائماً، مثل الأطراف الصناعية. في هذا القسم، نناقش أنواعاً أخرى من المعدات الطبية المعمرة التي يجب عليك استئجارها.

في برنامج Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعاً معينة من المعدات الطبية المعمرة تلك المعدات بعد دفع مبالغ السداد المشترك لذلك المنتج لمدة 13 شهراً. ومع ذلك، وبصفتك عضواً في CCA Medicare Maximum، فلن تمتلك عادةً منتجات المعدات الطبية المعمرة المستأجرة بغض النظر عن عدد مدفوعات السداد المشترك التي سددتها لذلك المنتج أثناء اشتراكك كعضو في خطتنا، حتى إذا قمت بسداد ما يصل إلى 12 دفعة متتالية لمنتج المعدات الطبية المعمرة بموجب برنامج Original Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا. سننقل إليك، في ظروف معينة محدودة، ملكية منتج المعدات الطبية المعمرة. للحصول على مزيد من المعلومات، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

ماذا يحدث للمدفوعات التي دفعتها مقابل المعدات الطبية المعمرة إذا انتقلت إلى برنامج Original Medicare؟

إذا لم تكتسب ملكية منتج المعدات الطبية المعمرة في أثناء وجودك في خطتنا، فسيتعين عليك سداد 13 دفعة متتالية جديدة بعد التبدل إلى برنامج Original Medicare لكي تمتلك المنتج. لا تُحتسب المدفوعات التي يتم سدادها في أثناء التسجيل في خطتك.

المثال الأول: دفعت 12 دفعة متتالية أو أقل مقابل المنتج في برنامج Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. لا تُحتسب المدفوعات التي سددتها في برنامج Original Medicare.

المثال الثاني: دفعت 12 دفعة متتالية أو أقل مقابل المنتج في برنامج Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. كنت مشتركاً في خطتنا ولكنك لم تحصل على ملكية المنتج في أثناء وجودك في خطتنا. ثم عدت مرة أخرى إلى برنامج Original Medicare. يتعين عليك بمجرد انضمامك إلى Original Medicare مرة أخرى سداد 13 دفعة جديدة متتالية لاملاك المنتج. لا تُحتسب جميع المدفوعات السابقة (سواءً لخطتنا أو لبرنامج Original Medicare).

القسم 7.2 قواعد معدات ومستلزمات الأكسجين والصيانة

ما مزايا الأكسجين التي يحق لك الحصول عليها؟

إذا كنت مؤهلاً للحصول على غطاء تأميني لمعدات الأكسجين المقدمة من Medicare، فإن خطة CCA Medicare Maximum ستغطي ما يلي:

- تأجير معدات الأكسجين
- توصيل الأكسجين ومحتوياته
- الأنابيب وملحقات الأكسجين ذات الصلة لتوصيل الأكسجين ومحتوياته
- صيانة وإصلاح معدات الأكسجين

في حالة مغادرتك لخطة CCA Medicare Maximum أو لم تعد حالتك الطبية بحاجة إلى معدات أكسجين، فيجب عليك إعادة معدات الأكسجين.

ماذا يحدث إذا تركت خطتك و عدت إلى برنامج Original Medicare؟

يشترط برنامج Original Medicare أن يقدم مورد الأكسجين الخدمات لك لمدة خمس سنوات. خلال أول 36 شهرًا، فإنك تستأجر المعدات. بينما يوفر المورد المعدات والصيانة خلال الـ 24 شهرًا المتبقية (تظل مسؤولاً عن مبلغ السداد المشترك للأكسجين). بعد خمس سنوات، يمكنك اختيار البقاء مع نفس الشركة أو الانتقال إلى شركة أخرى. في تلك المرحلة، تبدأ دورة الخمس سنوات مرة أخرى، حتى لو بقيت مع نفس الشركة، مما يتطلب منك دفع مبالغ سداد مشترك لأول 36 شهرًا. إذا انضمت إلى خطتنا أو تركتها، فستبدأ دورة الخمس سنوات من جديد.

الفصل الرابع:

مخطط المزايا الطبية (ما الأشياء التي تخضع
للغطاء التأميني)

القسم الأول فهم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني

يقدم هذا الفصل مخططاً للمزايا الطبية يحتوي على قائمة بخدماتك التي تخضع للغطاء التأميني بصفتك عضواً في خطة CCA Medicare Maximum. يمكنك، لاحقاً في هذا الفصل، العثور على معلومات عن الخدمات الطبية غير الخاضعة للغطاء التأميني. كما يوضح أيضاً القيود المفروضة على خدمات معينة.

القسم 1.1 لن تدفع أي مبلغ مقابل خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني

نظراً لأنك تحصل على مساعدة من Medicaid، فإنك لن تدفع أي مبلغ مقابل خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني طالما أنك تتبع قواعد الخطط للحصول على رعايتك. (لمزيد من المعلومات عن قواعد الخطط للحصول على رعايتك، انظر الفصل الثالث)

القسم 1.2 ما أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للغطاء التأميني بموجب الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare؟

ملاحظة: نظراً لأن أعضاءنا يحصلون أيضاً على مساعدة من برنامج Medicaid، فإن عدداً قليلاً جداً من الأعضاء يصلون إلى هذا الحد الأقصى من النفقات النثرية. لن تتحمل أي مسؤولية عن دفع أي تكاليف نثرية تقع ضمن الحد الأقصى للمبلغ النثري، وذلك عن خدمات الجزء (أ) والجزء (ب) الخاضعة للغطاء التأميني.

ونظراً لأنك مسجل في خطة Medicare Advantage، ف هناك حد للمبلغ الذي يتعين عليك دفعه من مالك الخاص كل عام في مقابل الخدمات الطبية التي تغطيها خطتنا. ويُسمى هذا الحد باسم الحد الأقصى للمبلغ النثري (MOOP) عن الخدمات الطبية. عن السنة التقويمية 2024، هذا المبلغ هو صفر دولار.

القسم الثاني استخدم مخطط المزايا الطبية لمعرفة ما الذي تتم تغطيته

القسم 2.1 مزاياك الطبية بصفتك عضواً في الخطة

يسرد مخطط المزايا الطبية في الصفحات التالية الخدمات التي تغطيها خطة CCA Medicare Maximum. ورد الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبياً الخاضعة للجزء (د) في الفصل الخامس. الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية غير خاضعة للغطاء التأميني إلا إذا استوفت اشتراطات التغطية التالية:

- يجب تقديم خدمات Medicare الخاضعة للغطاء التأميني وفقاً لإرشادات الغطاء التأميني التي وضعتها Medicare.
- يجب أن تكون خدماتك (بما في ذلك الرعاية الطبية، والخدمات، والمستلزمات، والمعدات، والأدوية الموصوفة طبياً وفقاً للجزء (ب)) ضرورية طبياً. ويُقصد بقولنا ضرورية طبياً أن تكون الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية مطلوبة لوقاية حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها، وأن تستوفي معايير الممارسة الطبية المقبولة.
- أن تتلقى رعايتك من مقدم خدمة تابع للشبكة. في معظم الحالات، لا نغطي الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة خارج الشبكة إلا إذا كانت رعاية طارئة أو عاجلة أو إلا إذا كانت خطتك أو مقدم الخدمة التابع للشبكة قد منحك

- إحالة. وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لمقدم الخدمة قيمة الخدمات المقدمة بالكامل.
 - أن يكون لديك مُقَدِّم رعاية أساسي تابع للشبكة (PCP) يقدم لك الرعاية ويشرف عليها.
 - لا نغطي بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية/إلا إذا حصل طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر مسجل بالشبكة على موافقة مسبقة بها منا (يُسمى أحياناً تصريح مسبق). تم تمييز الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني والتي تحتاج إلى موافقة مسبقة بخط مائل في مخطط المزايا الطبية.
- أمور أخرى مهمة يجب معرفتها عن غطائنا التأميني:

- إنك تتمتع بغطاء تأميني من كلٍ من Medicare و Medicaid. يغطي برنامج Medicare الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة. بينما يغطي برنامج Medicaid تقاسم التكاليف لخدمات Medicare، بما في ذلك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين ومرافق التمريض المتخصصة وغيرها. يغطي برنامج Medicaid أيضاً الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل الصحة النهارية للبالغين.
 - على غرار جميع خطط Medicare الصحية، فإننا نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. (إذا كنت ترغب في معرفة المزيد عن الغطاء التأميني الذي يوفره برنامج Original Medicare وتكاليفه، فانظر دليل Medicare & You لعام 2024. شاهده عبر الإنترنت على www.medicare.gov أو اطلب نسخة عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).
 - بالنسبة لجميع الخدمات الوقائية التي يقدمها الغطاء التأميني مجاناً بموجب برنامج Original Medicare، فإننا نغطي أيضاً الخدمة مجاناً لك.
 - إذا أضاف برنامج Medicare غطاءً تأمينياً لأي خدمات جديدة خلال عام 2024، فسيغطي برنامج Medicare أو خطتنا تلك الخدمات.
 - إذا كنت لا تزال في فترة الثلاثة أشهر من استمرار الأهلية التي تعتبرها خطتنا، فنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، خلال هذا الوقت، يُرجى العمل مع مكتب Michigan Medicaid لضمان استمرار أهليتك في برنامج Medicaid. لا تتغير خلال تلك الفترة مبالغ تقاسم التكاليف في برنامج Medicare بالنسبة للمزايا الأساسية والتكميلية المقدمة من برنامج Medicare.
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة في تقاسم التكاليف من Medicare بموجب برنامج Medicaid، فلن تدفع أي مبالغ مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا، طالما كنت مستوفياً لاشتراطات الغطاء التأميني الموضحة أعلاه.

معلومات هامة عن المزايا للمسجلين المصابين بحالات مزمنة

- إذا تم تشخيصك بأنك مصاب بالحالة (الحالات) المزمنة التالية المحددة أدناه وكنت تستوفي معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا تكميلية خاصة للمرض المزمن.
 - الاعتماد المزمن على الكحول وغيره من الأدوية؛ واضطرابات المناعة الذاتية؛ والسرطان؛ واضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وفشل القلب المزمن؛ والخرق؛ والسكري؛ وأمراض الكبد في مراحلها الأخيرة؛ والمرض الكلوي في مراحلها الأخيرة (ESRD)؛ والاضطرابات الدموية الشديدة؛ وفيرس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ واضطرابات الرئة المزمنة؛ وحالات الصحة السلوكية المزمنة والمسببة للعجز؛ والاضطرابات العصبية؛ والسكتة الدماغية

- تقرّر الخطّة وفقاً لتقديرها وحدها أهلية الحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمرض المزمن (SSBCI). تتوفر المزايا للأعضاء الذين يتقرر استحقاقهم لتلك المزايا بعد استلام وثائق مقدم الخدمة (على سبيل المثال، مطالبة مقدمة من مقدم الخدمة) التي تشتمل على وجود حالة مزمنة مؤهلة، ويتولى شريك رعاية CCA أو مقدم الخدمة التابع للشبكة تنسيق رعايتك. عند التحقق من استيفاء معايير الأهلية، ستخطر كـ CCA بتسجيلك في تلك المزايا. تلك المزايا ليست ذات أثر رجعي.
 - لمزيد من التفاصيل، يُرجى الانتقال إلى صف "المزايا التكميلية الخاصة للمرض المزمن" في مخطط المزايا الطبية أدناه.
 - يُرجى الاتصال بنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلاً لها تحديداً.
- سترى هذه التفاحة بجوار الخدمات الوقائية في مخطط المزايا. 🍏

مخطط المزايا الطبية

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>لن تدفع أي مقابل. لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمل للأعضاء المؤهلين لهذا الفحص الوقائي.</p>	<p>فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرية في البطن </p> <p>فحص بالموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. لا تغطي الخطة ذلك الفحص إلا إذا كنت تعاني من عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة من طبيبك، أو مساعد طبيبك، أو ممرضة ممارسة، أو ممرضة متخصصة سريرية.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>الوخز بالإبر لألم أسفل الظهر المزمن</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <p>تغطي (ASH) American Specialty Health ما يصل إلى 12 زيارة في 90 يومًا للمستفيدين من برنامج Medicare في ظل الظروف التالية:</p> <p>لأغراض تلك الميزة، يُعرّف ألم أسفل الظهر المزمن بأنه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد، من حيث أنه ليس له سبب نظامي قابل للتحديد (وهذا يعني أنه غير مرتبط بمرض ثقلي أو التهابي أو معد، وما إلى ذلك)؛ • غير مرتبط بجراحة؛ و • غير مرتبط بحمل. <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>الوخز بالإبر لألم أسفل الظهر المزمن (تتمة)</p> <p>سنغطي ثماني جلسات إضافية للمرضى الذين يظهر عليهم التحسن. لا يجوز إعطاء أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر سنويًا.</p> <p>يجب إيقاف العلاج إذا كان المريض لا يتحسن أو يتراجع.</p> <p>اشتراطات مقدم الخدمة:</p> <p>يجوز للأطباء (على النحو المحدد في الفقرة 1861(ص)(1) من قانون الضمان الاجتماعي (القانون) إجراء الوخز بالإبر وفقًا لاشتراطات الولاية المعمول بها.</p> <p>يمكن لمساعدتي الأطباء (PAs)، والممرضين الممارسين (NPs)/اختصاصيي التمريض السريري (CNSs) (وفقًا لتعريفهم الوارد في الفقرة 1861(أ)(5) من القانون)، والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا كانوا يستوفون جميع اشتراطات الولاية المعمول بها، وكانوا حاصلين على:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درجة الماجستير أو درجة الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من كلية معتمدة من لجنة اعتماد الوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ و • رخصة سارية، وكاملة، ونشطة، وغير مقيدة لممارسة الوخز بالإبر في ولاية، أو إقليم، أو كومونولث (أي، بورتوريكو) في الولايات المتحدة، أو مقاطعة كولومبيا. <p>يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يقومون بالوخز بالإبر خاضعين لمستوى مناسب من الإشراف من طبيب أو مساعد طبيب أو ممرضين ممارسين أو اختصاصيي تمريض سريري وفقًا لما تشترطه لوائحنا في القسمين 410.26 و 410.27 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية.</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح مسبق للخدمات التي يقدمها مقدم الخدمة التابع للشبكة.</p>
<p>خدمات الإسعاف البري: لن تدفع أي مقابل لكل رحلة ذهاب فقط.</p> <p>خدمات الإسعاف الجوي: لن تدفع أي مقابل لكل رحلة ذهاب فقط.</p> <p>تمثل نسبة المشاركة في التكلفة المذكورة التكاليف النثرية</p>	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>خدمات الإسعاف الخاضعة للغطاء التأميني، سواءً في الحالات الطارئة أو غير الطارئة، تشمل خدمات الجناح الثابت والجناح الدوار والإسعاف الأرضي إلى أقرب منشأة مناسبة يمكنها تقديم الرعاية، ولا تُقدم هذه الخدمة إلا إذا كان العضو حالته الطبية تستدعي ذلك بحيث أن استخدامه وسائل نقل أخرى قد يعرض صحته للخطر، أو في الحالات الأخرى التي تصرح فيها الخطة بذلك. إذا لم تكن خدمات الإسعاف الخاضعة للغطاء التأميني مقدمة لحالة طارئة، فيجب توثيق أن العضو يعاني من حالة قد تتعرض</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>للخدمات داخل الولايات المتحدة وأقاليمها. لمزيد من المعلومات حول التغطية العالمية، راجع "تغطية الطوارئ والرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم" في مخطط المزايا الطبية.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق للنقل بالإسعاف الذي يغطيه برنامج Medicare في الحالات غير الطارئة.</p>	<p>صحته فيها للخطر في حالة استخدامه وسائل نقل أخرى، وأن النقل بالإسعاف مطلوب طبيًا.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>إذا كنت قد حصلت على فحص مؤهل من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك، فيمكنك الحصول على مكافأة تصل إلى 25 دولارًا أمريكيًا على بطاقة الادخار الصحي الخاصة بك في كل عام ميلادي عند إرسال مقدم الخدمة لفواتير عن الخدمة إلى CCA.</p>	<p>الفحص البدني السنوي</p> <p>يخضع للغطاء التأميني لمرة واحدة كل عام.</p> <p>فحص يجريه مقدم رعاية أساسي أو ممرضة ممارسة أو مساعد طبي. يراجع هذا الفحص سجلك الطبي والعلاجي ويشتمل على فحص بدني شامل. الفحص البدني السنوي هو فحص أكثر شمولاً من الزيارة الصحية السنوية.</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>الفحص البدني السنوي (تتمة) مكافأة الزيارة الصحية السنوية والفحص البدني</p> <p>الزيارة الصحية السنوية أو الفحص البدني السنوي يكون مؤهلاً للحصول على مكافأة واحدة سنويًا بقيمة 25 دولارًا أمريكيًا بعد إكمال الزيارة. الزيارات الروتينية لمقدمي الرعاية الأساسيين، مثل المتابعة أو زيارة المرض، غير مؤهلة للحصول على المكافأة. ستتم إضافة المكافآت المكتسبة إلى بطاقة التوفير الصحي الخاصة بك لاستخدامها لدى تجار التجزئة الذين يبيعون المنتجات التي تصرف دون وصفة طبية والمعتمدين لدى الشبكة. قد يستغرق هذا الأمر عدة أشهر حتى يتم تحميله.</p> <p>للحصول على تلك المكافأة، يجب أن يكون لديك زيارة صحية سنوية أو فحص بدني سنوي. كلا نوعي الزيارة السنوية يكون أطول من الزيارات الروتينية لمقدمي الرعاية الأساسي. خلال الزيارة الصحية السنوية أو الفحص البدني السنوي، ستراجع مع مقدم الرعاية المتابع لك صحتك العامة بالتفصيل. يجب على مقدم الخدمة الخاص بك إصدار فاتورة CCA لفحصك حتى يتم صرف مكافأتك ووضعها على بطاقة الادخار الصحي الخاصة بك.</p> <p>يمكنك استخدام مكافأتك لدى تجار التجزئة الذين يبيعون المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية داخل الشبكة لشراء المنتجات المسموح بها باستثناء الأسلحة النارية أو الكحول أو التبغ.</p> <p>يتم تغطيتها مرة واحدة في السنة التقويمية.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ التحمل للزيارة الصحية السنوية.</p>	<p>الزيارة الصحية السنوية </p> <p>إذا كنت خاضعًا للجزء (ب) لفترة تتجاوز 12 شهرًا، فيمكنك الحصول على زيارة صحية سنوية من أجل أن تضع أو تحدث خطة وقاية شخصية لك بناءً على عوامل الصحة والمخاطر لديك حاليًا. نغطي ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p> <p>ملاحظة: لا يمكنك أن تقوم بزيارتك الصحية السنوية الأولى في غضون 12 شهرًا من زيارتك الوقائية Welcome to Medicare. ومع ذلك، فإنك لست بحاجة إلى إجراء زيارة Welcome to Medicare لكي نغطي الزيارات الصحية السنوية بعد أن تكون قد خضعت للجزء (ب) لمدة 12 شهرًا.</p> <p>راجع مكافأة زيارة الفحص البدني/الزيارة الصحية السنوية أعلاه للحصول على مزيد من التفاصيل.</p>
<p>صفر دولار أمريكي ك مبلغ سداد مشترك</p>	<p>منتجات سلامة الحمام</p> <p>إننا نقدم منتجات سلامة حمام غير خاضعة للغطاء التأميني المقدم من Medicare بعد دخول المستشفى، بما في ذلك:</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<ul style="list-style-type: none"> • دش/حوض استحمام • مقاعد مرحاض مرتفعة <p>لا يغطي الغطاء التأميني التركيب.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ التحمل لقياس الكتلة العظمية الذي يغطيه برنامج Medicare.</p>	<p>قياس الكتلة العظمية </p> <p>بالنسبة للأفراد المؤهلين (بشكل عام، يُقصد بهم الأشخاص المعرضون لخطر فقدان الكتلة العظمية أو خطر هشاشة العظام)، تتم تغطية الخدمات التالية كل 24 شهرًا أو أكثر إذا لزم الأمر طبيًا: إجراءات تحديد الكتلة العظمية، أو اكتشاف فقدان العظام، أو تحديد جودة العظام، بما في ذلك تفسير الطبيب للنتائج.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ التحمل للفحص من خلال صور الثدي بالأشعة الخاضع للغطاء التأميني.</p>	<p>فحص سرطان الثدي (صور الثدي بالأشعة) </p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صورة ثدي واحدة بالأشعة لخط الأساس بين عمر 35 و39 عامًا • فحص صورة واحدة للثدي بالأشعة كل 12 شهرًا للنساء اللاتي تبلغ أعمارهن 40 عامًا أو أكبر • فحوص الثدي السريرية مرة كل 24 شهرًا
<p>لن تدفع أي مقابل نظير كلٍ من خدمات إعادة تأهيل القلب وإعادة تأهيل القلب المكثفة.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>خدمات إعادة تأهيل القلب</p> <p>نغطي البرامج الشاملة لخدمات إعادة تأهيل القلب والتي تشمل التمارين الرياضية، والتعليم، والاستشارات للأعضاء الذين يستوفون شروطًا معينة بأمر من الطبيب. تغطي الخطة أيضًا برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة التي عادةً ما تكون أكثر صرامة أو أكثر كثافة من برامج إعادة تأهيل القلب.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبلغ تحمّل مقابل العلاج السلوكي المكثف للمزاي الوقائية لأمراض القلب والأوعية الدموية.</p>	<p>زيارة الحد من مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب والأوعية الدموية)</p> <p>نغطي زيارة واحدة سنويًا مع طبيب الرعاية الأساسي المتابع لك للمساعدة في تقليل خطر إصابتك بأمراض القلب والأوعية الدموية. خلال تلك الزيارة، قد يناقش طبيبك استخدام الأسبرين (إذا كان ذلك مناسبًا)، ويفحص ضغط دمك، ويعطيك نصائح للتأكد من أنك تتناول طعامًا صحيًا.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبلغ تحمّل لاختبار أمراض القلب والأوعية الدموية الذي تتم تغطيته لمرة واحدة كل 5 سنوات.</p>	<p>اختبار أمراض القلب والأوعية الدموية</p> <p>اختبارات الدم للكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية (أو الشذوذات المرتبطة بارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية) مرة واحدة كل 5 سنوات (60 شهرًا).</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبلغ تحمّل لفحوص عنق الرحم والحوض الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p>فحص سرطان عنق الرحم والمهبل</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> جميع النساء: نغطي اختبارات مسحة عنق الرحم وفحوصات الحوض لمرة واحدة كل 24 شهرًا إذا كنتِ معرضة لمخاطر كبيرة بالإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل أو كنتِ في سن الإنجاب وكنْتِ قد خضعتِ لاختبار مسحة عنق الرحم غير الطبيعي خلال السنوات الثلاث الماضية: اختبار مسحة عنق الرحم كل 12 شهرًا
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>خدمات تقويم العمود الفقري</p> <p>يتم تقديم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من خلال American Specialty Health (ASH) وتشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> المعالجة اليدوية للعمود الفقري التي يغطيها برنامج Medicare لتصحيح الخلع الجزئي

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<ul style="list-style-type: none"> خدمات العلاج الروتيني لتقويم العمود الفقري (بحد أقصى 20 علاجًا سنويًا للرعاية الروتينية بتقويم العمود الفقري)
<p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل على فحص سرطان القولون والمستقيم الذي يغطيه Medicare.</p>	<p>فحص سرطان القولون والمستقيم </p> <p>تتم تغطية اختبارات الفحص التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> لا يوجد حد أدنى أو أقصى لتنظير القولون وتشمله التغطية مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو 48 شهرًا بعد التنظير السيني المرن المسبق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لخطر كبير بعد فحص سابق لتنظير القولون أو حقنة الباريوم الشرجية. التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد خضوع المريض لتنظير القولون. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لخطر كبير من آخر تنظير سيني مرن أو حقنة باريوم شرجية. <p>فحص سرطان القولون والمستقيم (تتمة) </p> <ul style="list-style-type: none"> فحص اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 12 شهرًا. الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. اختبارات المؤشرات الحيوية القائمة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. حقنة الباريوم الشرجية كبديل لتنظير القولون للمرضى المعرضين لخطر كبير وبعد 24 شهرًا من آخر فحص لحقن الباريوم الشرجية أو آخر فحص لتنظير القولون. حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمريض غير المعرض لخطر كبير وعمره 45 عامًا أو أكثر. مرة واحدة على الأقل بعد 48 شهرًا من آخر فحص بحقن الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن. <p>تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم تنظير القولون بعد الحصول على نتيجة إيجابية في فحص سرطان القولون والمستقيم غير الباضع عن طريق البراز والذي يغطيه برنامج Medicare.</p>
	<p>خدمات طب الأسنان</p> <p>بشكل عام، لا تغطي خطة Original Medicare خدمات الأسنان الوقائية (مثل التنظيف، وفحوص الأسنان الروتينية، وأشعة إكس للأسنان). ومع ذلك، يدفع برنامج Medicare حاليًا مقابل خدمات طب الأسنان في عدد محدود من الظروف، وتحديداً عندما تكون تلك الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأساسية للمستفيد. من أمثلة ذلك إعادة</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو خلع الأسنان الذي يتم إجراؤه استعدادًا للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يشمل الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الكلى.</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>خدمات طب الأسنان غير الروتينية الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من Medicare: لا توجد مبالغ سداد مشترك</p> <p>خدمات طب الأسنان الروتينية غير الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من Medicare:</p> <p>الحد الأقصى السنوي 3500 دولار أمريكي لطب الأسنان الوقائي والشامل (غير مقدم من Medicare)</p> <p>لا توجد مبالغ سداد مشترك مقابل جميع الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني داخل الشبكة</p> <p>بعد استنفاد الحد الأقصى السنوي، قد يقدم مقدم الخدمة الخاص بك طلبًا إلى برنامج Michigan Medicaid للحصول على غطاء تأميني إضافي، وفقًا لإرشادات الغطاء التأميني المقدم من برنامج Medicaid.</p>	<p>خدمات طب الأسنان (تتمة)</p> <p><u>خدمات طب الأسنان التي يغطيها Medicare</u></p> <p>الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، وتسمى أيضًا علاج الأسنان غير الروتيني، هي تلك الخدمات التي يقدمها طبيب أسنان أو جراح فم وتقتصر على جراحة الفك أو الهياكل ذات الصلة، أو تثبيت كسور الفك أو عظام الوجه، أو خلع الأسنان لإعداد الفك للعلاجات الإشعاعية لأمراض الأورام، أو الخدمات التي يمكن تغطيتها عندما يقدمها الطبيب.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق لعلاج الأسنان الشامل الذي يغطيه Medicare.</p> <p>بالإضافة إلى ذلك، فإننا نغطي خدمات الأسنان الوقائية والشاملة الروتينية التالية غير التابعة لبرنامج Medicare:</p> <p>خدمات طب الأسنان الوقائية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تُدفع قيمة فحوص الفم الدورية والتنظيف الوقائي مرتين في السنة التقويمية. نغطي علاج الفلوريد مرة واحدة كل 3 سنوات. • تُدفع قيمة فحوص الفم الشاملة مرة واحدة كل 3 سنوات. • تُدفع قيمة فحوص أشعة العضة المجنحة السينية مرة واحدة في السنة التقويمية. • تُدفع قيمة الأشعة السينية البانورامية أو الكاملة للفم (سلسلة كاملة) (بما في ذلك أشعة العضة المجنحة السينية) مرة واحدة كل 3 سنوات. • لا تُدفع قيمة أشعة العضة المجنحة السينية في نفس العام الذي تُدفع فيه سلسلة الأشعة السينية الكاملة للفم. <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>يقع على عاتقك سداد أي رسوم مقابل خدمات أو مستلزمات طب الأسنان غير الخاضعة للغطاء التأميني.</p> <p>يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء في Delta Dental of Michigan على الرقم 800-330-2732 لمزيد من المعلومات</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق لعلاج الأسنان الشامل الذي يغطيه Medicare.</p>	<p>خدمات طب الأسنان (تنمة)</p> <p>خدمات طب الأسنان الشاملة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التشخيص • الخدمات الترميمية (بما في ذلك الحشوات وإصلاح التاج. الترميمات الراتنجية المركبة (البيضاء) هي خدمات للأسنان الخلفية خاضعة للغطاء التأميني. تتم تغطية الخدمات الترميمية الرئيسية التي تشمل التيجان والحشوات لمرة واحدة كل 5 سنوات. وأما واجهات البورسلين والراتنج على التيجان فهي علاج اختياري للأسنان الخلفية). • نغطي خدمات علاج لب الأسنان مرة واحدة لكل سن مرة واحدة طوال العمر. • دواعم الأسنان (تُدفع قيمة خدمات دواعم الأسنان الجراحية مرة واحدة كل 36 شهرًا. تُدفع قيمة تخطيط الجذور والقياس مرة واحدة لكل ربع كل 24 شهرًا. نغطي تنظيف الفم بالكامل مرة واحدة في العمر. تُدفع قيمة واقبات انسداد القوس الصلبة الكاملة أو الجزئية مرة واحدة في العمر). • تُدفع قيمة الخلع (البسيط أو الجراحي) مرة واحدة لكل سن طوال العمر. تُدفع الترميمات المصنوبة (بما في ذلك التيجان والحشوات) والإجراءات المرتبطة بها (مثل القلوب والبنى التحتية) على نفس السن مرة واحدة في فترة خمس سنوات. • الأسنان التعويضية - تُدفع قيمة الغرسات والخدمات المتعلقة بالغرسات مرة واحدة لكل سن في فترة خمس سنوات. تقتصر تغطية أطقم الأسنان الكاملة والجزئية على مرة واحدة كل خمس سنوات. تقتصر أعمال الجسور على مرة واحدة كل خمس سنوات. تتم تغطية عمليات إعادة التثبيت/إصلاح الجسور وأطقم الأسنان مرة واحدة كل 36 شهرًا. • جراحة أخرى عن طريق الفم/الوجه والفكين، خدمات أخرى

(تابع)

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>خدمات طب الأسنان (تتمة)</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح مسبق لخدمات طب الأسنان الوقائية والشاملة (الروتينية) غير التابعة لبرنامج Medicare.</p> <p>تنطبق قيود التكرار. هذه القائمة ليست ضماناً للغطاء التأميني.</p> <p>يتم توفير خدمات طب الأسنان من قبل Delta Dental of Michigan. يمكنك الوصول إلى الدليل الإرشادي للغطاء التأميني للأسنان على www.ccahealthmi.org للحصول على التفاصيل الكاملة المتعلقة بغطائك التأميني للأسنان، بما في ذلك القيود والاستثناءات.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبالغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل لزيارة فحص الاكتئاب السنوية.</p>	<p> فحص الاكتئاب</p> <p>نغطي فحصاً واحداً للاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مكان للرعاية الأساسية يمكن أن يوفر علاج متابعة أو إحالات أو كليهما.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل على اختبارات فحص السكري التي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p> فحص مرض السكري</p> <p>نغطي هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات الجلوكوز أثناء الصيام) إذا كنت تعاني من أي من عوامل الخطر التالية: ارتفاع ضغط الدم، أو سجل من مستويات غير طبيعية للكوليسترول والدهون الثلاثية (خلل الشحوم في الدم)، أو السمنة، أو سجل من ارتفاع السكر في الدم (الجلوكوز). قد نغطي أيضاً الاختبارات إذا كنت تستوفي متطلبات أخرى، مثل زيادة الوزن ووجود سجل عائلي للإصابة بمرض السكري.</p> <p>بناءً على نتائج تلك الاختبارات، قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهراً.</p>
<p>مستلزمات السكري: لن تدفع أي مقابل. أحذية/ولانج أحذية السكري: لن تدفع أي مقابل.</p>	<p> التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، وخدمات ومستلزمات مرض السكري</p> <p>لجميع الأشخاص المصابين بمرض السكري (المستخدمين للأنسولين وغير المستخدمين للأنسولين). تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>الإدارة الذاتية لمرض السكري: لن تدفع أي مقابل.</p> <p>فحص الجلوكوما: لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق لأحذية مرضى السكري.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • مستلزمات لمراقبة جلوكوز الدم لديك: جهاز مراقبة الجلوكوز في الدم، وشرائط اختبار الجلوكوز في الدم، وأجهزة الوخز، ومحاليل التحكم في الجلوكوز للتحقق من دقة أشرطة الاختبار وأجهزة المراقبة. • بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري الذين يعانون من مرض القدم السكري الشديد: زوج واحد من الأحذية العلاجية المصبوبة حسب الطلب لكل سنة تقويمية (بما في ذلك اللوائح المقدمة مع ذلك الحذاء) وزوجان إضافيان من اللوائح، أو زوج واحد من أحذية العمق وثلاثة أزواج من اللوائح (لا تشمل اللوائح القابلة للنزع المصبوبة حسب الطلب المقدمة مع هذا الحذاء). يشمل الغطاء التأميني التركيب. • نغطي التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري في ظل ظروف معينة. • فحص الجلوكوما. <p>يمكنك الحصول على جهاز قياس سكر الدم وشرائط اختبار جديدين عن طريق طلب وصفة طبية جديدة من مقدم الخدمة الخاص بك لملئها في الصيدلية المحلية.</p> <p>لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح مسبق للتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري وخدمات السكري وغيرها من مستلزمات مرض السكري التي يقدمها أحد مقدمي الخدمة المتعاقد معهم.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات ذات الصلة</p> <p>(للاطلاع على تعريف المعدات الطبية المعمرة، انظر الفصل الحادي عشر وكذلك القسم السابع من الفصل الثالث من هذه الوثيقة).</p> <p>من بين المنتجات الخاضعة للغطاء التأميني منتجات مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي تعمل بالكهرباء ومستلزمات السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين والبخاخات والمشايات.</p> <p>إننا نغطي جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية طبيًا التي يغطيها برنامج Original Medicare. إذا كان مورداً في منطقتك لا يحمل علامة تجارية معينة أو ليس شركة مصنعة معينة، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها خصيصاً لك. تتوفر أحدث قوائم مقدمي الخدمات والموردين على موقعنا الإلكتروني www.ccahealthmi.org.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>بشكل عام، تغطي خطة CCA Medicare Maximum أي معدات طبية معمرة تغطيها خطة Original Medicare من العلامات التجارية والمصنعين المدرجين في هذه القائمة. لن تغطي أي علامات تجارية أو مصنعين آخرين ما لم يخبرنا طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر بأن تلك العلامة التجارية مناسبة لاحتياجاتك الطبية. ومع ذلك، إذا كنت جديدًا في برنامج CCA Medicare Maximum وتستخدم علامة تجارية لمعدات طبية معمرة غير مدرجة في قائمتنا، فسنستمر في تغطية تلك العلامة التجارية من أجلك لمدة تصل إلى 90 يومًا. خلال ذلك الوقت، ينبغي عليك أن تتحدث مع طبيبك لتحديد العلامة التجارية المناسبة لك طبيًا بعد تلك الفترة التي تبلغ 90 يومًا. (إذا كنت لا تتفق مع طبيبك، فيمكنك أن تطلب منه إحالتك للحصول على رأي ثانٍ.)</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات ذات الصلة (تتمة)</p> <p>إذا لم توافق أنت (أو مقدم الخدمة الخاص بك) على قرار الغطاء التأميني الخطة، فيمكنك أنت أو مقدم الخدمة لديك تقديم تظلم. يمكنك أيضاً تقديم تظلم إذا كنت لا توافق على قرار مقدم الخدمة الخاص بك بشأن المنتج أو العلامة التجارية المناسبة لحالتك الطبية. (لمزيد من المعلومات عن التظلمات، انظر الفصل (8) ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات الغطاء التأميني، التظلمات، الشكاوى)).</p> <p>للتحقق مما إذا كان هناك منتج معين يخضع للغطاء التأميني، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.</p>
<p>صفر دولار أمريكي مبلغ سداد مشترك لكل زيارة.</p> <p>يتم التنازل عن دفعة السداد المشتركة إذا تم إدخالك إلى المستشفى في غضون 3 أيام لنفس الحالة.</p> <p>إذا تلقيت رعاية طوارئ في مستشفى خارج الشبكة وكنت بحاجة إلى رعاية داخلية كمريض داخلي بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك العودة إلى مستشفى تابعة للشبكة أو الحصول على موافقة من الخطة لمواصلة تلقي الخدمات في مستشفى خارج الشبكة لتظل رعايتك خاضعة للغطاء التأميني.</p> <p>للحصول على تعويض عن النفقات بموجب الغطاء التأميني للطوارئ في جميع أنحاء العالم، يُرجى الاطلاع على القسم الأول من الفصل السابع.</p> <p>تمثل نسبة المشاركة في التكلفة المذكورة التكاليف الثرية</p>	<p>رعاية الطوارئ</p> <p>يشير مصطلح رعاية الطوارئ إلى الخدمات التي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يُقدّمها مقدم خدمة مؤهل من أجل تقديم خدمات الطوارئ، و • تكون مطلوبة من أجل تقييم حالة طبية طارئة أو من أجل استقرارها. <p>ويُقصد بالحالة الطبية الطارئة الحالة التي تعتقد فيها، أو يعتقد فيها أي شخص عادي حصيف لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى رعاية طبية فورية لمنع فقدان حياتك (وإذا كنتِ امرأة حامل، لمنع فقد الجنين)، أو لمنع فقد أحد الأطراف أو وظيفته. قد تكون الأعراض الطبية مرضاً، أو إصابة، أو ألماً شديداً، أو حالة طبية تزداد سوءاً بسرعة.</p> <p>قد يتم تقديم خدمات الطوارئ من جانب أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أو من جانب مقدمي خدمات من خارج الشبكة، وذلك عندما يكون مقدمو الخدمات التابعين للشبكة غير متاحين مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليهم.</p> <p>(تتمة)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>للخدمات داخل الولايات المتحدة وأقاليمها. لمزيد من المعلومات حول التغطية العالمية، راجع "تغطية الطوارئ والرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم" في مخطط المزايا الطبية.</p>	<p>رعاية الطوارئ (تتمة)</p> <p>يجوز لك الحصول على رعاية طبية طارئة تغطيها الخطة متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها.</p> <p>تغطي خطتنا أيضًا الخدمات الطارئة، بما في ذلك النقل في حالات الطوارئ، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة وأقاليمها بمبلغ يصل إلى مائة ألف دولار (100,000 دولار أمريكي) لكل سنة تقويمية. هذه ميزة تكميلية تغطيها خطتنا.</p> <p>غير خاضعة للغطاء التأميني:</p> <ul style="list-style-type: none"> • النقل إلى الولايات المتحدة من دولة أخرى. • أي علاجات تم وضع جداول زمنية أو خطط لها مسبقًا، أو إجراءات اختيارية. <ul style="list-style-type: none"> ○ ويشمل ذلك غسيل الكلى، أو أي علاج آخر للحالات المستمرة/المعروفة. • خدمات طب الأسنان.
<p>الخدمات الوقائية المقدمة من Medicare: لن تدفع أي مقابل</p> <p>اللياقة البدنية: لن تدفع أي مقابل عن Silver&Fit. يتم تغطيتها فقط عند استخدام Silver & Fit.</p>	<p>برامج التثقيف الصحي </p> <p>تغطي الخطة الخدمات الوقائية المقدمة من برنامج Medicare. تم إدراج تلك الخدمات بشكل منفصل في مخطط المزايا الطبية المائل ويتم تمييزها بتفاحة. لا تغطي مزايا Medicare البرامج الصحية الأخرى.</p> <p>تغطي خطتنا أيضًا خدمات وبرامج إضافية، من بينها على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التثقيف الصحي والعيش الجيد بمراد المنزل • برامج الإدارة الذاتية للرعاية المعقدة لمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)، والسكري، وفشل القلب • المقابلات التحفيزية <p>برامج التثقيف الصحي (تتمة) </p>

<p>ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات</p>	<p>الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك</p>
	<p>سيعمل فريق رعايتك معك ويوصي بالبرامج التي قد تكون مناسبة لك بناءً على احتياجاتك. لمزيد من المعلومات أو المساعدة، يُرجى التحدث إلى فريق رعايتك. لا يلزم الحصول على تصريح مسبق للخدمات التي تقدمها خطة CCA Medicare Maximum أو مقدم الخدمة التابع للشبكة.</p> <p>اللياقة البدنية</p> <p>تغطي الخطة مزايا اللياقة من خلال Silver & Fit Fitness. وتشمل مزايا Silver & Fit الخاصة بك عضوية للياقة البدنية مع إمكانية الوصول إلى مركز لياقة بدنية واحد داخل الشبكة من اختيارك شهريًا، برامج Fit at Home للياقة البدنية المنزلية، مجموعة واحدة (1) للياقة البدنية المنزلية في العام، والمزيد. للعثور على مواقع اللياقة البدنية Silver & Fit ولمعلومات إضافية عن اللياقة البدنية المنزلية وطلب مجموعة اللياقة البدنية الخاصة بك، تفضل بزيارة www.silverandfit.com. يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-877-427-4788 (الهاتف النصي 711).</p>
<p>السمع غير الروتيني: الفحص لتشخيص وعلاج مشاكل السمع والتوازن: لا توجد مبالغ سداد مشترك داخل الشبكة لكل زيارة.</p> <p>السمع الروتيني: الاختبار (فحص واحد في السنة): لا توجد مبالغ سداد مشترك داخل الشبكة لكل زيارة.</p> <p>السماعات الطبية: مزايا بقيمة 1,500 دولار أمريكي كحد أقصى لشراء سماعتين طبيبتين اثنتين كحد</p>	<p>خدمات رعاية السمع</p> <p>السمع غير الروتيني:</p> <p>يشمل الغطاء التأميني تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها مقدم الخدمة الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي، وذلك كإعانة في العيادات الخارجية عندما يقدمها طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم خدمة مؤهل آخر.</p> <p>بالإضافة إلى مزايا السمع غير الروتينية التي يغطيها Medicare، فإننا نغطي أيضًا مزايا السمع الروتينية من خلال NationsHearing:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحوصات السمع الروتينية: فحص واحد كل عام. • السماعات الطبية: ما يصل إلى 1500 دولار أمريكي من أجل دفع تكلفة سماعتين طبيبتين اثنتين كحد أقصى (سماعة واحدة لكل أذن) من NationsHearing كل عام. <p>(تابع)</p> <p>خدمات السمع (تتمة)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>أقصى (واحدة لكل أذن) لكل سنة من سنوات المنفعة.</p> <p>تتحمل مسؤولية أي تكاليف للساعات الطبية بعد استنفاد مزايا الخطة بحد أقصى 1500 دولار، ولا يغطيها برنامج Michigan Medicaid.</p>	<p>تقييمات تركيب الساعات الطبية: تقييم واحد/تركيب واحد للساعة الطبية في كل عام. تشمل مشتريات الساعات الطبية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 3 زيارات متابعة خلال السنة الأولى من تاريخ التركيب الأولي • فترة تجريبية مدتها 60 يومًا من تاريخ التركيب • 60 بطارية سنويًا لكل ساعة طبية (كمية تكفي لمدة 3 سنوات) • ضمان إصلاح المصنّع لمدة 3 سنوات • غطاء تأميني للاستبدال لمرة واحدة للساعات الطبية المفقودة أو المسروقة أو التالفة (قد يتم تطبيق مبالغ تحمّل حسب الساعات) • المجموعة الأولى من قوالب الأذن (عند الحاجة) <p>تتوفر الساعات الطبية التي تُصرف بدون وصفة طبية بموجب ميزة الساعات الطبية الروتينية بمبلغ يصل إلى 1500 دولار كحد أقصى من خلال NationsHearing.</p> <p>تعاقبت خطتنا مع NationsHearing لتقديم خدمات السمع الروتينية التي لا يشملها غطاء Medicare. يجب أن تحصل على الساعات الطبية من خلال NationsHearing. للحصول على مزيد من المعلومات أو لتحديد موعد، يُرجى الاتصال بـ NationsHearing عبر الهاتف على الرقم 877-277-9196 (الهاتف النصي 711).</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبالغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل للأعضاء المؤهلين للحصول على الفحص الوقائي لفيروس نقص المناعة البشرية الذي يغطيه برنامج Medicare.</p>	<p>فحص فيروس نقص المناعة البشرية </p> <p>بالنسبة للأشخاص الذين يطلبون إجراء اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية أو المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، فإننا نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحصًا واحدًا كل 12 شهرًا <p>بالنسبة للسيدات الحوامل، فإننا نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ثلاثة فحوصات كحد أقصى في أثناء الحمل
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>الرعاية المقدمة من وكالة رعاية صحية منزلية</p> <p>قبل تلقي خدمات الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يشهد الطبيب أنك بحاجة إلى خدمات رعاية صحية منزلية، وسيطلب تقديم خدمات الرعاية الصحية المنزلية من إحدى وكالات</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>الرعاية الصحية المنزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل، بمعنى أن تكون مغادرة المنزل بمثابة جهد كبير.</p> <p>تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التمريض المتخصصة بدوام جزئي أو متقطع وخدمات المساعد الصحي المنزلي (تتم تغطيتها بموجب ميزة الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يكون إجمالي خدمات التمريض الماهر وخدمات المساعد الصحي المنزلي مجتمعة أقل من 8 ساعات في اليوم و35 ساعة في الأسبوع) • العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج التخاطب واللغة • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>العلاج بالحقن في المنزل</p> <p>يتضمن العلاج بالحقن في المنزل إعطاء الأدوية أو المواد البيولوجية عن طريق الوريد أو تحت الجلد إلى شخص في المنزل. تشمل المكونات اللازمة لإعطاء الحقن في المنزل ما يلي: الدواء (على سبيل المثال، مضادات الفيروسات، الغلوبولين المناعي)، والمعدات (على سبيل المثال، مضخة)، والمستلزمات (على سبيل المثال، الأنابيب والقساطر).</p> <p>تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، المقدمة وفقًا لخطة الرعاية • تدريب وتثقيف المرضى غير المشمول بمزايا المعدات الطبية المعمرة • المراقبة عن بُعد <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p style="text-align: center;">العلاج بالحقن في المنزل (تتمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات المراقبة لتقديم العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالحقن في المنزل
<p>عند التسجيل في برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّطة المعتمد من Medicare، يتم دفع تكاليف خدمات رعاية أصحاب الأمراض المميّطة وخدمات الجزء (أ) والجزء (ب) المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض مميت من جانب برنامج Original Medicare، وليس من جانب خطة CCA Medicare Maximum.</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح مسبق للخدمات التي يقدمها أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة أو منظمة رعاية أصحاب الأمراض المميّطة التي يختارها العضو.</p>	<p style="text-align: center;">رعاية أصحاب الأمراض المميّطة</p> <p>إنك مؤهل للحصول على ميزة رعاية أصحاب الأمراض المميّطة عندما يعطيك طبيبك والمدير الطبي لرعاية أصحاب الأمراض المميّطة تشخيصًا نهائيًا يفيد بأنك مريض بمرض مميت وأن عمرك لم يبق فيه إلا 6 أشهر أو أقل إذا سار مرضك في مجراه الطبيعي. يجوز لك أن تتلقى الرعاية من أي برنامج معتمد من Medicare لرعاية أصحاب الأمراض المميّطة. ويقع على عاتق خطتك التزام بمساعدتك في العثور على برامج معتمدة من Medicare لأصحاب الأمراض المميّطة في منطقة الخدمة التي تغطيها الخطة، بما في ذلك البرامج التي تمتلكها مؤسسة MA أو تتحكم فيها أو لديها مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب رعاية أصحاب الأمراض المميّطة المتابع لك مقدم خدمة ضمن الشبكة أو مقدم خدمة خارج الشبكة.</p> <p style="text-align: right;">(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>رعاية أصحاب الأمراض المميتة (تتمة)</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أدوية للسيطرة على الأعراض وتخفيف الألم • رعاية قصيرة الأمد • الرعاية المنزلية <p><u>بالنسبة لخدمات رعاية أصحاب الأمراض المميتة والخدمات التي يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare والمرتبطة بتشخيص إصابتك بمرض مميت: سيدفع برنامج Original Medicare (بدلاً من خطتنا) إلى مقدم خدمة رعاية أصحاب الأمراض المميتة مقابل تلك الخدمة المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض مميت. في أثناء وجودك في برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميتة، سيقوم مقدم خدمة رعاية أصحاب الأمراض المميتة الخاص بك بإصدار فاتورة إلى Original Medicare مقابل الخدمات التي يدفع برنامج Original Medicare مقابلها. سيتم إرسال فاتورة لك بمبلغ تقاسم التكلفة الذي يتحمله برنامج Original Medicare.</u></p> <p><u>بالنسبة للخدمات التي يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare والتي لا ترتبط بتشخيص إصابتك بمرض مميت: إذا كنت بحاجة إلى خدمات غير طارئة وغير ملحة يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare والتي لا تتعلق بتشخيص مرضك بأنه مرض مميت، فإن تكلفة تلك الخدمات تعتمد على ما إذا كنت تستخدم أحد مقدمي الخدمة التابعين لشبكة خطتنا وتتبع قواعد الخطة أم لا (على سبيل المثال أن يكون هناك شرط بالحصول على إذن مسبق).</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • إذا حصلت على خدمات خاضعة للغطاء التأميني من أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة واتبعت قواعد الخطة للحصول على الخدمة، فإنك لن تدفع أي مقابل عن الخدمات المقدمة داخل الشبكة • إذا حصلت على الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من أحد مقدمي الخدمة خارج الشبكة، فستدفع حصتك في التكلفة بموجب برنامج Fee-for-Service Medicare (Original Medicare) Medicare <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>رعاية أصحاب الأمراض المميّنة (تتمة)</p> <p>بالنسبة للخدمات التي تغطيها خطة CCA Medicare Maximum ولكن لا يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare: ستواصل خطة CCA Medicare Maximum تغطية الخدمات التي تغطيها الخطة والتي لا يغطيها الجزء (أ) أو (ب) سواء كانت مرتبطة بتشخيص إصابتك بمرض مميت أم لا. ستدفع مبلغ مشاركتك في التكاليف بموجب بخصتك مقابل تلك الخدمات.</p> <p>بالنسبة للأدوية التي قد تغطيها ميزة الجزء (د) من الخطة: إذا كانت تلك الأدوية غير مرتبطة بحالة مرض مميت تعاني منها، فستدفع حصتك في التكلفة. أما إذا كانت مرتبطة بحالة مرض مميت تعاني منه، فستدفع حصتك في التكلفة بموجب برنامج Original Medicare. لا تتم أبداً تغطية الأدوية من كل من برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّنة ومن خطتنا في نفس اللحظة. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على القسم 9.4 من الفصل الخامس (ماذا لو كنت مشتركاً في برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّنة المعتمد من Medicare).</p> <p>ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير رعاية أصحاب الأمراض المميّنة (رعاية لا تتعلق بتشخيص إصابتك بمرض مميت)، فيجب عليك الاتصال بنا لكي نقوم بالترتيب لحصولك على الخدمات.</p> <p>تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية لأصحاب الأمراض المميّنة (مرة واحدة فقط) وذلك للأشخاص المصابين بمرض مميت الذين لم يختاروا ميزة رعاية أصحاب الأمراض المميّنة.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبالغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل مقابل لقاحات الالتهاب الرئوي، والأنفلونزا، والتهاب الكبد الوبائي (ب)، وكوفيد 19.</p>	<p>التطعيمات </p> <p>تشمل خدمات الجزء (ب) التي يغطيها برنامج Medicare ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لقاح الالتهاب الرئوي • لقاحات الأنفلونزا، مرة واحدة كل موسم أنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات أنفلونزا إضافية إذا لزم الأمر طبيًا • لقاح التهاب الكبد (ب) إذا كنت معرضًا لخطر كبير أو متوسط بالإصابة بالتهاب الكبد (ب) • لقاح كوفيد 19 • لقاحات أخرى إذا كنت معرضًا للمخاطر وتفي بقواعد الغطاء التأميني المقدم من الجزء (ب) من Medicare <p>إننا نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).</p>
<p>لا توجد مبالغ سداد مشترك نظير خدمات الدعم المنزلي التي تشملها التغطية بما لا يتجاوز 60 ساعة</p>	<p>خدمات الدعم المنزلي</p> <p>ما يصل إلى 60 ساعة في السنة للمساعدة في النقل، والتسوق من البقالة، واستلام العلاجات، ومواعيد الطبيب، والتوجيه الفني، وتذكيرات فحوة الرعاية، والمساعدة في تنظيف المنزل الخفيف، وممارسة التمارين الخفيفة، والنشاط.</p> <p>يجب الحصول على الخدمات من خلال خطة PAPA عن طريق الاتصال على الرقم 7813-744-888-1.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p> <p>إذا حصلت على رعاية مرضى داخليين مصرح بها في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فلن تتحمل أي تكلفة.</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين</p> <p>تشمل الحالات الحادة للمرضى الداخليين، وإعادة تأهيل المرضى الداخليين، ومستشفيات الرعاية الطويلة الأمد، وأنواع أخرى من خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين. تبدأ رعاية المستشفيات للمرضى الداخليين في اليوم الذي يتم فيه إدخالك رسميًا إلى المستشفى بناءً على طلب الطبيب. ويعد اليوم السابق لإخراجك من المستشفى هو آخر يوم لك كمريض مقيم.</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>إذا حصلت على رعاية مرضى داخليين مصرح بها في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فلن تتحمل أي تكلفة.</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى (تتمة)</p> <p>تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا) • الوجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة (مثل وحدات الرعاية المركزة أو وحدات الرعاية التاجية) • الأدوية والعلاجات • الاختبارات المعملية • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى • المستلزمات الجراحية والطبية الضرورية • استخدام الأجهزة، مثل الكراسي المتحركة • تكاليف غرفة العمليات والإنعاش • العلاج الطبيعي والوظيفي وعلاج لغة النطق • خدمات إدمان المخدرات للمرضى الداخليين • في ظروف معينة، تغطي الأنواع التالية من عمليات زراعة الأعضاء: القرنية، والكلى، والكلى والبنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، ونخاع العظم، والخلايا الجذعية، والأمعاء/الأحشاء. إذا كنت بحاجة إلى عملية زراعة أعضاء، فسنترب لكي يراجع حالتك أحد مراكز زراعة الأعضاء المعتمدة من Medicare والذي سيقدر ما إذا كنت مرشحًا للخضوع لعملية زراعة أعضاء أم لا. قد يكون مقدمو خدمات زراعة الأعضاء محليين أو خارج منطقة الخدمة. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل الشبكة خارج نمط الرعاية المجتمعية، فيمكنك اختيار الذهاب محليًا طالما أن مقدمي خدمات زراعة الأعضاء المحليين على استعداد لقبول أسعار برنامج Original Medicare.

(تابع)

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p style="text-align: center;">رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى (تتمة)</p> <p>إذا كانت خطة CCA Medicare Maximum تقدم خدمات زراعة الأعضاء في موقع خارج نمط الرعاية لعمليات زراعة الأعضاء في مجتمعك، واخترت الحصول على زراعة في هذا الموقع البعيد، فستتخذ ترتيبات أو ندفع تكاليف الإقامة والنقل المناسبة لك ولمرافقك.</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. يبدأ الغطاء التأميني للدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة فقط برابع كيس دم تحتاجه - يجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 أكياس دم تحصل عليها في السنة التقويمية أو التبرع بالدم سواء منك أو من جانب شخص آخر. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من أول كيس مستخدم. • خدمات الأطباء <p>ملاحظة: لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب أن يكتب مقدم الخدمة أمرًا لقبولك رسميًا كمرضى داخلي في المستشفى.</p> <p>حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا داخليًا أو مريضًا خارجيًا، فينبغي أن تسأل فريق عمل المستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare تسمى "هل أنت مريض داخلي في المستشفى أو مريض خارجي؟ إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare - أسأل! صحيفة الحقائق هذه متاحة على الويب على https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو بالاتصال على الرقم 800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p style="text-align: center;">خدمات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية</p> <p>من بين الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني خدمات الرعاية الصحية السلوكية التي تتطلب الإقامة في المستشفى.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل للأعضاء المؤهلين للحصول على خدمات العلاج بالتغذية الطبية التي يغطيها Medicare.</p>	<p>العلاج بالتغذية الطبية </p> <p>هذه الميزة مخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو مرض الكلى (الكلى) (ولكن ليس الغسيل الكلوي)، أو بعد زراعة الكلى عندما يطلب طبيبك ذلك.</p> <p>إننا نغطي 3 ساعات من الخدمات الاستشارية الفردية خلال السنة الأولى التي تتلقى فيها خدمات العلاج بالتغذية الطبية بموجب برنامج Medicare (يشمل ذلك خطتنا، أو أي خطة Medicare Advantage أخرى، أو برنامج Original Medicare)، وساعتين كل عام بعد ذلك. إذا تغيرت حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فقد تتمكن من تلقي المزيد من ساعات العلاج بأمر من الطبيب. يجب أن يصف الطبيب تلك الخدمات ويجدد طلبه سنويًا إذا كانت هناك حاجة لعلاجك في السنة التقويمية التالية.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبالغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل لمزايا برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري.</p>	<p>برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري (MDPP) </p> <p>ستتم تغطية خدمات برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري، وذلك للمستفيدين من برنامج Medicare المؤهلين بموجب جميع خطط Medicare الصحية.</p> <p>برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري هو تدخل منظم لتغيير السلوك الصحي يقدم تدريبًا عمليًا على التغيير الغذائي على المدى الطويل، وزيادة النشاط البدني، واستراتيجيات حل المشكلات للتغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط الحياة الصحي.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p> <p>تخضع علاجات الجزء (ب) للعلاج التدريجي.</p>	<p>الأدوية المقررة بوصفة طبية بموجب الجزء (ب) من Medicare</p> <p>هذه الأدوية خاضعة للغطاء التأميني بموجب الجزء (ب) من برنامج Original Medicare. يحصل أعضاء خطتنا على غطاء تأميني لتلك الأدوية من خلال خطتنا. من بين الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي لا يقوم المريض عادةً بإعطائها لنفسه ذاتيًا ويتم حقنها أو تسريبها في أثناء حصولك على خدمات الطبيب أو العيادات الخارجية في المستشفى أو مركز الجراحة المتنقل • أنسولين يتم إعطاؤه من خلال أحد منتجات المعدات الطبية المعمرة (مثل مضخة أنسولين ضرورية طبيًا) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام المعدات الطبية المعمرة (مثل البخاخات) التي صرحت بها الخطة

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<ul style="list-style-type: none"> • عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت مصابًا بالهيموفيليا • الأدوية المثبطة للمناعة، إذا تم تسجيلك في الجزء (أ) من برنامج Medicare في وقت زرع العضو • أدوية هشاشة العظام القابلة للحقن، إذا كنت ملازمة للمنزل، تعاني من كسر في العظام يشهد الطبيب أنه مرتبط بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، ولا يمكن إعطاء الدواء ذاتيًا • المستضدات • بعض الأدوية الفموية المضادة للسرطان والأدوية المضادة للغثيان • بعض أدوية الغسيل الكلوي المنزلي، بما في ذلك الهيبارين، وترياق الهيبارين عندما يكون ذلك ضروريًا طبيًا، والمخدرات الموضعية، والعوامل المحفزة لتكوين الكريات الحمراء. الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية. <p style="text-align: right;">(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>الأدوية الموصوفة طبيًا بموجب الجزء (ب) من برنامج Medicare (تتمة)</p> <p>إننا نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (ب) والجزء (د).</p> <p>يشرح الفصل الخامس مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)، بما في ذلك القواعد التي يجب عليك اتباعها من أجل الحصول على غطاء تأميني للوصفات الطبية. يوضح الفصل السادس المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) من خلال خطتنا.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل لفحص السمّنة الوقائي وعلاجها.</p>	<p>فحص وعلاج السمّنة لتحسين استمرار فقد الوزن </p> <p>إذا كان مؤشر كتلة الجسم لديك 30 أو أكثر، فإننا نغطي الاستشارات المكثفة لمساعدتك على فقدان الوزن. نغطي تكلفة تلك المشورة إذا حصلت عليها في مكان رعاية أساسي، حيث يمكن تنسيقها مع خطة الوقاية الشاملة التي تخضع لها. تحدث إلى طبيب الرعاية الأساسي أو الممارس لمعرفة المزيد.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>خدمات برنامج علاج الأفيون</p> <p>يمكن لأعضاء خطتنا المصابين باضطراب تعاطي الأفيون (OUD) الحصول على غطاء تأميني للخدمات لعلاج اضطراب تعاطي الأفيون من خلال برنامج علاج الأفيون (OTP) الذي يشتمل على الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية المساعدة على العلاج بمساعدة علاجات نواهض ومستضادات الأفيون المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA). • صرف وإعطاء علاجات المساعدة على العلاج بمساعدة الأدوية (إن وجدت) • استشارات تعاطي المواد المخدرة <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>خدمات برنامج علاج الأفيون (تتمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> • العلاج الفردي والجماعي • اختبار السموم • أنشطة التعاطي • التقييمات الدورية
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>الاختبارات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية</p> <p>تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديويم والنظائر) بما في ذلك المواد والمستلزمات الفنية • المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات • الجبيرات الجبسية والجبائر والأجهزة الأخرى المستخدمة لتقليل الكسور والخلع • الاختبارات المعملية • الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. يبدأ الغطاء التأميني للدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة فقط برابع كيس دم تحتاجه - يجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 أكياس دم تحصل عليها في السنة التقويمية أو التبرع بالدم سواء منك أو من جانب شخص آخر. تتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من أول كيس مستخدم. • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>ملاحظة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية</p> <p>خدمات الملاحظة هي خدمات لمرضى العيادات الخارجية في المستشفى يتم تقديمها لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى الدخول كمريض داخلي أو يمكن إخراجك من المستشفى.</p> <p>من أجل الحصول على غطاء تأميني لخدمات ملاحظة مرضى العيادات الخارجية في المستشفى، يجب أن تفي بمتطلبات Medicare وأن تعتبر تلك الخدمات معقولة وضرورية. لا نغطي خدمات الملاحظة إلا عندما يتم تقديمها بموجب أمر من طبيب أو شخص آخر</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>مصرح له بموجب قانون الترخيص بالولاية واللوائح الداخلية لموظفي المستشفى بقبول دخول المرضى إلى المستشفى أو بطلب اختبارات لمرضى العيادات الخارجية.</p> <p>ملاحظة: ما لم يكتب مقدم الخدمة أمرًا بقبولك كمرضى داخلي في المستشفى، ستظل مريضًا خارجيًا وتدفع مبالغ المشاركة في التكاليف عن خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا أم لا، فينبغي أن تسأل فريق عمل المستشفى.</p> <p>يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare تسمى "هل أنت مريض داخلي في المستشفى أو مريض خارجي؟ إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare - أسأل! صحيفة الحقائق هذه متاحة على الويب على https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-1-800-MEDICARE-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو بالاتصال على الرقم 1-800-633-4227. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين</p> <p>إننا نغطي الخدمات الضرورية طبيًا التي تحصل عليها في قسم العيادات الخارجية في المستشفى من أجل تشخيص أو علاج مرض أو إصابة.</p> <p>تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات في قسم الطوارئ أو العيادة الخارجية، مثل خدمات الملاحظة أو الجراحة الخارجية • الاختبارات المعملية والتشخيصية التي تُصدر المستشفى فواتير بها • الرعاية الصحية السلوكية، بما في ذلك الرعاية في برنامج إقامة جزئية في المستشفى، إذا شهد الطبيب بأن العلاج داخل المستشفى سيكون مطلوبًا بدونه • خدمات الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تصدر بها المستشفى فواتير

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<ul style="list-style-type: none"> • المستلزمات الطبية مثل الجبائر والحبس • بعض الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك <p>ملاحظة: ما لم يكتب مقدم الخدمة أمرًا بقبولك كمرضى داخلي في المستشفى، ستظل مريضًا خارجيًا وتُدفع مبالغ المشاركة في التكاليف عن خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا أم لا، فينبغي أن تسأل فريق عمل المستشفى.</p> <p>يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare تسمى "هل أنت مريض داخلي في المستشفى أو مريض خارجي؟ إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare - أسأل! صحيفة الحقائق هذه متاحة على الويب على https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-1-800-MEDICARE-Inpatient-or-Outpatient.pdf أو بالاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.</p>
لن تدفع أي مقابل.	<p>رعاية الصحة النفسية للمرضى الخارجيين</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <p>خدمات الصحة النفسية التي يقدمها طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية، أو اختصاصي نفسي سريري، أو اختصاصي اجتماعي سريري، أو اختصاصي ممرض سريري، أو مستشار مهني مرخص (LPC)، أو معالج زواج وأسرّة مرخص (LMFT)، أو ممرضة ممارسة (NP)، أو مساعد طبيب (PA)، أو اختصاصي رعاية صحية سلوكية آخر مؤهل من Medicare على النحو المسموح به بموجب قوانين الولاية المعمول بها.</p>
لن تدفع أي مقابل.	<p>خدمات إعادة تأهيل المرضى الخارجيين</p> <p>تشمل الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج لغة النطق.</p>

<p>ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات</p>	<p>الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك</p>
<p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>يتم تقديم خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين في أماكن مختلفة لمرضى العيادات الخارجية، مثل أقسام العيادات الخارجية بالمستشفى، ومكاتب المعالجين المستقلين، ومنشآت إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORFs).</p>
<p>لن تدفع أي مبالغ عن الزيارات العلاجية الفردية أو الجماعية.</p>	<p>خدمات علاج تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية</p> <p>خدمات الصحة النفسية التي يقدمها طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية، أو اختصاصي نفسي سريري، أو اختصاصي اجتماعي سريري، أو اختصاصي ممرض سريري، أو ممرضة ممارسة أو مساعد طبيب، أو اختصاصي رعاية صحية سلوكية آخر مؤهل من Medicare على النحو المسموح به بموجب قوانين الولاية المعمول بها.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>جراحات العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى ومراكز الجراحة المتقدمة</p> <p>ملاحظة: إذا كنت تخضع لجراحة في مرفق مستشفى، فيجب عليك مراجعة مقدم الرعاية المتابع لك لتعرف ما إذا كنت مريضاً داخلياً أو خارجياً. ما لم يكتب مقدم الخدمة أمراً بقبولك كمريض داخلي في المستشفى، ستظل مريضاً خارجياً وتدفع مبالغ المشاركة في التكاليف عن جراحات المرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مريضاً خارجياً.</p>
<p>في الشبكة: ستحصل على مبلغ 750 دولاراً أمريكياً كل ربع سنة</p> <p>تقويمية على بطاقة Healthy Savings الخاصة بك لشراء المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية والتي يغطيها CCA Health MI. لا يمكن ترحيل المبالغ غير المستخدمة من ربع إلى آخر. إذا تجاوزت تكلفة المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية التي يغطيها CCA</p>	<p>المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية (OTC)</p> <p>ستحصل على بطاقة Healthy Savings card مع بدل يُصرف في بداية كل ربع سنة تقويمية (كل ثلاثة أشهر) لشراء المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية (OTC) ويغطيها CCA Health MI مثل معقم اليدين، والأقنعة، ومستلزمات الإسعافات الأولية، وفرش الأسنان، واختبارات كوفيد 19، ومستلزمات أعراض البرد، وغيرها، دون وصفة طبية من تجار التجزئة للمنتجات التي تصرف بدون وصفة طبية التابعين للشبكة.</p> <p>الأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة يمكنهم استخدام البديل ربع السنوي على Healthy Savings card لشراء الطعام الذي تغطيه CCA Health MI وإنتاج منتجات عند تجار التجزئة الذين يبيعون المنتجات المتداولة دون وصفة طبية داخل الشبكة وكذلك لسداد مدفوعات المرافق، مثل الغاز والكهرباء والماء والإنترنت/تلفاز الكابل، من</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>Health MI حد المزايا الربع السنوية البالغ 750 دولارًا أمريكيًا في كل ربع سنة، فستحمل مسؤولية التكاليف الإضافية. سيتم إعادة تحميل البديل الربع السنوي على بطاقتك تلقائيًا في بداية كل ربع سنة تقويمية إذا ظلت مسجلًا في CCA Health MI.</p>	<p>تجار المرافق المسجلين الذين يقبلون Visa. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على "المزايا التكميلية الخاصة للمرض المزمن" في مخطط المزايا الطبية.</p> <p>اتصل بقسم خدمات الأعضاء لأي استفسارات تتعلق بالمنتجات التي يغطيها CCA Health MI أو تفضل بزيارة www.mybenefitscenter.com مع رقم بطاقة Healthy Savings card.</p> <p>يجب أن تتعامل مع البطاقة على أنها أموال نقدية. لا يتم ترحيل أو استبدال أي أموال غير مستخدمة أو مسروقة.</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>إذا تجاوزت تكلفة المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية أو الطعام، أو منتجات المرافق التي تغطيها CCA health، (للأعضاء المؤهلين المصابين بمرض مزمن) حد المزايا الربع السنوية البالغ 750 دولارًا أمريكيًا في كل ربع سنة، فستتحمل مسؤولية سداد التكاليف الإضافية. سيتم إعادة تحميل البديل الربع السنوي على بطاقتك تلقائيًا في بداية كل ربع سنة تقويمية.</p>	<p>المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية (OTC) (تتمة)</p> <p>لا يمكن استخدام البطاقة إلا للمشتريات المؤهلة التي يقرها مقدم خطتك في كل مكان تُقبل فيه بطاقات الخصم من Visa. تصدر Sutton Bank البطاقة بموجب ترخيص من Visa U.S.A. Inc. يُرجى الاتصال براعي البرنامج مباشرة للحصول على قائمة كاملة بالمشتريات المؤهلة. تعتبر Visa علامة تجارية مسجلة لشركة Visa, U.S.A. Inc. جميع العلامات التجارية وعلامات الخدمة الأخرى تخص مالكيها. ممنوع استخدام النقد أو ماكينات الصراف الآلي. تُطبّق الشروط والأحكام، اتصل بمُقدّم الخطة للحصول على التفاصيل.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يلزم الحصول على تصريح مسبق للخدمات التي يقدمها مقدم الخدمة التابع للشبكة.</p>	<p>الرعاية التيسينية</p> <p>تركز الرعاية التيسينية على تخفيف أعراض وإجهاد الأمراض الخطيرة. عند تلقي الرعاية التيسينية، يظل بإمكانك تلقي الأدوية والعلاجات التي تهدف إلى تحسين مشاكلك الطبية أو حتى شفاءها.</p> <p>يمكن أن تساعدك الرعاية التيسينية على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تخفيف الألم وغيره من الأعراض • إدارة علاجاتك • فهم مرضك ومساره • تحديد ما يهمك أكثر • الحصول على الرعاية المناسبة في الوقت المناسب <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>الرعاية السكنية (تتمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> • وضع الخطط والقرارات • التواصل مع مقدمي الخدمات • الاستعداد للمراحل المستقبلية <p>للعثور على مقدم رعاية سكنية، يُرجى التحدث مع مقدم الرعاية الأساسي (PCP) المتابع لك. كما يمكنهم المساعدة في تحديد مكان مقدم رعاية سكنية، إذا كان ذلك ملائمًا لاحتياجاتك.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>خدمات الإقامة الجزئية في المستشفى وخدمات العيادات الخارجية المكثفة</p> <p>الإقامة الجزئية في المستشفى هي برنامج منظم للعلاج النفسي النشط يتم تقديمه كخدمة للمرضى الخارجيين في المستشفى أو من جانب مركز صحي سلوكي مجتمعي، ورعايته أكثر كثافة من الرعاية التي يتم تلقيها في عيادة طبيبك أو المعالج وهو بديل عن الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين.</p> <p>الخدمة المكثفة لمرضى العيادات الخارجية هي برنامج منظم للعلاج الصحي السلوكي النشط (العقلي) يتم توفيره في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى، أو مركز صحي عقلي مجتمعي، أو مركز صحي مؤهل فيدرالي، أو عيادة صحية ريفية، ورعايته أكثر كثافة من الرعاية التي يتم تلقيها في عيادة طبيبك أو المعالج ولكن أقل كثافة من الإقامة الجزئية في المستشفى.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق لخدمات الغسيل الكلوي.</p>	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة مقدم الخدمة</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الطبية أو الخدمات الجراحية الضرورية طبيًا المقدمة في عيادة طبيب أو مركز جراحي متنقل معتمد أو قسم العيادات الخارجية بالمستشفى أو أي موقع آخر (تابع)

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة مقدم الخدمة (تتمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> • الاستشارة والتشخيص والعلاج من جانب أحد الاختصاصيين • فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها مقدم الرعاية الأساسي أو الاختصاصي، إذا طلب طبيبك تلك الفحوصات لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي أم لا • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد (الافتراضية)، ومن بينها: الخدمات المطلوبة بشكل عاجل؛ خدمات الصحة المنزلية؛ خدمات أطباء الرعاية الأساسيين؛ خدمات العلاج الوظيفي؛ الجلسات الفردية لخدمات الصحة السلوكية المتخصصة؛ اختصاصي رعاية صحية آخر؛ الجلسات الفردية لخدمات الطب النفسي؛ العلاج الطبيعي وخدمات أمراض التخاطب واللغة؛ الجلسات الفردية لعلاج تعاطي المخدرات في العيادات الخارجية <ul style="list-style-type: none"> ○ لديك خيار الحصول على تلك الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى تلك الخدمات عن طريق خدمة الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب عليك الاستعانة بمقدم خدمة تابع للشبكة يقدم الخدمة عن بُعد. ○ تشمل الرعاية الصحية عن بُعد الوصول إلى Teladoc للحصول على خدمات الصحة العاجلة والسلوكية. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المرتبطة بمرض الكلى في المرحلة النهائية لأعضاء الغسيل الكلوي المنزلي الذين يخضعون لغسيل كلوي في مستشفى أو في مرحلة الوصول الحرج لمركز غسيل كلوي تابع للمستشفى أو المركز، أو مرفق غسيل كلوي، أو منزل العضو • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها، بغض النظر عن موقعك • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات أو اضطراب الصحة السلوكية المصاحب، بغض النظر عن موقعهم • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة السلوكية وتقييمها وعلاجها في الحالات التالية: <ul style="list-style-type: none"> ○ إذا كانت لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل زيارتك الأولى للحصول على الرعاية الصحية عن بُعد

(تابع)

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة مقدم الخدمة (تتمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ إذا كانت لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا في أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد المذكورة ○ يمكن السماح باستثناءات مما سبق في ظروف معينة ● خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة السلوكية التي تقدمها العيادات الصحية في المناطق الريفية والمراكز الصحية المؤهلة الفيدرالية ● عمليات تسجيل الدخول الافتراضية (على سبيل المثال، عن طريق الهاتف أو الدردشة عبر الفيديو) مع طبيبك لمدة 5 - 10 دقائق <u>في الحالات التالية</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ إذا لم تكن مريضًا جديدًا ○ إذا كان تسجيل الدخول لا يرتبط بزيارة العيادة في الأيام السبعة الماضية و ○ إذا كان تسجيل الدخول لا يؤدي إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح ● تقييم الفيديو أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك، والتفسير والمتابعة من جانب طبيبك في غضون 24 ساعة <u>في الحالات التالية</u>: <ul style="list-style-type: none"> ○ إذا لم تكن مريضًا جديدًا ○ إذا كان التقييم لا يرتبط بزيارة العيادة في الأيام السبعة الماضية و ○ إذا كان التقييم لا يؤدي إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح ● تشاور طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني ● رأي ثانٍ من مقدم خدمة آخر تابع للشبكة قبل الجراحة <p>رعاية الأسنان غير الروتينية (الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني تقتصر على جراحة الفك أو الهياكل ذات الصلة، أو تثبيت كسور الفك أو عظام الوجه، أو خلع الأسنان لإعداد الفك للعلاجات الإشعاعية لأمراض الأورام، أو الخدمات التي يمكن أن تخضع للغطاء التأميني عندما يقدمها الطبيب).</p>
لن تدفع أي مقابل.	<p>خدمات طب الأقدام</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدمين (مثل الأصابع المطرقية أو نتوءات الكعب)

<p>ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات</p>	<p>الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك</p>
	<p>• الرعاية الروتينية للقدمين للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية معينة تؤثر على الأطراف السفلية</p> <p>تغطي الخطة اثنتي عشرة (12) زيارة روتينية لرعاية القدم سنويًا.</p>
<p>14 وجبة لمدة 7 أيام لكل خروج من المستشفى داخل الشبكة بالاستعانة بمقدم خدمة معتمد من الخطة</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p>	<p>وجبات ما بعد دخول المستشفى/إعادة التأهيل</p> <p>يحق للأعضاء الحصول على 14 وجبة، بحد أقصى لمدة 7 أيام، بعد إخراجك من المستشفى بعد كل إقامة في المستشفى. لا يقتصر عدد الوجبات للأعضاء على مقدار محدد من الإقامة في المستشفى.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل لاختبار المستضد الخاص بالبروستاتا السنوي.</p>	<p>اختبارات فحص سرطان البروستاتا </p> <p>بالنسبة للرجال الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا فأكثر، تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ما يلي - مرة واحدة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الفحص الرقمي للمستقيم • اختبار المستضد الخاص بالبروستاتا (PSA)
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة</p> <p>الأجهزة (بخلاف طب الأسنان) التي تحل محل جزء من الجسم أو الوظيفة، كلها أو بعضها. ويشمل ذلك، على سبيل المثال لا الحصر: أكياس فغر القولون والمستلزمات المرتبطة مباشرةً برعاية فغر القولون، وأجهزة تنظيم ضربات القلب، والدعامات، والأحذية التعويضية، والأطراف الصناعية، والأجهزة التعويضية للثدي (بما في ذلك حمالات الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي).</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة (تتمة)</p> <p>يشمل بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية، وإصلاح أو استبدال الأجهزة التعويضية. يشمل أيضًا بعض الغطاء التأميني بعد إزالة إعتام عدسة العين أو جراحة إعتام عدسة العين - راجع رعاية الإبصار لاحقًا في هذا القسم لمزيد من التفاصيل.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</p> <p>نغطي البرامج الشاملة لإعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) المتوسط إلى الشديد جدًا وطلب إعادة التأهيل الرئوي من الطبيب الذي يعالج مرض الجهاز التنفسي المزمن.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبلغ تحمّل للمزاي الوقائية للفحص والاستشارات التي يغطيها برنامج Medicare للحد من الإفراط في شرب الكحول.</p>	<p>الفحص والاستشارات للحد من الإفراط في الكحول</p> <p>نغطي فحصًا واحدًا للإفراط في شرب الكحول للبالغين المشتركين في برنامج Medicare (بما في ذلك النساء الحوامل) الذين يفرطون في شرب الكحول ولكنهم غير مدمنين للكحول. إذا كانت نتيجة فحصك للإفراط في شرب الكحول إيجابية، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى 4 جلسات استشارية قصيرة وجهًا لوجه في السنة (إذا كنت مؤهلاً ومنتبهًا أثناء الاستشارة) يقدمها طبيب أو ممارس رعاية أساسي مؤهل في مكان الرعاية الأساسي.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبلغ تحمّل عن زيارة الاستشارة واتخاذ القرار المشترك التي يغطيها برنامج Medicare أو</p>	<p>فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT)</p> <p>بالنسبة للأفراد المؤهلين، نغطي التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p> <p>الأعضاء المؤهلون هم: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و 77 عامًا والذين لا تظهر عليهم علامات أو أعراض سرطان الرئة، ولكن لديهم سجل تدخين للتبغ لا يقل عن</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
مقابل التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة.	<p>20 عبوة في العام ويدخون حاليًا أو أقلعوا عن التدخين خلال الـ 15 عامًا الماضية، والذين يحصلون على أمر كتابي بإجراء التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة خلال زيارة استشارية لفحص سرطان الرئة واتخاذ قرار مشترك تستوفي معايير Medicare لتلك الزيارات، ويقدمه طبيب أو ممارس غير طبيب مؤهل. (تنمة)</p> <p>بالنسبة لفحوصات سرطان الرئة بالتصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة بعد الفحص الأولي بالتصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة: يجب أن يحصل العضو على أمر كتابي لفحص سرطان الرئة بالتصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة، والذي قد يتم تقديمه خلال أي زيارة مناسبة مع طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب. إذا اختار أحد الأطباء أو ممارس مؤهل غير طبيب تقديم زيارة استشارة فحص سرطان الرئة واتخاذ قرار مشترك من أجل فحوصات لاحقة لسرطان الرئة بالتصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة، فيجب أن تستوفي تلك الزيارة معايير Medicare لمثل تلك الزيارات.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل للمزايا الوقائية بفحص العدوى المنقولة جنسيًا والاستشارات المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسيًا والتي يغطيها برنامج Medicare.</p>	<p>فحص العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) وتقديم المشورة للوقاية من العدوى المنقولة جنسيًا</p> <p>إننا نغطي فحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STI) للكشف عن المُتَدَثِّرة، والسيلان، والزهري، والتهاب الكبد (ب). هذه الفحوصات تخضع للغطاء التأميني للنساء الحوامل ولبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى منقولة جنسيًا عندما يطلب مقدم الرعاية الأساسي إجراء الاختبارات. نغطي إجراء تلك الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة في أثناء الحمل.</p> <p>كما نغطي أيضًا ما يصل إلى جلستي استشارة سلوكية عالية الكثافة وجهًا لوجه كل عام لمدة تتراوح بين 20 إلى 30 دقيقة، للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين لخطر متزايد بالإصابة بالعدوى المنقولة جنسيًا. لن نغطي جلسات الاستشارة تلك إلا كخدمة وقائية إذا قدمها مقدم رعاية أساسي وكانت تتم في مكان رعاية أساسي، مثل عيادة الطبيب.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق لخدمات الغسيل الكلوي.</p>	<p>خدمات لعلاج أمراض الكلى</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات تثقيف أمراض الكلى لتعليمهم رعاية الكلى ومساعدة الأعضاء على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم. بالنسبة للأعضاء الذين يعانون من مرض الكلى المزمن في المرحلة الرابعة عندما يحيلهم طبيبيهم، فإننا نغطي ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التثقيف بشأن أمراض الكلى طوال العمر.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<ul style="list-style-type: none"> • علاجات غسيل الكلى في العيادات الخارجية (بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة الخدمة مؤقتاً، كما هو موضح في الفصل الثالث، أو عندما يكون مقدم تلك الخدمة غير متاح مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليه) • علاجات الغسيل الكلوي للمرضى الداخليين (إذا تم إدخالك إلى المستشفى كمريض داخلي للحصول على رعاية خاصة) • التدريب على الغسيل الكلوي الذاتي (يشمل تدريباً لك ولأي شخص يساعدك في علاجات الغسيل الكلوي في المنزل) • معدات ومستلزمات الغسيل الكلوي المنزلي • بعض خدمات الدعم المنزلي (وتشمل، عند الضرورة، زيارات عمال غسيل الكلى المدربين للتحقق من غسيل الكلى المنزلي، والمساعدة في حالات الطوارئ، والتحقق من معدات غسيل الكلى وإمدادات المياه) <p>نغطي أدوية معينة للغسيل الكلوي بموجب مزايا الأدوية الخاصة بالجزء (ب) من Medicare. للحصول على معلومات بشأن الغطاء التأميني لأدوية الجزء (ب)، يُرجى الانتقال إلى قسم الأدوية الموصوفة طبيًا في الجزء (ب) من Medicare.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>الرعاية في مرفق تمريض متخصص</p> <p>(للاطلاع على تعريف رعاية مرفق التمريض المتخصص، انظر الفصل الحادي عشر من هذا المستند. ويُطلق أحياناً على مرافق التمريض المتخصصة SNFs).</p> <p>لا يلزم الإقامة في المستشفى قبل ذلك.</p> <p>تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا) • وجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المتخصصة • العلاج الطبيعي، والعلاج الوظيفي، وعلاج التخاطب واللغة • تُعطى لك الأدوية كجزء من خطة رعايتك (يشمل ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تخثر الدم). • الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. يبدأ الغطاء التأميني للدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة مع أول كيس مستخدم. • المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة • الاختبارات المعملية التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض المتخصصة • استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي توفرها عادةً مراكز التمريض المتخصصة <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>الرعاية في مرفق ترميز متخصص (تمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الطبيب/الممارس <p>بشكل عام، ستحصل على رعاية مرفق الترميز المتخصص من مرافق الشبكة. ومع ذلك، في ظل ظروف معينة مدرجة أدناه، قد تتمكن من الحصول على رعايتك من مرفق لا يعتبر مقدم خدمة تابع للشبكة، وذلك إذا قبل مرفق الرعاية مبالغ السداد التي تدفعها خطتنا.</p> <ul style="list-style-type: none"> • دار رعاية أو مجتمع للتقاعد يقدم الرعاية المستمرة في المكان الذي كنت تعيش فيه قبل ذهابك إلى المستشفى مباشرة (طالما أنه يوفر رعاية مرافق الترميز المتخصصة) • مرفق ترميز متخصص في المكان الذي تعيش فيه زوجتك/زوجك وقت مغادرتك المستشفى
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبلغ تحمّل في مقابل المزايا الوقائية للإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ التي يغطيها Medicare.</p>	<p>الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ (تقديم المشورة للإقلاع عن التدخين أو تعاطي التبغ)</p> <p>إذا كنت تتعاطى التبغ، ولكن ليس لديك علامات أو أعراض لأمراض ترتبط بالتبغ: فإننا نغطي محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين كل 12 شهرًا كخدمة وقائية دون أن تتحمل أي تكلفة. تشمل كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.</p> <p>إذا كنت تتعاطى التبغ وتم تشخيص حالتك بأنك مصاب بمرض متعلق بالتبغ أو تتناول دواءً قد يتأثر بالتبغ: فإننا نغطي الخدمات الاستشارية للإقلاع عن التدخين. إننا نغطي محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين في غضون 12 شهرًا؛ ومع ذلك، ستدفع مبلغ تقاسم التكلفة المعمول به. تشمل كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.</p>
<p>للأعضاء الذين يعانون من حالات مرضية مزمنة مؤهلة:</p> <p>ستحصل على إجمالي 750 دولارًا أمريكيًا كل ربع سنة تقويمية على بطاقة Healthy Savings card الخاصة بك لشراء المنتجات المتداولة دون وصفة طبية، أو الطعام</p>	<p>مزايا تكميلية خاصة للمرضى بأمراض مزمنة</p> <p>توفر خطة CCA Medicare Maximum بدلات مزايا على بطاقة Healthy Savings card الخاصة بك لاستخدامها للحصول على المزايا الإضافية التالية للأعضاء الذين يعانون من حالة مرضية مزمنة موثقة ومؤهلة.</p> <p>عند كل ربع سنة تقويمي، يمكن للأعضاء المؤهلين استخدام بدل بطاقة Healthy Savings card لتغطية مجموعة من المدفوعات للمنتجات المتداولة بدون وصفة طبية، والأطعمة والمنتجات، والمرافق.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>والمنتجات، أو مدفوعات المرافق مجتمعة. يجب شراء المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية والمنتجات والأطعمة من تجار التجزئة التابعين للشبكة. يمكن سداد مدفوعات المرافق إلى مقدمي خدمات المرافق المسجلين لدى Visa مثل الغاز الطبيعي والكهرباء وتلفاز الكابل والإنترنت الذين يقبلون Visa كشكل من أشكال الدفع. هذا بدل ربع سنوي مجمع للأعضاء الذين يعانون من حالة مؤهلة موثقة.</p> <p>ستحصل على بدل سنوي بقيمة 100 دولار على بطاقة Healthy Savings لشراء الأحذية الرياضية من متجر أحذية مسجل يقبل Visa.</p> <p>يمكنك التسجيل في خدمة الحماية من سرقة الهوية من ID من (Equifax) Watchdog دون أن تتحمل أي تكلفة نظرية.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● الطعام والمنتجات: سيتمكن الأعضاء المؤهلون من الوصول إلى شراء الأطعمة والمنتجات التي تغطيها خطة CCA Health MI من تجار التجزئة المسجلين بالشبكة ● بدل دفع المرافق: يمكن للأعضاء المؤهلين استخدام بطاقة Healthy Savings الخاصة بهم لدى مزودي خدمات المرافق المسجلين لدى شركة Visa مثل الغاز الطبيعي والكهرباء وتلفاز الكابل والإنترنت الذين يقبلون Visa كشكل من أشكال الدفع ● راجع "المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية (OTC)" في مخطط المزايا الطبية لمزيد من المعلومات عن مزايا المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية. <p>يحصل الأعضاء المؤهلون أيضًا على ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بدل الأحذية الرياضية للأعضاء المؤهلين لاستخدامه في شراء الأحذية الرياضية من متاجر الأحذية المسجلة لدى Visa التي تقبل Visa كشكل من أشكال الدفع. ● الحماية من سرقة الهوية: بالنسبة للأعضاء المؤهلين، تراقب الحماية من سرقة الهوية معلوماتك الشخصية في حالة استخدام شخص آخر رقم الضمان الاجتماعي الخاص بك أو غيرها من معلوماتك الشخصية. فهي تساعدك على استعادة هويتك وتعيذك عن التكاليف التي قد تتحملها بسبب سرقة الهوية. <p>سيتمكن الأعضاء المؤهلون من التسجيل في تأمين سرقة الهوية من خلال شريكنا، ID Watchdog (Equifax). يجب على الأعضاء استخدام ID Watchdog (Equifax) لتغطية هذه الميزة. بمجرد التسجيل، يتم تسجيلك حتى نهاية سنة الخطة الحالية. إذا اخترت إلغاء التسجيل، فلا يمكنك إعادة التسجيل حتى العام التالي.</p> <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>مزايا تكميلية خاصة للمرضى بأمراض مزمنة (تتمة)</p> <p>يمكنك الاتصال بـ ID Watchdog (Equifax) عن طريق الاتصال على الرقم -866-513-1518.</p> <p>تشمل الحالات المزمنة ما يلي: الاعتماد المزمّن على الكحول وغيره من الأدوية؛ واضطرابات المناعة الذاتية؛ والسرطان؛ واضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وفشل القلب المزمّن؛ والخرف؛ والسكري؛ وأمراض الكبد في مراحلها الأخيرة؛ والمرض الكلوي في مراحله الأخيرة (ESRD)؛ والاضطرابات الدموية الشديدة؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ واضطرابات الرئة المزمنة؛ وحالات الصحة السلوكية المزمنة والمسببة للعجز؛ والاضطرابات العصبية؛ والسكتة الدماغية.</p> <p>يجب أن يكون تشخيص المرض المزمّن مسجلاً لدى CCA Health MI قبل الحصول على مزايا تكميلية خاصة للمرض المزمّن. ليس كل الأعضاء مؤهلين. الأمراض المزمنة هي بوجه عام حالات تتطلب رعاية طبية مستمرة أو حالات تقيد أنشطة الحياة اليومية. يشخص الحالة اختصاصي طبي مرخص، بما في ذلك مقدم الرعاية الأساسي والممرضة الممارسين ومن يمثلهم من مقدمي الخدمات.</p> <p>يجب أن تتعامل مع البطاقة على أنها أموال نقدية. لا يتم ترحيل أو استبدال أي أموال غير مستخدمة أو مسروقة.</p> <p>اتصل بقسم خدمات الأعضاء لأي استفسارات تتعلق بالمنتجات التي يغطيها CCA Health MI أو تفضل بزيارة www.mybenefitscenter.com مع رقم بطاقة Healthy Savings card.</p> <p>لا يمكن استخدام البطاقة إلا للمشتريات المؤهلة التي يقرها مقدم خطتك في كل مكان تُقبل فيه بطاقات الخصم من Visa. تصدر Sutton Bank البطاقة بموجب ترخيص من Visa U.S.A. Inc. يُرجى الاتصال براعي البرنامج مباشرة للحصول على قائمة كاملة بالمشتريات المؤهلة. Visa هي علامة تجارية مسجلة لشركة Visa, U.S.A. Inc. جميع العلامات التجارية وعلامات الخدمة الأخرى تخص مالكيها. ممنوع استخدام النقد أو ماكينات الصراف الآلي. تُطبّق الشروط والأحكام، اتصل بمُقدّم الخطّة للحصول على التفاصيل.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (SET)</p> <p>نغطي العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>إننا نغطي ما يصل إلى 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا في حالة استيفاء متطلبات برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف.</p> <p>يجب أن تتوفر في برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يتكون من جلسات تستمر من 30 إلى 60 دقيقة، ويتألف من برنامج تدريب علاجي بالتمارين الرياضية لمرض الشريان المحيطي لدى المرضى الذين يعانون من التشنجات • يتم إجراؤه في عيادة خارجية بالمستشفى أو عيادة طبيب • يقدمه الأفراد الإضاقيون المؤهلون الضروريون لضمان أن الفوائد تتجاوز الأضرار، والذين يتم تدريبهم على العلاج بالتمارين الرياضية لمرض الشريان المحيطي • الخضوع للإشراف المباشر من طبيب، أو مساعد طبيب، أو ممرض ممارس/ممرض سريري متخصص يجب تدريبه على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة <p>قد نغطي برنامج العلاج بالتمارين الرياضية فيما يتجاوز 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا، وذلك لعدد 36 جلسة إضافية على مدار فترة زمنية ممتدة إذا رأى الطبيب ضرورة طبية لذلك.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل. يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>دعم مقدمي الرعاية (دار العجزة)</p> <p>ما يصل إلى 14 يومًا في دار عجزة داخل الشبكة بعد إخراجك من المستشفى</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>النقل (الطبي غير الطارئ)</p> <p>تغطي الخطة خمسين (50) رحلة ذهاب فقط سنويًا للرحلات الطبية (بخلاف حالات الطوارئ) إلى الوجهات المعتمدة في منطقة خدمة الخطة في نطاق 20 ميلاً من موقع ركوب المريض. يجب حجز الرحلات قبل 72 ساعة، من 7 صباحًا إلى 8 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية من الاثنين إلى الجمعة، ومن 8 صباحًا إلى 12 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية يومي السبت والأحد.</p>

<p>ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات</p>	<p>الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p>	<p>الخدمات المطلوبة بشكل عاجل</p> <p>يتم تقديم الخدمات المطلوبة بشكل عاجل لعلاج مرض أو إصابة أو حالة طبية غير طارئة وغير متوقعة تتطلب رعاية طبية فورية ولكن، بالنظر إلى ظروفك، لا يمكن، أو من غير المعقول، الحصول على الخدمات من مقدمي الخدمات المسجلين في الشبكة. إذا كان لا يمكنك بشكل معقول، نظرًا لظروفك، الحصول على رعاية طبية على الفور من مقدم خدمة تابع للشبكة؛ فستغطي خطتك الخدمات المطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمة خارج الشبكة. يجب أن تكون الخدمات المطلوبة على الفور وضرورية طبيًا. من أمثلة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي يجب أن تغطيها الخطة خارج الشبكة، الحالات التالية: في حالة كنت خارج منطقة الخدمة التابعة للخطة مؤقتًا وتحتاج إلى خدمات فورية مطلوبة طبيًا لحالة غير متوقعة، ولكنها ليست حالة طبية طارئة؛ أو كان لا يمكنك بشكل معقول، بالنظر إلى ظروفك، الحصول على رعاية طبية على الفور من مقدم خدمة تابع للشبكة. في حالة كانت حصتك في التكلفة للحصول على الخدمات الضرورية المطلوبة بشكل عاجل المقدمة خارج الشبكة هي نفس الحصة المدفوعة لتلك الخدمات المقدمة داخل الشبكة.</p> <p>يوجد حد أقصى قيمته 100,000 دولار أمريكي لخدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل المقدمة خارج الولايات المتحدة.</p> <p>في حالة تلفك رعاية عاجلة، يجب عليك إبلاغ مُقدِّم الرعاية الأساسي/فريق الرعاية المتابع لحالتك كلما أمكن.</p>
<p>خدمات الإبصار (غير الروتينية) التي يشملها غطاء Medicare: لن تدفع أي مقابل.</p> <p>فحص لتشخيص أمراض وحالات العين وعلاجها: لا توجد مبالغ سداد مشترك</p> <p>النظارات بعد جراحة إعتام عدسة العين: لا توجد مبالغ سداد مشترك نظير المستلزمات التي يغطيها برنامج Medicare</p>	<p>رعاية الإبصار</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <p>خدمات الإبصار (غير الروتينية) التي يشملها غطاء Medicare:</p> <p>إننا نغطي خدمات الإبصار غير الروتينية التالية التي يغطيها برنامج Medicare من خلال مقدم خدمة تابع للشبكة:</p> <p>خدمات أطباء العيادات الخارجية، لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين، بما في ذلك علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي برنامج Original Medicare فحوصات العين الروتينية (انكسار العين) للنظارات الطبية/العدسات اللاصقة</p> <ul style="list-style-type: none"> • بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر كبير بالإصابة بالجلوكوما، سنغطي فحصًا واحدًا للجلوكوما في كل عام. من أمثلة الأشخاص المعرضين لخطر إصابة كبير بالجلوكوما: الأشخاص الذين لديهم سجل عائلي بالإصابة بالجلوكوما، والأشخاص المصابون بالسكري، والأمريكيون من أصل أفريقي الذين يبلغون من العمر 50

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
	<p>عامًا أو أكثر، والأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر</p> <ul style="list-style-type: none"> ● بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري، نغطي فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في السنة ● زوج واحد من النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة إعتام عدسة العين تشتمل على إدخال عدسة داخل العين (إذا كنت تجري عمليتين منفصلتين لإعتام عدسة العين، فلا يمكنك الاحتفاظ بتلك الميزة بعد الجراحة الأولى وشراء نظارتين بعد الجراحة الثانية). <p style="text-align: right;">(تابع)</p>

<p>ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات</p>	<p>الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك</p>
<p>خدمات الإبصار الروتينية</p> <p>في الشبكة: إنك تحصل على مبلغ 550 دولارًا أمريكيًا على بطاقة Healthy Savings card الخاصة بك التي يمكنك استخدامها لدفع مقابل فحص العين الروتيني، وعدسات النظارات، وإطارات النظارات، والعدسات اللاصقة، وترقيات النظارات كل عام. إنك تتحمل المسؤولية عن جميع التكاليف التي تتجاوز البديل الذي قيمته 550 دولارًا أمريكيًا.</p>	<p>رعاية الإبصار (تتمة)</p> <p>خدمات الإبصار الروتينية:</p> <p>تغطي خدمات الإبصار الروتينية التالية باستخدام بطاقة Healthy Savings card عبر متاجر الرؤية المسجلة لدى Visa والتي تقبل Visa كشكل من أشكال الدفع:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تغطي فحص عين واحد سنويًا • إننا نغطي النظارات الطبية الموصوفة طبيًا بما في ذلك الإطارات والعدسات اللاصقة الضرورية بصريًا أو الترقيات بما لا يتجاوز مبلغ 550 دولارًا أمريكيًا في السنة. <p>لا يجوز صرف النظارات الطبية وغيرها من الوسائل البصرية، بما في ذلك العدسات اللاصقة، إلا بموجب وصفة طبية مكتوبة ومؤرخة. يجب أن تستند الوصفة الطبية إلى نتائج لفحص الإبصار قام به الطبيب الذي وصف الدواء.</p>
<p>لن تدفع أي مقابل.</p> <p>لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل للزيارة الوقائية Welcome to Medicare.</p>	<p>زيارة Welcome to Medicare الوقائية</p> <p>تغطي الخطة الزيارة الوقائية Welcome to Medicare لمرة واحدة. تشمل الزيارة مراجعة صحتك، بالإضافة إلى التثقيف والاستشارات بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك بعض الفحوصات والحقن)، والإحالات للحصول على رعاية أخرى إذا لزم الأمر.</p> <p>مهم: إننا نغطي الزيارة الوقائية Welcome to Medicare فقط في غضون أول 12 شهرًا من حصولك على الجزء (ب) من برنامج Medicare. عندما تحدد موعدًا، أخبر عيادة طبيبك بأنك ترغب في تحديد موعد لزيارتك الوقائية Welcome to Medicare.</p>
<p>لا توجد مبالغ سداد مشترك نظير خدمات الطوارئ في جميع أنحاء العالم.</p> <p>لا توجد مبالغ سداد مشترك نظير الخدمات المطلوبة بشكل عاجل في جميع أنحاء العالم.</p>	<p>غطاء تأميني للرعاية الطارئة والعاجلة في جميع أنحاء العالم</p> <p>تغطي خطتنا أيضًا الخدمات الطارئة، بما في ذلك النقل في حالات الطوارئ، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة وأقاليمها بغطاء تأميني للخطة يصل كحد أقصى إلى مائة ألف دولار (100,000 دولار أمريكي) لجميع الخدمات مجتمعة. هذه ميزة تكميلية تغطيها خطتنا.</p> <p>غير خاضعة للغطاء التأميني:</p> <ul style="list-style-type: none"> • النقل إلى الولايات المتحدة من دولة أخرى.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>لا توجد مبالغ سداد مشترك نظير خدمات النقل في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم.</p> <p>حد 100,000 دولار أمريكي للغطاء التأميني للخدمات الطارئة/العاجلة خارج الولايات المتحدة كل عام.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • أي علاجات تم وضع جداول زمنية أو خطط لها مسبقاً، أو إجراءات اختيارية. <ul style="list-style-type: none"> ○ ويشمل ذلك غسيل الكلى، أو أي علاج آخر للحالات المستمرة/المعروفة. • خدمات طب الأسنان.

القسم الثالث ما هي الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني خارج خطة CCA Medicare Maximum؟

القسم 3.1 الخدمات التي لا تغطيها خطة CCA Medicare Maximum

لديك مزايا تخضع للغطاء التأميني خارج خطة CCA Medicare Maximum. بالنسبة للخدمات التي لا تغطيها خطة CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)، ولكنها متاحة من خلال برنامج Medicaid، يرجى الاتصال بإدارة الخدمات الإنسانية في ميشيغان (DHS) على الرقم 1-800-642-3195.

القسم الرابع ما الخدمات التي لا تغطيها الخطة؟

القسم 4.1 الخدمات التي لا تغطيها الخطة (الاستثناءات)

يوضح لك هذا القسم الخدمات المستبعدة.

يصف الجدول أدناه بعض الخدمات والمنتجات التي لا تغطيها الخطة في ظل أي ظروف أو التي لا تغطيها الخطة إلا في ظل ظروف محددة.

إذا حصلت على خدمات مستبعدة (لا تخضع للغطاء التأميني)، فيجب أن تدفع مقابلها بنفسك إلا بموجب الشروط المحددة المدرجة أدناه. حتى إذا تلقيت الخدمات المستبعدة في منشأة طوارئ، فإن الخدمات المستبعدة ستظل غير خاضعة للغطاء التأميني ولن تدفع خطتنا مقابلها. الاستثناء الوحيد هو في حالة التظلم من الخدمة واتخاذ قرار بشأنها: عند التظلم، بوجوب أن تدفع مقابل إحدى الخدمات الطبية أو نغطيها بسبب وضعك المحدد. (للحصول على معلومات حول التظلم على أحد القرارات التي اتخذناها بعدم تغطية خدمة طبية، انتقل إلى الفصل الثامن، القسم 6.3 في هذه الوثيقة).

الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	تكون خاضعة فقط للغطاء التأميني في ظل ظروف محددة
الوخز بالإبر		<ul style="list-style-type: none"> متاحة للأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن في أسفل الظهر في ظل ظروف معينة.
الجراحات أو الإجراءات التجميلية		<ul style="list-style-type: none"> نغطيها في حالات الإصابات العرضية أو لتحسين أداء أحد الأعضاء المشوهة لدى الجسم. مُغطاة لجميع مراحل إعادة بناء الثدي بعد استئصال الثدي، وكذلك للثدي غير المتأثر للحصول على مظهر متماثل.
الرعاية الوصائية. (الرعاية التي تساعد في أنشطة الحياة اليومية التي لا تتطلب مهارات مهنية أو تدريبًا، مثل الاستحمام وارتداء الملابس).	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	
الرعاية الوصائية هي الرعاية الشخصية التي لا تتطلب عناية مستمرة من أفراد طبيين أو شبه طبيين مدربين، مثل الرعاية التي تساعدك في أنشطة الحياة اليومية، مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس.		
الإجراءات الطبية التجريبية والجراحية والمعدات والعلاجات.		<ul style="list-style-type: none"> قد تغطيها Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو من خطتنا.
الإجراءات والمنتجات التجريبية هي تلك المنتجات والإجراءات التي حددتها Original Medicare على أنها غير مقبولة بشكل عام من المجتمع الطبي.		(انظر الفصل الثالث، القسم الخامس لمزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية).
الرسوم المفروضة على الرعاية التي يقدمها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك.	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	
رعاية ترفيهية بدوام كامل في منزلك.	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	
وجبات يتم توصيلها إلى المنزل		<ul style="list-style-type: none"> تغطي الخطة وجبات ما بعد إخراجك من المستشفى. قد تغطي وجبات إضافية بموجب برنامج Medicaid.
خدمات ربات البيوت، بما في ذلك المساعدة المنزلية الأساسية، مثل خدمة تنظيف الغرف الخفيفة أو إعداد الوجبات الخفيفة.		<ul style="list-style-type: none"> خاضعة للغطاء التأميني لبرنامج Medicaid.

تكون خاضعة فقط للغطاء التأميني في ظل ظروف محددة	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	خدمات العلاج بالطبيعة (تستخدم علاجات طبيعية أو بديلة). رعاية الأسنان غير الروتينية
<ul style="list-style-type: none"> قد نغطي رعاية الأسنان المطلوبة لعلاج المرض أو الإصابة كإصابة لمرضى داخليين أو خارجيين. 		
<ul style="list-style-type: none"> الأحذية التي تُعد جزءاً من دعامة الساق والتي تشملها تكلفة الدعامة. الأحذية الطبية للعظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري. 		الأحذية الطبية للعظام أو الأجهزة الداعمة للقدمين
	لا يشملها الغطاء التأميني تحت أي ظرف	الأغراض الشخصية في غرفتك في المستشفى أو في مرفق التمريض المتخصص، مثل الهاتف أو التلفزيون.
<ul style="list-style-type: none"> نغطيها فقط عند الضرورة الطبية. 		غرفة خاصة في المستشفى.
	لا يشملها الغطاء التأميني تحت أي ظرف	عمليات إبطال التعقيم و/أو مستلزمات منع الحمل غير الموصوفة طبيًا.
<ul style="list-style-type: none"> نغطي المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي. 		المعالجة اليدوية الروتينية للعمود الفقري
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	بضع القرنية الشعاعي، وجراحة تقويم القرنية في مكانها بمساعدة الليزر، وغيرها من الوسائل المساعدة على التغلب على ضعف البصر.
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	الخدمات التي تعتبر غير معقولة وغير ضرورية، وفقاً لمعايير Original Medicare

الفصل الخامس:

استخدام الغطاء التأميني الذي توفره الخطة
للأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)

كيف يمكنك الحصول على معلومات عن تكاليف أدويةك



نظرًا لأنك مؤهل للتسجيل في برنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "مساعدة إضافية" من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة طبيًا الخاصة بك. نظرًا لأنك مشارك في برنامج "المساعدة الإضافية"، فإن بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية المائل بشأن تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) لا تنطبق عليك. لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، تُسمى ملحق الدليل الإرشادي للغطاء التأميني للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا (المعروفة أيضًا باسم ملحق دعم ذوي الدخل المنخفض أو ملحق LIS)، والتي تخبرك بالغطاء التأميني الخاص بك للأدوية. إذا لم يكن لديك تلك النشرة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب الحصول على ملحق دعم ذوي الدخل المنخفض. (أرقام هواتف خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند).

مقدمة

القسم الأول

يشرح هذا الفصل قواعد استخدام غطاءك التأميني لأدوية الجزء (د). يُرجى الاطلاع على الفصل (4) لمعرفة مزايا الأدوية بموجب الجزء (ب) من برنامج Medicare ومزايا أدوية رعاية أصحاب الأمراض المميتة.

بالإضافة إلى الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، إننا نغطي بعض الأدوية الموصوفة لك بموجب مزايا Medicaid الخاصة بك. بالنسبة للأدوية التي لا تغطيها خطة CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)، ولكنها متاحة من خلال برنامج Medicaid، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية في ميشيغان (DHS) على الرقم 1-855-MY-RIDHS 1-) (855-796-4347)، من الساعة 8:30 صباحًا إلى 3 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

القواعد الأساسية للغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) من الخطة

القسم 1.1

ستغطي الخطة بشكل عام أدويةك طالما أنك تتبع هذه القواعد الأساسية:

- يجب أن يكون لديك مقدم رعاية (طبيب، أو طبيب أسنان، أو أي معالج) يكتب لك وصفة طبية، شريطة أن تكون صحيحة بموجب قانون الولاية المعمول به.
- يجب ألا يكون طبيبك المعالج مدرجًا في قوائم الاستثناء أو الاستبعاد الخاصة ببرنامج Medicare.
- يجب عليك عمومًا استخدام إحدى الصيدليات التابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية. (انظر القسم الثاني، صرف وصفاتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد التابعة للخطة).
- يجب أن يكون دواؤك مدرجًا بقائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني الذي تقدمه الخطة (كتيب الوصفات) (نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا). (انظر القسم الثالث، يجب أن تكون أدويةك مدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة).
- يجب استخدام دوائك لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا هي استخدام الدواء المعتمد من إدارة الغذاء والدواء أو الذي تدعمه كتب مرجعية معينة. (انظر القسم الثالث لمزيد من المعلومات عن دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا).

القسم الثاني صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد التابعة للخطة

القسم 2.1 استخدام صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، لا نغطي الوصفات الطبية الخاصة بك إلا إذا تم صرفها في الصيدليات التابعة للشبكة الخطة. (انظر القسم 2.5 للحصول على معلومات بشأن الحالات التي نغطي فيها الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات خارج الشبكة.)

الصيدلية التابعة للشبكة هي صيدلية متعاقدة مع الخطة لتقديم الأدوية الموصوفة طبيًا التي تخضع للغطاء التأميني. مصطلح الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني يُقصد به جميع الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) والمدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.

القسم 2.2 الصيدليات التابعة للشبكة

كيف تجد صيدلية تابعة للشبكة في منطقتك؟

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو زيارة موقعنا الإلكتروني (www.ccahealthmi.org)، أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

يمكنك الذهاب إلى أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

ماذا لو غادرت الصيدلية التي كنت تستخدمها الشبكة؟

إذا غادرت الصيدلية التي كنت تستخدمها شبكة الخطة، فسيتعين عليك العثور على صيدلية جديدة داخل الشبكة. للعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، يمكنك الحصول على مساعدة من قسم خدمات الأعضاء أو استخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات. يمكنك أيضًا العثور على معلومات على موقعنا الإلكتروني www.ccahealthmi.org.

ماذا لو كنت بحاجة إلى صيدلية متخصصة؟

بعض الوصفات الطبية يجب صرفها من صيدلية متخصصة. من بين الصيدليات المتخصصة:

- الصيدليات التي توفر أدوية للعلاج بالحقن في المنزل.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأمد (LTC). عادةً ما يكون لمرفق الرعاية الطويلة الأجل (مثل دار الرعاية) صيدليتها الخاصة. إذا كنت تواجه أي صعوبة في الوصول إلى مزايا الجزء (د) في أحد مرفق الرعاية الطويلة الأمد، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- الصيدليات التي تخدم برنامج Indian Health Service / برنامج Tribal / Urban Indian Health Program (غير متوفر في بورتوريكو). باستثناء حالات الطوارئ، لا يمكن الوصول إلى تلك الصيدليات في شبكتنا إلا للأمريكيين الأصليين أو سكان الأسكا الأصليين.

- الصيدليات التي توزع الأدوية التي تقصر إدارة الغذاء والدواء الأمريكية صرفها على مواقع معينة أو التي تتطلب تعاملًا خاصًا أو تنسيقًا مع مقدمي الخدمات أو تنفيذًا بشأن استخدامها. **ملاحظة:** ينبغي أن يكون هذا السيناريو نادر الحدوث.

لتحديد موقع صيدلية متخصصة، ابحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطه

القسم 2.3

بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بشبكة الخطة. وبصفة عامة، فإن الأدوية التي يتم تقديمها من خلال الطلب البريدي هي أدوية تتناولها بشكل منتظم، لحالة طبية مزمنة أو لحالة طبية طويلة الأمد.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد التي تقدمها خطتنا أن تطلب كميات من الدواء لمدة 30 يومًا على الأقل، وكميات من الدواء لمدة لا تزيد عن 100 يوم.

للحصول على نماذج الطلب ومعلومات عن صرف الوصفات الطبية عن طريق البريد، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو زيارة موقعنا الإلكتروني على www.ccahealthmi.org.

يتم عادةً تسليم الطلب للصيدلية عبر البريد في موعد أقصاه 14 يومًا. ستتصل بك الصيدلية التي طلبت منها عبر البريد إذا كان توصيل علاجاتك سيتأخر كثيرًا. لديك أيضًا خيار طلب التسليم المعجل (السريع) لوصفة طلبك عبر البريد باستخدام الشحن الجوي في اليوم الثاني أو الشحن في اليوم التالي (بتكلفة إضافية).

الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلية مباشرةً من عيادة طبيبك.

سنقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف وتوصيل الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من الأطباء، دون الرجوع إليك أولاً، وذلك في الحالات التالية:

- إذا كنت قد استخدمت خدمات الطلب عبر البريد مع تلك الخطة في الماضي، أو
 - إذا كنت مشتركًا في خدمة التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة التي يتم تلقيها مباشرةً من مقدمي الرعاية الصحية. يمكنك طلب التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة في أي وقت من خلال الإيعاز إلى طبيبك بأن يرسل باستمرار وصفتك الطبية إلينا. لا توجد حاجة لطلب خاص.
- إذا كنت قد تلقيت وصفة طبية تلقائيًا عن طريق البريد وكنت لا تريدها، ولم يتم الاتصال بك لمعرفة ما إذا كنت تريدها أم لا قبل شحنها، فقد تكون مستحقًا لاسترداد الأموال.

إذا كنت قد استخدمت الطلب بالبريد في الماضي ولا ترغب في أن تقوم الصيدلية بصرف وشحن كل وصفة طبية جديدة تلقائيًا، فيُرجى الاتصال بنا عن طريق الاتصال بالصيدلية التابعة للخطة التي تقدم خدمة الطلب عبر البريد على الرقم 844-705-7498.

إذا لم تكن قد استخدمت أبدًا خدمة توصيل الطلبات عبر البريد و/أو قررت إيقاف صرف الوصفات الطبية الجديدة تلقائيًا، فستتصل بك الصيدلية في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية جديدة من الطبيب لمعرفة ما إذا كنت تريد صرف العلاج.

وشحنه على الفور أم لا. من المهم أن تردّ على الهاتف في كل مرة تتصل بك الصيدلية، وذلك لإعلامها بما إذا كانت ستشحن وصفتك الطبية أو تؤجلها أو تلغيها.

إعادة الصرف بناءً على الوصفات الطبية المرسلّة عبر البريد. بالنسبة لعمليات إعادة صرف أدويةك، لديك خيار التسجيل في برنامج إعادة الصرف التلقائي. وبموجب هذا البرنامج، سنبدأ في إعادة الصرف التالي تلقائيًا عندما تُظهر سجلاتنا أن دواءك قد أوشك على النفاد. ستتصل بك الصيدلية قبل شحن كل دواء يتم إعادة صرفه إليك للتأكد من أنك بحاجة إلى مزيد من العلاجات، ويمكنك إلغاء إعادة الصرف المجدول إذا كان لديك ما يكفي من علاجاتك أو إذا كان علاجك قد تغير.

إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي ولكنك لا تزال تريد أن ترسل لك الصيدلية وصفتك الطبية بالطلب عبر البريد، فيُرجى الاتصال بالصيدلية قبل 14 يومًا من نفاذ وصفتك الطبية الحالية. سيضمن ذلك شحن طلبك إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بإعداد الصرف بالطلب عبر البريد، يُرجى الاتصال بنا عن طريق الاتصال بالصيدلية المرسلّة للطلب عبر البريد التابعة بالخطّة على الرقم 844-705-7498.

إذا تلقيت إعادة صرف تلقائيًا عن طريق بريد لا تريده، فقد تكون مستحقًا لاسترداد الأموال.

كيف يمكنك الحصول على كميات طويلة الأمد من الأدوية؟

القسم 2.4

توفر الخطّة طريقتين للحصول على كميات طويلة الأمد (تُسمى أيضًا كميات ممتدة) من أدوية المداومة في "قائمة الأدوية" الخاصة بخططنا. (وبصفة عامة، فإن أدوية المداومة التي تتناولها بشكل دوري، هي أدوية لحالة طبية مزمنة أو لحالة طبية طويلة الأمد).

1. تسمح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة في شبكتنا بالحصول على كميات لفترة طويلة من أدوية المداومة. يخبرك دليل مُقيّم الرعاية والصيدليات التابعة لشبكتنا والتي يمكنها أن تمنحك كميات لفترة طويلة من أدوية المداومة. للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
2. قد تتلقى أيضًا أدوية المداومة من خلال برنامجنا للطلب عبر البريد. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على الفصل 2.3.

متى يمكنك استخدام صيدلية غير تابعة لشبكة الخطّة؟

القسم 2.5

قد نغطي وصفتك الطبية في مواقف معينة

بشكل عام، إننا لا نغطي الأدوية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة إلا حينما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلية تابعة للشبكة. ولمساعدتك، لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة خدمتنا يمكنك منها صرف وصفاتك الطبية كعضو في خططنا. يُرجى التحقق أولاً من قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة قريبة منك.

فيما يلي الحالات التي نغطي فيها الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة:

- إذا كنت مسافرًا في داخل الولايات المتحدة وأقاليمها، ولكن خارج منطقة خدمة الخطة، ومرضت، أو فقدت أدويةك الموصوفة طبيًا أو نفذت منك، فستغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة.
 - قبل صرف وصفتك الطبية من صيدلية خارج الشبكة، اتصل برقم خدمات الأعضاء المجاني لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة في المنطقة التي تسافر إليها أم لا.
 - في حالة عدم وجود صيدليات تابعة للشبكة في تلك المنطقة، فقد يتمكن قسم خدمات الأعضاء من اتخاذ الترتيبات اللازمة لك لصرف وصفاتك الطبية من صيدلية خارج الشبكة. وإلا، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة عند صرف وصفتك الطبية.
 - يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن التكلفة عن طريق تقديم مطالبة إلينا. لمعرفة كيفية تقديم مطالبة ورقية، يُرجى الرجوع إلى عملية المطالبات الورقية الموضحة في الفصل السادس.
 - لا يمكننا أن ندفع أي مقابل عن صرف أي وصفات طبية من صيدليات خارج الولايات المتحدة وأقاليمها، حتى في حالات الطوارئ الطبية.
 - إذا كنت غير قادر على الحصول في الوقت المناسب على دواء يخضع للغطاء التأميني داخل منطقة خدمتنا نظرًا لعدم وجود صيدلية تابعة للشبكة (في نطاق مسافة قيادة معقولة) توفر خدمة على مدار الساعة.
 - إذا كنت تحاول صرف دواء بوصفة طبية خاضع للغطاء التأميني ولا يتم تخزينه بانتظام في متاجر البيع بالتجزئة التابعة للشبكة أو صيدلية الطلب البريدي الخاصة بنا (تشمل هذه الأدوية اليتيمة أو الأدوية المتخصصة الأخرى).
 - إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة في أثناء كارثة معن منها.
- في تلك الحالات، يُرجى التحقق أولاً من قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة قريبة منك. (أرقام هواتف قسم خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب).

كيف تطلب تعويضاً من الخطة؟

إذا كان يتعين عليك استخدام صيدلية من خارج الشبكة، فسيتعين عليك عمومًا دفع التكلفة الكاملة في وقت صرفك لوصفتك الطبية. يمكنك أن تطلب منا تعويضك. (يوضح الفصل السابع، القسم 2.1 كيفية مطالبة الخطة برد المبلغ إليك).

يجب أن تكون أدويةك مدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة

القسم الثالث

توضح "قائمة الأدوية" أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني

القسم 3.1

تحتوي الخطة على قائمة بالأدوية الخاضعة للغطاء التأميني (كتيب الوصفات). في هذا الدليل الإرشادي للغطاء التأميني، نطلق عليه اختصارًا "قائمة الأدوية".

الأدوية الواردة في تلك القائمة من اختيار الخطة بالاستعانة بفريق من الأطباء والصيادلة. تلبى القائمة اشتراطات برنامج Medicare وهي معتمدة من برنامج Medicare.

تضم "قائمة الأدوية" أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من برنامج Medicare. بالإضافة إلى الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، فإننا نغطي بعض الأدوية الموصوفة طبيًا لك بموجب مزايا برنامج Medicaid الخاص بك. تخبرك "قائمة الأدوية" بكيفية التعرف على الغطاء التأميني للأدوية الخاصة بك المقدم من Medicaid.

سنغطي بشكل عام الأدوية الموجودة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة طالما أنك تتبع القواعد الأخرى للغطاء التأميني الموضحة في هذا الفصل واستخدام الدواء هو من دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا. دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا هي استخدام الدواء لإحدى الحالات التالية:

- إذا كان معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء للتشخيص أو للحالة التي يتم وصفه لها.
- أو -- كان مدعومًا بمراجع معينة، كمعلومات أدوية خدمة كتيب الوصفات للمستشفى الأمريكي ونظام معلومات .DRUGDEX

تضم "قائمة الأدوية" الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا، والأدوية المكافئة، والبدائل الحيوية.

الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا هو دواء يُباع بوصفة طبية ويُباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة المصنعة للدواء. تُسمى الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا والتي تكون أكثر تعقيدًا من الأدوية العادية (على سبيل المثال، الأدوية التي تعتمد على البروتين) منتجات بيولوجية. في "قائمة الأدوية"، عندما نطلق مصطلح "أدوية"، فإنه قد يُقصد به دواء أو منتج بيولوجي.

الدواء المكافئ هو دواء يُصرف بوصفة طبية ويحتوي على نفس المكونات الفعالة التي يحتوي عليها الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا. نظرًا لأن المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية المعتادة، فبدلاً من أن يكون لها شكل عام، فإنها تحتوي على بدائل تسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية المكافئة والبدائل الحيوية تمامًا مثل الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج الحيوي وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. هناك أدوية مكافئة متاحة تمثل بدائل للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية. كما أن هناك بدائل للبدائل الحيوية لبعض المنتجات الحيوية.

الأدوية المتداولة بدون وصفة طبية

تغطي خطتنا أيضًا بعض الأدوية المتداولة بدون وصفة طبية. بعض الأدوية المتداولة بدون وصفة طبية أقل تكلفة من الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية ولها جودة مماثلة. لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.

ما الذي لا يوجد في "قائمة الأدوية"؟

لا تغطي الخطة جميع الأدوية الموصوفة طبيًا.

- في بعض الحالات، لا يسمح القانون لأي خطة من خطط برنامج Medicare بتغطية أنواع معينة من الأدوية (لمزيد من المعلومات عن ذلك، راجع القسم 7.1 من هذا الفصل).
- في حالات أخرى، قررنا عدم إدراج دواء معين في "قائمة الأدوية". في بعض الحالات، قد تكون قادرًا على الحصول على دواء غير موجود في "قائمة الأدوية". لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على الفصل التاسع.

القسم 3.2 كيف يمكنك معرفة ما إذا كان هناك دواء معين مدرج في قائمة الأدوية أم لا؟**القسم 3.2**

لديك أربع (4) طرق لمعرفة ذلك:

1. تحقق من أحدث "قائمة أدوية" نقدمها إلكترونياً. (يرجى ملاحظة أن "قائمة الأدوية" التي نقدمها تتضمن معلومات عن الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني والتي يستخدمها أعضاؤنا بشكل شائع. ومع ذلك، فإننا نغطي بعض الأدوية الإضافية غير المدرجة في "قائمة الأدوية" المقدمة. إذا كان أحد أدويتك غير مدرج في قائمة الأدوية، فيجب عليك زيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كنا نغطيه أم لا).
2. تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني للخطه (www.ccahealthmi.org). "قائمة الأدوية" الموجودة على الموقع الإلكتروني تكون دائماً هي أحدث النسخ.
3. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان هناك دواء معين مدرج في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطه أم لا أو لطلب نسخة من القائمة.
4. استخدم "أداة المزايا اللحظية" الخاصة بالخطه (<https://www.optumrx.com/public/landing>). باستخدام تلك الأداة، يمكنك البحث عن أدوية في "قائمة الأدوية" للاطلاع على تقديرات لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة موجودة "بقائمة الأدوية" يمكن أن تعالج نفس الحالة أم لا.

القسم الرابع هناك قيود على الغطاء التأميني لبعض الأدوية**القسم الرابع****القسم 4.1 لماذا تفرض بعض الأدوية قيوداً؟****القسم 4.1**

بالنسبة لبعض الأدوية الموصوفة طبيًا، تقيد القواعد الخاصة بطريقة وقت تغطية الخطه لها. وضع فريق من الأطباء والصيدالدة تلك القواعد لتشجيعك أنت ومقدم الرعاية على استخدام الأدوية بأكثر الطرق فعالية. لمعرفة ما إذا كان أي من تلك القيود ينطبق على دواء تتناوله أو ترغب في تناوله، يرجى الرجوع إلى "قائمة الأدوية".

إذا كان العمل الطبي للدواء الآمن المنخفض التكلفة جيد ومماثل للدواء الأعلى تكلفة، فإن قواعد الخطه مصممة لتشجيعك أنت ومقدم الخدمة على استخدام هذا الخيار الأقل تكلفة.

يرجى ملاحظة أنه في بعض الأحيان قد تظهر بعض الأدوية أكثر من مرة في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا. وذلك لأن نفس الأدوية يمكن أن تختلف بناءً على قوة أو كمية أو شكل الدواء الذي وصفه لك طبيبك، وقد تسري قيود مختلفة أو نسب تقاسم تكلفة مختلفة على الإصدارات المختلفة من الدواء (على سبيل المثال، 10 ملغ مقابل 100 ملغ؛ واحد يوميًا مقابل اثنين يوميًا؛ قرص مقابل سائل).

القسم 4.2 ما أنواع القيود؟**القسم 4.2**

تخبرك الأقسام أدناه بالمزيد عن أنواع القيود التي نستخدمها لأدوية معينة.

إذا كانت هناك قيود على دوائك، فإن ذلك يعني عادةً أنه سيتعين عليك أنت أو مقدم الرعاية المتابع لك اتخاذ خطوات إضافية حتى تتمكن من تغطية الدواء. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما ستحتاج إلى القيام به أنت أو مقدم الخدمة كي

يشمل الغطاء التأميني الدواء. إذا كنت تريد منا إسقاط القيد من أجلك، فستحتاج إلى استخدام إجراءات قرار الغطاء التأميني ومطالبتنا بعمل استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على إسقاط ذلك القيد بالنسبة لك. (انظر الفصل التاسع)

تقييد صرف الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا أو المنتجات البيولوجية الأصلية عند توفر إصدار مكافئ

بشكل عام، يعمل الدواء المكافئ أو البديل الحيوي القابل للتبديل بنفس مفعول الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج الحيوي الأصلي، وعادةً ما تكون تكلفته أقل. عند توفر إصدار مكافئ أو بديل حيوي يمكن استخدامه بدلاً من دواء يحمل اسمًا تجاريًا أو منتجًا بيولوجيًا أصليًا، ستوفر لك الصيدليات التابعة لشبكتنا الإصدار المكافئ أو البديل الحيوي الذي يمكن استخدامه بدلاً من الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج الحيوي الأصلي. ومع ذلك، في حالة قيام مقدم الخدمة لك بإخبارنا بسبب طبي يمنع أن يكون الدواء المكافئ أو البديل الحيوي الذي يمكن استخدامه كبديل فعالاً بالنسبة لك، أو في حالة قيامه بكتابة عبارة "ممنوع استخدام بدائل" على وصفتك أمام دواء يحمل اسمًا تجاريًا أو منتجًا بيولوجيًا أصليًا، أو أخبرنا بسبب طبي يمنع أن يكون الدواء المكافئ أو البديل الحيوي المستخدم كبديل أو غيرها من الأدوية الأخرى التي يشملها الغطاء والتي تعالج نفس الحالة مناسبة لك، فإننا سنغطي الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج الحيوي الأصلي.

الحصول على موافقة الخطة مقدمًا

قد تحتاج أنت أو مقدم الرعاية، بالنسبة لبعض الأدوية، إلى الحصول على موافقة من الخطة قبل أن نوافق على تغطية الدواء لك. وهذا ما يُسمى بالإذن المسبق. ونحن نطبق ذلك لضمان سلامة العلاج والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لأدوية معينة. إذا لم تحصل على تلك الموافقة، فقد لا تغطي الخطة دواءك.

تجربة دواء مختلف أولاً

يشجعك هذا الشرط على تجربة أدوية أقل تكلفة، ولكنها تكون عادةً بنفس فعالية الأدوية الأخرى، وذلك قبل أن تغطي الخطة دواءً آخر. على سبيل المثال، إذا كان الدواء (أ) و(ب) يعالجان نفس الحالة الطبية وكان الدواء (أ) أقل تكلفة، فإن الخطة قد تشترط عليك تجربة الدواء (أ) أولاً. إذا لم يكن الدواء (أ) فعالاً بالنسبة لك، فستغطي الخطة الدواء (ب). ويُسمى هذا الشرط بتجربة دواء مختلف أولاً العلاج التدريجي.

القيود على الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نضع قيودًا على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تصرف فيها وصفتك الطبية. على سبيل المثال، إذا كان تناول حبة واحدة فقط يوميًا في المعتاد من دواء معين آمن بالنسبة لك، فقد نضع قيودًا على تغطية وصفتك الطبية بألا تزيد عن حبة واحدة يوميًا.

القسم الخامس ماذا لو كان أحد أدويةك غير خاضع للغطاء التأميني بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها؟

القسم 5.1 هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا كان الدواء الخاص بك لا نغطيه بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها

هناك حالات يكون فيها الدواء الموصوف طبيًا الذي تتناوله، أو الدواء الذي تعتقد أنت ومقدم الرعاية المتابع لك أنه يجب عليك تناوله، غير موجود في كتيب الوصفات الخاص بنا أو موجود في كتيب الوصفات الخاص بنا مع وجود قيود على استخدامه. على سبيل المثال:

- قد يكون الدواء لا يخضع للغطاء التأميني على الإطلاق. أو ربما كان الغطاء التأميني يشمل إصدارًا مكافئًا من الدواء ولكن الإصدار الذي يحمل الاسم التجاري الذي ترغب في تناوله لا يخضع للغطاء التأميني.
- الدواء يخضع للغطاء التأميني، ولكن هناك قواعد أو قيود إضافية على تغطية ذلك الدواء، كما هو موضح في القسم الرابع.
- هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا كان الدواء الخاص بك لا نغطيه بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها.
- إذا لم يكن دواؤك مدرجًا في "قائمة الأدوية" أو إذا كان دواؤك يخضع لقيود، فانتقل إلى القسم 5.2 لمعرفة ما يمكنك فعله.

القسم 5.2 ماذا يمكنك أن تفعل إذا لم يكن دواؤك مدرجًا في "قائمة الأدوية" أو إذا كان الدواء خاضعًا لقيود بطريقة ما؟

إذا لم يكن دواؤك مدرجًا في "قائمة الأدوية" أو كان خاضعًا لقيود، فإليك خيارات:

- قد تكون قادرًا على الحصول على كميات مؤقتة من الدواء.
 - يمكنك التغيير إلى دواء آخر.
 - يمكنك طلب استثناء ومطالبة الخطة بتغطية الدواء أو إزالة القيود المفروضة على الدواء.
- قد تكون قادرًا على الحصول على كميات مؤقتة من الدواء.
- في ظل ظروف معينة، يجب أن توفر الخطة كميات مؤقتة من أحد الأدوية التي تتناولها بالفعل. تمنحك تلك الكميات المؤقتة وقتًا للتحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك عن تغييرات في التغطية وتحديد ما يجب القيام به.
- لكي تكون مؤهلاً للحصول على كميات مؤقتة، يجب أن يكون الدواء الذي كنت تتناوله قد أصبح غير مدرج في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة أو أصبح خاضعًا لقيود الآن بطريقة ما .
- إذا كنت عضوًا جديدًا، فسنعطي كمية مؤقتة من أدويةك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في الخطة .
 - إذا كنت مشاركًا في الخطة العام الماضي، فسنعطي كمية مؤقتة من دوائك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.

- ستكون تلك الكميات المؤقتة كافية لمدة 30 يومًا كحد أقصى. إذا كان عدد الأيام المكتوبة في وصفتك الطبية أقل من ذلك، فسوف نسمح بإعادة صرف العلاج عدة مرات لمدة تصل إلى 30 يومًا كحد أقصى. يجب صرف الوصفة الطبية في صيدلية تابعة للشبكة. (يُرجى ملاحظة أن صيدلية الرعاية طويلة الأمد قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لمنع الهدر).
- بالنسبة للأعضاء المشاركين في الخطة لأكثر من 90 يومًا ويعيشون في مرفق رعاية طويلة الأجل ويحتاجون إلى كميات فورية: سنغطي الكميات الطارئة من دواء معين لمرة واحدة لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا كان مكتوبًا في وصفتك الطبية عدد أقل من الأيام. هذا بالإضافة إلى الكميات المؤقتة المذكور أعلاه.
- بالنسبة للأعضاء الذين لديهم مستوى من انتقال الرعاية. سنوفر كميات طارئة تكفي لمدة 31 يومًا على الأقل (ما لم يكن مكتوبًا في الوصفة الطبية عدد أقل من الأيام) وذلك لجميع العلاجات غير المُدرجة في كتيب الوصفات الدوائية بما في ذلك الأدوية التي قد يكون لها علاج تدريجي أو اشتراطات تصريح مسبق. يمكن أن يكون المستوى غير المخطط له من انتقال الرعاية أياً مما يلي:

- إخراجك من مرفق رعاية طويلة الأجل أو إدخالك إليه
- الخروج من المستشفى أو الدخول إليها، أو
- تغيير مستوى منشأة التمريض المتخصصة.

في حالة وجود أي أسئلة بشأن الكميات المؤقتة، اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

خلال الوقت الذي تستخدم فيه كميات مؤقتة من الدواء، يجب عليك التحدث مع مقدم الرعاية المتابع لك لتحديد ما يجب فعله عندما تنفذ كمياتك المؤقتة. لديك خياران:

(1) يمكنك التغيير إلى دواء آخر.

تحدث مع مقدم الرعاية المتابع لك بشأن ما إذا كان هناك دواء مختلف مناسب لك له نفس الفعالية تغطيه الخطة. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب قائمة بالأدوية الخاضعة للغطاء التأميني التي تعالج نفس الحالة الطبية. يمكن أن تساعد تلك القائمة مقدم الرعاية المتابع لك في العثور على دواء يخضع للغطاء التأميني قد يكون مناسباً لك.

(2) يمكنك أن تطلب استثناءً

يمكنك أنت ومقدم الخدمة أن تطلباً من الخطة الحصول على استثناء وأن تتم تغطية الدواء بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها. إذا قال مقدم الرعاية المتابع لك أن لديك أسباباً طبية تبرر مطالبتنا باستثناء، فيمكن لمقدم الرعاية المتابع لك مساعدتك في طلب الاستثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب من الخطة أن تغطي أحد الأدوية رغم أنه ليس مدرجاً في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة. أو يمكنك أن تطلب من الخطة منح استثناء وتغطية الدواء دون قيود.

إذا كنت عضواً حالياً، وكان سيتم حذف أحد الأدوية التي تتناولها من كتيب الوصفات أو إخضاعه لقيود بطريقة ما في العام القادم، فسنبخبرك بأي تغيير قبل العام الجديد. يمكنك طلب استثناء قبل العام التالي وسنقدم لك ردًا في غضون 72 ساعة من استلامنا لطلبك (أو من استلام بيان طبيبك المؤيد لك). في حالة موافقتنا على طلبك، فسنبصرح بالغطاء التأميني قبل سريان التغيير.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمة في طلب استثناء، فإن الفصل التاسع، القسم 7.4 يخبرك بما يجب عليك فعله. فهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددها برنامج Medicare لضمان التعامل مع طلبك بشكل فوري وعادل.

القسم السادس ماذا لو تغير الغطاء التأميني الذي يشمل أحد أدويةك؟

القسم 6.1 يمكن أن تتغير "قائمة الأدوية" في أثناء العام

لكن معظم التغييرات في الغطاء التأميني للأدوية تحدث في بداية كل عام (1 يناير). ومع ذلك، يمكن للخطة إجراء بعض التغييرات على "قائمة الأدوية" في أثناء العام. على سبيل المثال، قد تقوم الخطة بما يلي:

- إضافة أدوية إلى "قائمة الأدوية" أو حذفها منها.
- إضافة قيود على الغطاء التأميني للأدوية أو إزالة تلك القيود.
- استبدال دواء يحمل اسمًا تجاريًا بدواء مكافئ.
- استبدال منتج بيولوجي أصلي بنسخة بديلة يمكن استخدامها بدلاً من المنتج البيولوجي.

يجب علينا اتباع اشتراطات برنامج Medicare قبل تغيير "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.

القسم 6.2 ماذا يحدث إذا تغير الغطاء التأميني بالنسبة لدواء تتناوله؟

معلومات عن التغييرات في الغطاء التأميني للأدوية

عند حدوث تغييرات في "قائمة الأدوية"، فإننا ننشر معلومات عن تلك التغييرات على موقعنا الإلكتروني. كما نقوم بتحديث "قائمة الأدوية" على الإنترنت بانتظام. نبين لك أدناه الأوقات التي سنتلقى فيها إشعارًا مباشرًا في حالة وقوع تغييرات على الدواء الذي تتناوله.

التغييرات التي تطرأ على الغطاء التأميني لأدويةك والتي تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

- دواء جديد مكافئ يحل محل دواء يحمل اسمًا تجاريًا في "قائمة الأدوية" (أو نغير الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة أو نضيف قيودًا جديدة على الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو كليهما)
 - يجوز لنا أن نحذف على الفور دواءً يحمل اسمًا تجاريًا من "قائمة الأدوية" الخاصة بنا إذا كنا نستبدله بنسخة مكافئة معتمدة حديثًا من نفس الدواء. سيظهر الدواء المكافئ تحت نفس الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة أو تحت فئة سعرية أقل وبنفس القيود أو بقيود أقل. كما أننا قد نقرر عند إضافة دواء مكافئ جديد الاحتفاظ بالدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا، مع نقله على الفور إلى فئة مختلفة من فئات المشاركة في التكلفة أو مع إضافة قيود جديدة أو كليهما.
 - قد لا نخبرك مسبقًا قبل إجراء ذلك التغيير - حتى لو كنت تتناول حاليًا الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا. إذا كنت تتناول الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا في وقت إجراء التغيير، فسنقدم لك معلومات بشأن التغيير (التغييرات) المحدد. يشمل ذلك أيضًا معلومات عن الإجراءات التي يجوز لك اتخاذها لطلب استثناء بتغطية الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا. قد لا تتلقى ذلك الإشعار قبل إجراء التغيير.

○ يمكنك أنت أو طبيبك أن تطلبًا منّا منح استثناء والاستمرار في تغطية الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية لك. للحصول على معلومات بشأن كيفية طلب الاستثناء، انظر الفصل الثامن.

● **الأدوية غير الآمنة والأدوية الأخرى المدرجة في "قائمة الأدوية" التي يتم سحبها من السوق**

- في بعض الأحيان، قد يُعتبر الدواء غير آمن أو يتم سحبه من السوق لأي سبب آخر. إذا حدث ذلك، فقد نحذف الدواء على الفور من "قائمة الأدوية". إذا كنت تتناول ذلك الدواء، فسنخبرك على الفور.
- سيعرف طبيبك أيضًا ذلك التغيير، ويمكنه أن يعمل معك للعثور على دواء آخر لحالتك.

● **التغييرات الأخرى على الأدوية في "قائمة الأدوية"**

- قد نقوم بمجرد بدء العام بإجراء تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، قد نضيف دواء مكافئ جديد تم طرحه في السوق حديثًا ليحل محل دواء يحمل اسمًا تجاريًا على "قائمة الأدوية"، أو نغير الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة أو نضيف قيودًا جديدة على الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو كليهما). قد نقوم أيضًا بإجراء تغييرات بناءً على تحذيرات توضع في علب الأدوية من إدارة الغذاء والدواء أو بناءً على إرشادات سريرية جديدة يعترف بها برنامج Medicare.
- بالنسبة لتلك التغييرات، يجب أن نعطيك إشعارًا مسبقًا بالتغيير قبل 30 يومًا على الأقل من حدوثه أو نعطيك إشعارًا مسبقًا بالتغيير وإعادة صرف للدواء الذي تتناوله من صيدلية تابعة للشبكة لمدة 31 يومًا.
- بعد أن تتلقى إشعارًا بالتغيير، يجب أن تعمل مع طبيبك من أجل التغيير إلى دواء مختلف تغطيه أو من أجل الوفاء بأي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله.
- يمكنك أنت أو طبيبك أن تطلبًا منّا منح استثناء والاستمرار في تغطية الدواء من أجلك. للحصول على معلومات بشأن كيفية طلب الاستثناء، انظر الفصل الثامن.

التغييرات على "قائمة الأدوية" التي لا تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

قد نقوم بإجراء تغييرات معينة على "قائمة الأدوية" غير المذكورة أعلاه. في تلك الحالات، لن ينطبق عليك التغيير إذا كنت في وقت إجراء التغيير تتناول الدواء؛ إلا أن تلك التغييرات ستؤثر عليك على الأرجح بدءًا من 1 يناير من سنة الخطة التالية إذا بقيت مشتركًا في نفس الخطة.

وبشكل عام، فإن التغييرات التي لن تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية هي ما يلي:

- أن نفرض قيودًا جديدة على استخدام دوائك.
- أن نحذف الدواء الخاص بك من "قائمة الأدوية".

في حالة وقوع أي من تلك التغييرات على دواء تتناوله (باستثناء حالات السحب من السوق، أو حالات وجود دواء مكافئ يحل محل دواء ذي اسم تجاري، أو أي تغيير آخر مذكور في الأقسام أعلاه)، فإن ذلك التغيير لن يؤثر على استخدامك أو على ما تدفعه كنسبة مشاركة في التكلفة حتى 1 يناير من العام التالي. وحتى ذلك التاريخ، لن ترى أي زيادة في مدفوعاتك أو في أي قيود إضافية على استخدامك للدواء.

لن نخبرك عن تلك الأنواع من التغييرات مباشرةً خلال سنة الخطة الحالية. سيتعين عليك التحقق من "قائمة الأدوية" لعام الخطة التالي (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوحة) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات في الأدوية التي تتناولها والتي ستؤثر عليك خلال عام الخطة التالي.

القسم السابع ما أنواع الأدوية التي لا تغطيها الخطة؟

القسم 7.1 أنواع الأدوية التي لا نغطيها

يوضح لك هذا القسم أنواع الأدوية الموصوفة طبيًا **المستبعدة**. ويُقصد بذلك أن برنامج Medicare لن يدفع مقابل تلك الأدوية.

في حال تظلمك وكانت نتيجة التظلم أننا لن نستبعد الدواء بموجب الجزء (د)، فسنُدفع مقابلهُ أو نغطيه. (للحصول على معلومات بشأن التظلم من أحد القرارات، انتقل إلى الفصل الثامن).

فيما يلي ثلاث قواعد عامة تتعلق بالأدوية التي لن تغطيها خطط أدوية Medicare بموجب الجزء (د):

- لا يمكن أن يشمل الغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) من خطتنا أي دواء سيغطيه الجزء (أ) أو الجزء (ب) من برنامج Medicare.
- لا يمكن أن تغطي خطتنا دواءً تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة أو أقاليمها.
- لا يمكن لخطتنا عادةً أن تغطي أي استخدام خارج نطاق الاستخدامات المصرح بها. الاستخدام غير المصرح به هو أي استخدام للدواء بخلاف الاستخدامات المشار إليها في ملصق الدواء والمعتمدة من إدارة الغذاء والدواء.
- لا يُسمح بأي غطاء تأميني لاستخدام غير مصرح به إلا عندما يكون ذلك الاستخدام مدعومًا بمراجع معينة، مثل معلومات أدوية خدمة كتيب الوصفات للمستشفى الأمريكي ونظام معلومات DRUGDEX.

بالإضافة إلى ذلك، بموجب القانون، لا يغطي برنامج Medicare الفئات التالية من الأدوية المدرجة أدناه. ومع ذلك، قد نغطي بعض تلك الأدوية لك بموجب الغطاء التأميني للأدوية الذي يقدمه لك برنامج Medicaid. بالنسبة للأدوية التي لا تغطيها خطة CCA Medicare Maximum (HMO D-SNP)، ولكنها متاحة من خلال برنامج Medicaid، اتصل بإدارة الخدمات الإنسانية في ميشيغان (DHS) على الرقم 1-855-MY-RIDHS (1-855-796-4347)، من الساعة 8:30 صباحًا إلى 3 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

- الأدوية التي تُصرف بدون وصفة طبية (تُسمى أيضًا الأدوية المتداولة بدون وصفة طبية)
 - الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة
 - الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد
 - الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
 - الفيتامينات التي تُصرف بوصفة طبية والمنتجات المعدنية، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة ومستحضرات الفلوريد
 - الأدوية المستخدمة لعلاج الخلل الجنسي أو خلل الانتصاب

- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية، أو فقدان الوزن، أو زيادة الوزن
- أدوية العيادات الخارجية التي تسعى الشركة المصنعة إلى شراء الاختبارات أو خدمات المراقبة المرتبطة بها حصريًا من الشركة المصنعة كشرط للبيع

القسم الثامن صرف الوصفات الطبية

القسم 8.1 تقديم معلومات عضويتك

لصرف الوصفة الطبية الخاصة بك، قدم معلومات عضويتك بالخطه، والتي يمكنك العثور عليها في بطاقة عضويتك، في الصيدلية التابعة للشبكة التي تختارها. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة تلقائيًا بإصدار فاتورة إلى الخطه مقابل دوائك.

القسم 8.2 ماذا لو لم تكن معلومات عضويتك معك؟

إذا لم تكن معلومات عضويتك بالخطه معك في أثناء صرف وصفتك الطبية، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بالخطه للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيلك بالخطه.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد تضطر إلى دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل عند استلامها. (يمكنك بعد ذلك أن تطلب منا تعويضك عن تلك التكلفة. انظر الفصل السابع، القسم 2.1 للحصول على معلومات عن كيفية طلب تعويض عن التكلفة من الخطه).

القسم التاسع الغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) في حالات خاصة

القسم 9.1 ماذا لو كنت في مستشفى أو في مرفق ترميز متخصص من أجل إقامة تغطيتها الخطه؟

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو إلى منشأة ترميزية متخصصة للإقامة التي تغطيها الخطه، فسوف نقوم بشكل عام بتغطية تكلفة الأدوية الموصوفة لك أثناء إقامتك. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الترميز المتخصص، ستغطي الخطه أدوية الموصوفة طبيًا طالما كانت تلك الأدوية تستوفي جميع قواعد التغطية لدينا الموضحة في هذا الفصل.

القسم 9.2 ماذا لو كنت مقيمًا في منشأة رعاية طويلة الأجل (LTC)؟

عادةً ما يكون لمنشأة الرعاية طويلة الأجل (LTC) (مثل دار رعاية) صيدلية خاصة بها، أو تستخدم صيدلية توفر الأدوية لجميع النزلاء بها. إذا كنت مقيمًا في مرفق الرعاية طويلة الأجل، فيمكنك الحصول على أدوية الموصوفة طبيًا من صيدلية المرفق أو من الصيدلية التي تستخدمها، طالما كانت تابعة لشبكتنا.

تحقق من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأمد أو الصيدلية التي تستخدمها تابعة لشبكتنا أم لا. إذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد، فيجب أن نتحقق من أنك قادر على تلقي مزايا الجزء (د) بشكل روتيني من خلال شبكتنا من صيدليات مرفق الرعاية طويلة الأمد.

ماذا لو كنت مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأمد (LTC) وتحتاج إلى دواء غير مدرج في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا أو كان يخضع لقيود بطريقة ما؟

يُرجى الرجوع إلى القسم 5.2 بشأن الكميات المؤقتة أو الطارئة.

القسم 9.3 ماذا لو كنت تحصل أيضًا على غطاء تأميني للأدوية من خطة لمجموعة صاحب العمل أو خطة للمتقاعدين؟

إذا كان لديك حاليًا غطاء تأميني آخر للأدوية الموصوفة طبيًا من خلال مجموعة صاحب العمل الخاص بك (أو صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة أو الشريك المنزلي) أو مجموعة المتقاعدين، فيرجى الاتصال بمسؤول المزايا في تلك المجموعة. حيث يمكنه أن يساعدك في تحديد طريقة عمل غطاءك التأميني الحالي للأدوية الموصوفة طبيًا مع خطتنا.

بشكل عام، إذا كان لديك غطاء تأميني لموظف أو لمجموعة متقاعدين، فإن الغطاء التأميني للأدوية الذي تحصل عليه منا سيكون ثانويًا للغطاء التأميني لمجموعتك. وهو ما يعني أن الغطاء التأميني لمجموعتك سيدفع أولاً.

ملاحظة خاصة حول الغطاء التأميني الجدير بالثقة:

في كل عام، يجب على مجموعة صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين إرسال إشعار إليك يوضح ما إذا كان الغطاء التأميني لأدويتك الموصوفة طبيًا للسنة التقويمية التالية جديرًا بالثقة.

إذا كان الغطاء التأميني الذي تقدمه خطة المجموعة جديرًا بالثقة، فهذا يعني أن الخطة لديها غطاء تأميني للأدوية من المتوقع أن يدفع، في المتوسط، ما يعادل على الأقل الغطاء التأميني القياسي للأدوية الموصوفة طبيًا المقدم من برنامج Medicare.

احتفظ بهذا الإشعار بشأن الغطاء التأميني الجدير بالثقة، لأنك قد تحتاج إليه لاحقًا. إذا سجلت في إحدى خطط Medicare التي تشتمل على غطاء تأميني لأدوية الجزء (د)، فقد تحتاج إلى هذا الإشعار لإظهار أنك تحتفظ بغطاء تأميني جدير بالثقة. إذا لم تحصل على إشعار الغطاء التأميني الجدير بالثقة، فاطلب نسخة من مسؤول مزايا خطة صاحب العمل أو المتقاعد، أو من صاحب العمل أو النقابة.

القسم 9.4 ماذا لو كنت في مأوى لرعاية أصحاب الأمراض المميّنة معتمد من برنامج Medicare؟

لا تغطي رعاية أصحاب الأمراض المميّنة وخطتنا نفس الدواء في نفس الوقت. إذا كنت مسجلاً في مأوى لرعاية أصحاب الأمراض المميّنة تابع لبرنامج Medicare وتحتاج إلى أدوية معينة (على سبيل المثال، أدوية مضادة للغثيان أو ملينة أو مسكنات للألم أو أدوية مضادة للقلق) لا يغطيها مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة الخاص بك لأنه لا علاقة له بمرضك العضلات والحالات ذات الصلة، فيجب أن تتلقى خطتنا إخطارًا من الطبيب الذي وصف لك الدواء أو مقدم خدمة مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة بأن الدواء لا يتعلق بهم قبل أن تتمكن خطتنا من تغطية الدواء. لمنع التأخير في تلقي تلك الأدوية التي يجب أن تغطيها خطتنا، اطلب من مقدم خدمة رعاية أصحاب الأمراض المميّنة أو الطبيب الذي وصف لك الدواء تقديم إشعار قبل صرف وصفتك الطبية.

في حالة إغائك لاختيار مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة أو الخروج من مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة، يجب أن تغطي خطتنا أدويتك كما هو موضح في هذا المستند. لمنع أي تأخيرات في الصيدلية عند انتهاء ميزة رعاية أصحاب الأمراض المميّنة من Medicare، أحضر الوثائق إلى الصيدلية لتتحقق من إغائك أو خروجك.

البرامج المتعلقة بسلامة الأدوية وإدارة العلاجات

القسم العاشر

برامج لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان

القسم 10.1

إننا نقوم بإجراء مراجعات عن تعاطي المخدرات لأعضائنا للمساعدة في التأكد من حصولهم على الرعاية الآمنة والمناسبة. نجري مراجعة في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. كما نراجع سجلاتنا بشكل منتظم. خلال تلك المراجعات، نبحث عن المشكلات المحتملة مثل:

- أخطاء العلاج المحتملة
- الأدوية التي قد لا تكون ضرورية بسبب تناولك دواءً آخر لعلاج نفس الحالة
- الأدوية التي قد لا تكون آمنة أو مناسبة بسبب عمرك أو جنسك
- مجموعات معينة من الأدوية التي يمكن أن تضرك إذا تم تناولها معًا في نفس الوقت
- الوصفات الطبية للأدوية التي تحتوي على مكونات تعاني من حساسية تجاهها
- الأخطاء المحتملة في كمية (جرعة) الدواء الذي تتناوله
- كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا رأينا مشكلة محتملة في استخدامك للعلاج، فسنعمل مع مقدم الرعاية المتابع لحالتك لتصحيح تلك المشكلة.

برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام العلاجات الأفيونية بأمان

القسم 10.2

لدينا برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون المواد الأفيونية التي تُصرف بوصفة طبية وغيرها من العلاجات التي يتم كثيرًا إساءة استخدامها يتم استخدامها بأمان. يُسمى هذا البرنامج إدارة الأدوية (DMP). إذا كنت تستخدم العلاجات أفيونية تحصل عليها من العديد من الأطباء أو الصيدليات، أو إذا كنت قد تناولت جرعة زائدة من الأفيون مؤخرًا، فقد نتحدث إلى أطباءك للتأكد من أن استخدامك للعلاجات الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. إذا قررنا، بالتشاور مع أطباءك، أن استخدامك للأدوية الأفيونية الموصوفة طبيًا أو علاجات البنزوديازيبين قد لا يكون آمنًا، فقد نضع قيودًا على كيفية حصولك على تلك العلاجات. إذا وضعنا قيودًا في برنامج إدارة الأدوية لدينا، فقد تكون القيود كما يلي:

- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية الخاصة بالعلاجات الأفيونية أو علاجات البنزوديازيبين من صيدلية (صيدليات) معينة
- مطالبتك بالحصول على جميع الوصفات الطبية الخاصة بالعلاجات الأفيونية أو علاجات البنزوديازيبين من طبيب (أطباء) محددين
- وضع قيود على كمية العلاجات الأفيونية أو علاجات البنزوديازيبين التي سنغطيها لك

إذا كنا نخطط لوضع قيود على كيفية حصولك على تلك العلاجات أو الكمية التي يمكنك الحصول عليها، فسنرسل لك خطابًا مسبقًا. سوف يخبرك الخطاب إذا كنا سنضع قيودًا على تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا كان س يُطلب منك الحصول على وصفات لتلك الأدوية من طبيب معين أو صيدلية معينة فقط. سنتيح لك الفرصة لإخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل

التعامل معها، وبأي معلومات أخرى تعتقد أنه من المهم لنا معرفتها. بعد أن نتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا وضع قيود على تغطيتك لتلك العلاجات، فسنرسل لك خطابًا آخر يؤكد القيود. إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا أو كنت لا توافق على ما قررناه أو على القيود، فيحق لك ولطبيبك التظلم من القرار. في حالة قيامك بالتظلم، فسنراجع حالتك ونتخذ قرارًا بشأنها. إذا وصلنا رفض أي جزء من طلبك فيما يتعلق بالقيود التي تنطبق على حصولك على العلاجات، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج خطتنا. للحصول على معلومات بشأن كيفية طلب التظلم، انظر الفصل الثامن.

لن يتم وضعك في برنامجنا لإدارة الأدوية إذا كنت تعاني من حالات طبية معينة، مثل الألم الناتج عن سرطان نشط أو مرض الخلايا المنجلية، أو إذا كنت تتلقى رعاية أصحاب الأمراض المميتة، أو رعاية تسكينية، أو رعاية نهاية الحياة، أو تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.

القسم 10.3 برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM) لمساعدة الأعضاء على إدارة أدويتهم

لدينا برنامج يمكن أن يساعد أعضائنا من ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. يسمى برنامجنا إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. قام فريق من الأطباء الصيادلة بوضع هذا البرنامج لنا لمساعدتنا على التأكد من حصول أعضائنا على أقصى استفادة من الأدوية التي يتناولونها.

قد يتمكن بعض الأعضاء الذين يتناولون علاجات لحالات طبية مختلفة ويعانون من تكاليف أدوية عالية أو المشتركين في برنامج إدارة الأدوية الذي يساعد الأعضاء على استخدام المواد الأفيونية بأمان، من الحصول على خدمات من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي. إذا كنت مؤهلاً لذلك البرنامج، فسيقدم لك أحد الصيادلة أو أي اختصاصي صحي آخر مراجعة شاملة لجميع علاجاتك. في أثناء المراجعة، يمكنك التحدث عن علاجاتك، وتكاليفك، وأي مشكلات أو أسئلة لديك بشأن العلاجات التي تُصرف بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية. ستحصل على ملخص مكتوب يحتوي على قائمة بالمهام الموصى بها تتضمن إجراءات يجب عليك اتخاذها للحصول على أفضل النتائج من علاجاتك. ستحصل أيضًا على قائمة علاجات تشتمل على جميع العلاجات التي تتناولها، ومقدار ما تتناوله، ومتى تتناولها ولماذا. بالإضافة إلى ذلك، سيتلقى الأعضاء في برنامج إدارة العلاج الدوائي معلومات بشأن التخلص الآمن من العلاجات الموصوفة طبيًا والتي تكون خاضعة للرقابة.

من الجيد أن تتحدث مع طبيبك حول قائمة المهام وقائمة العلاجات الموصى بها. أحضر الملخص معك في أثناء زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع أطباءك أو الصيادلة الآخرين. احتفظ أيضًا بقائمة علاجاتك المحدثة معك (على سبيل المثال، مع بطاقة هويتك) في حالة ذهابك إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فسنسجلك تلقائيًا في البرنامج ونرسل لك المعلومات. إذا قررت عدم المشاركة، فيرجى إخطارنا وسنحذفك من البرنامج. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن هذا البرنامج.

الفصل السادس:

ما الذي ستدفعه مقابل الأدوية الموصوفة
طبيًا الخاضعة للجزء (د)

كيف يمكنك الحصول على معلومات عن تكاليف أدويةك؟



نظرًا لأنك مؤهل للتسجيل في برنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "مساعدة إضافية" من Medicare لدفع تكاليف خطة الأدوية الموصوفة طبياً الخاصة بك. نظرًا لأنك مشارك في برنامج "المساعدة الإضافية"، فإن بعض المعلومات الواردة في دليل الغطاء التأميني المائل بشأن تكاليف الأدوية الموصوفة طبياً الخاضعة للجزء (د) قد لا تنطبق عليك.

الفصل السابع:

مطالبتنا بدفع فاتورة استلمتها مقابل خدمات طبية أو
أدوية خاضعة للغطاء التأميني

القسم الأول المواقف التي ينبغي أن تطلب منا فيها أن ندفع مقابل خدماتك أو أدويةك الخاضعة للغطاء التأميني

سيقوم مقدمو الخدمات التابعون للشبكة لدينا بإرسال فواتير إلى الخطه مباشرةً مقابل خدماتك وأدويةك الخاضعة للغطاء التأميني - ينبغي ألا تتلقى فاتورة مقابل الخدمات أو الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني. إذا حصلت على فاتورة بالرعاية الطبية أو الأدوية التي تلقيتها، فينبغي عليك إرسال تلك الفاتورة إلينا حتى نتأكد من دفعها. عندما ترسل إلينا الفاتورة، سننظر في الفاتورة ونقرر ما إذا كان يجب تغطية تلك الخدمات أم لا. إذا قررنا أنه يجب تغطيتها، فسندفع لمقدم الخدمة مباشرةً.

إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل خدمة Medicare أو مقابل منتج يخضع للغطاء التأميني المقدم من الخطه، فيمكنك أن تطلب من خطتنا أن تدفع لك (غالبًا ما يُطلق على المبلغ المدفوع لك تعويضًا). (من حقك أن تسترد من خطتنا أي مبالغ تدفعها في مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية التي تغطيها خطتنا. قد تكون هناك مواعيد نهائية يجب عليك مراعاتها لاسترداد الأموال. يُرجى الاطلاع على القسم الثاني من هذا الفصل. عندما ترسل إلينا فاتورة قد دفعتها بالفعل، سننظر في الفاتورة ونقرر ما إذا كان يجب تغطية تلك الخدمات أو الأدوية أم لا. إذا قررنا أنه يجب تغطيتها، فسندفع لك مقابل الخدمات أو الأدوية.

قد تكون هناك أوقات تحصل فيها على فاتورة من مقدم خدمة بالتكلفة الكاملة للرعاية الطبية التي تلقيتها أو ربما بمبلغ أكثر من حصتك في التكلفة كما هو موضح في المستند. حاول أولاً الوصول إلى حل بشأن تلك الفاتورة مع مقدم الخدمة. إذا لم ينجح ذلك، فأرسل الفاتورة إلينا بدلاً من دفعها. سننظر في الفاتورة ونقرر ما إذا كان يجب تغطية تلك الخدمات أم لا. إذا قررنا أنه يجب تغطيتها، فسندفع لمقدم الخدمة مباشرةً. إذا قررنا عدم الدفع، فسنخطر مقدم الخدمة. يجب ألا تدفع أبدًا أكثر من نسبة مشاركتك في التكلفة التي تسمح بها الخطه. إذا تم التعاقد مع مقدم الخدمة المذكور، فسيظل لك الحق في العلاج.

فيما يلي أمثلة على المواقف التي قد تحتاج فيها إلى أن تطلب من خطتنا أن ترد لك المال أو أن تدفع قيمة فاتورة استلمتها:

1. عندما تتلقى رعاية طارئة أو رعاية طبية عاجلة من مقدم خدمة غير تابع لشبكة خطتنا
يمكنك تلقي الخدمات الطارئة أو الخدمات العاجلة من أي مقدم خدمة، سواء كان مقدم الخدمة تابعًا لشبكتنا أم لا. في تلك الحالات، اطلب من مقدم الخدمة إصدار فاتورة إلى الخطه.
 - إذا دفعت المبلغ كاملاً بنفسك وقت تلقيك الرعاية، فاطلب منا أن نرد لك المبلغ. أرسل إلينا الفاتورة، مع الوثائق المثبتة لأي مدفوعات قمت بسدادها.
 - قد تحصل على فاتورة من مقدم الخدمة يطلب منك أن تدفع مبلغًا ترى أنه لا يجب عليك سداها. أرسل إلينا تلك الفاتورة، مع الوثائق المثبتة لأي مدفوعات قمت بسدادها بالفعل.
 - إذا كان مقدم الخدمة مستحقًا لأي مبالغ، فسندفع لمقدم الخدمة مباشرةً.
 - إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة، فسنرد لك المبلغ.

2. عندما يرسل لك أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة فاتورة تعتقد أنه لا يجب عليك دفعها

- يجب على مقدمي الخدمة التابعين للشبكة دائمًا إصدار فاتورة إلى الخطه مباشرةً. لكنهم يرتكبون أخطاءً في بعض الأحيان، ويطلبون منك أن تدفع مقابل خدماتك.
- عندما تحصل على فاتورة من مقدم خدمة تابع للشبكة، أرسل إلينا الفاتورة. فسننتصل بمقدم الخدمة مباشرةً ونحل مشكلة الفاتورة.

- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة إلى أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة، فأرسل إلينا الفاتورة مع وثائق تثبت أي مدفوعات قمت بسدادها. ينبغي عليك أن تطلب منا أن نرد لك مقابل خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني.

3. إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا

في بعض الأحيان يكون تسجيل الشخص في الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن يكون اليوم الأول من تسجيلهم قد انقضى بالفعل. ربما يكون تاريخ التسجيل قد حدث في العام الماضي).

إذا تم تسجيلك بأثر رجعي في خطتنا ودفعت من مالك الخاص مقابل أي من الخدمات أو الأدوية التي حصلت عليها بعد تاريخ تسجيلك والخاضعة للغطاء التأميني، فيمكنك أن تطلب منا أن نرد لك المقابل الذي دفعته. ستحتاج إلى تقديم أوراق الإثبات مثل الإيصالات والفواتير لكي نتعامل مع التعويض.

4. عندما تستخدم صيدلية خارج الشبكة لصرف على وصفة طبية

إذا ذهبت إلى صيدلية خارج الشبكة، فقد لا تتمكن الصيدلية من تقديم المطالبة إلينا مباشرةً. عندما يحدث ذلك، سيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية.

احتفظ بإيصالك وأرسل نسخة منه إلينا عندما تطلب منا أن نرد إليك المبلغ الذي دفعته. تذكر أننا لا نغطي الصيدليات غير التابعة للشبكة إلا في ظروف محدودة. انظر الفصل الخامس، القسم 2.5 لمناقشة تلك الظروف.

5. عندما تدفع كامل تكلفة وصفة طبية لأنك لا تحمل بطاقة عضوية الخطة معك

إذا لم يكن لديك بطاقة عضويتك بالخطة، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بالخطة أو البحث عن معلومات تسجيلك بالخطة. ومع ذلك، إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على معلومات التسجيل التي يحتاجونها على الفور، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بنفسك. احتفظ بإيصالك وأرسل نسخة منه إلينا عندما تطلب منا أن نرد إليك المبلغ الذي دفعته.

6. عندما تدفع التكلفة الكاملة لوصفة طبية في مواقف أخرى

قد تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية إذا وجدت أن الدواء لا يخضع للغطاء التأميني لسبب ما.

- على سبيل المثال، قد لا يكون الدواء مدرجاً في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة أو قد تكون هناك اشتراطات أو قيود عليه لم تكن تعرفها أو لم تكن تعتقد أنها تنطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء على الفور، فقد تحتاج إلى دفع تكلفته الكاملة.
- احتفظ بإيصالك وأرسل نسخة منه إلينا عندما تطلب منا أن نرد إليك المبلغ الذي دفعته. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك من أجل تعويضك عن الدواء.

عندما ترسل إلينا طلباً للدفع، سنراجع طلبك ونقرر ما إذا كان يجب أن نغطي الخدمة أو الدواء أم لا. وهذا ما يُسمى باتخاذ قرار الغطاء التأميني. إذا قررنا أنه يجب أن نغطيها، فسنُدفع لك مقابل الخدمات أو الأدوية. إذا رفضنا طلبك للدفع، فيمكنك التظلم من قرارنا. يحتوي الفصل الثامن من هذه الوثيقة على معلومات عن كيفية تقديم التظلم.

القسم الثاني كيف تطلب منا أن نرد لك مبلغ الفاتورة أو أن نسد لك قيمة الفاتورة التي استلمتها

يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك الأموال بإرسال طلب كتابي إلينا. يجب أن يحتوي طلبك على الفاتورة والوثائق التي تثبت أي مبالغ دفعتها. من الجيد عمل نسخة من فاتورتك والإيصالات لتحفظ بها لسجلاتك. يجب عليك تقديم مطالبتك إلينا خلال الأثر الزمنية المذكورة أدناه:

- يجب تقديم جميع طلبات التعويض في غضون 12 شهرًا من تاريخ تلقك للخدمة أو المنتج.
- لنتأكد من أنك قدمت لنا جميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ قرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لتقديم طلبك للدفع.
- لا يقع على عاتقك التزام باستخدام النموذج، ولكنه سيساعدنا على معالجة المعلومات بشكل أسرع. يجب أن يكون طلبك مكتوبًا وموقعًا منك أو من ممثل معتمد لك أو من طبيب مرخص. المعلومات التالية مطلوبة لمعالجة طلبك:
 - الاسم الأول والأخير
 - الرقم التعريفي للعضو أو تاريخ ميلادك
 - اسم مقدم الخدمة/التوريد ومعرف مقدم الخدمة الوطني (NPI)
 - تاريخ (تواريخ) الخدمة
 - رمز (رموز) CPT
 - رمز (رموز) التشخيص
 - يجب عليك إرفاق نسخة من الإيصال وفاتورة مفصلة بالخدمات أو الكميات. يجب أن تبين الإيصالات ما يلي:
 - مكان الشراء وتاريخه
 - إجمالي المبلغ المدفوع
 - المنتجات/الخدمات التي سيتم دفع تعويض مقابلها
 - يجب أن يحتوي الإيصال أو الفاتورة على رموز التشخيص والإجراءات. في حالة عدم توفر فاتورة مفصلة، يمكنك إرسال بيان من مقدم الخدمة/المورد على ورقة رسمية تحمل اسمه. يجب أن يكون كل من إيصالك وفواتيرك المفصلة سهلة القراءة. لن تعدد خطة CCA بطلبات التعويض للمنتجات المشتراة بقسائم هدايا أو بطاقات هدايا. لن تسدد خطة CCA تعويضًا لك عن قيمة الكوبونات.
 - سيكون من المفيد لك الإشارة إلى نوع الخدمة:
 - صحية طبية/سلوكية
 - طب الأسنان
 - المعدات/المستلزمات
 - خدمات الطوارئ في جميع أنحاء العالم

▪ بطاقة Healthy Savings

▪ الوجبات المُسلَّمة

▪ النقل

- قم بتنزيل نسخة من نموذج التعويض الخاص بخطة CCA من موقعنا الإلكتروني (www.ccahealthmi.org) أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب النموذج.

أرسل طلب الدفع الخاص بك بالبريد أو بالفاكس مع أي فواتير أو إيصالات مدفوعة إلينا على هذا العنوان:

Medical:
CCA Health Michigan
P.O. Box 21063
Eagan, MN 55212

لنتأكد من أنك قدمت لنا جميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ قرار، يمكنك ملء نموذج التعويض عن الوصفة الطبية الخاص بنا لتقديم طلبك للدفع.

- لا يقع على عاتقك التزام باستخدام نموذج التعويض عن الوصفة الطبية، ولكنه سيساعدنا على معالجة المعلومات بشكل أسرع. يجب أن يكون طلبك مكتوبًا وعليه التاريخ وموقعًا منك أو من ممثل معتمد لك أو من طبيب مرخص. يجب عليك إدراج المعلومات التالية في طلبك:

○ الاسم الأول والأخير

○ رقم الهاتف

○ تاريخ الميلاد

○ النوع

○ مُعرّف العضو

○ عنوان المراسلات البريدية

○ اسم الصيدلانية التي صرفت منها وصفتك الطبية وعنوانها ورقم هاتفها

○ تاريخ (تواريخ) صرف الوصفة الطبية

○ رمز التشخيص ووصفه

○ اسم العلاج

○ رقم الوصفة الطبية

○ بالنسبة للعلاجات المركبة، نحتاج إلى المعلومات التالية

▪ الشكل النهائي للمركب (كريم، لاصقات، تحاميل، معلق، إلخ)

▪ الوقت المستغرق في تحضير الدواء

■ المكونات المركبة

- رمز الدواء الوطني
 - الكمية
 - الكميات اليومية
 - الحجم الإجمالي (جرام، مل، كل منها، إلخ)
 - إثبات الدفع
 - الاسم الأول والأخير للطبيب
 - معرف مقدم الخدمة الوطني للطبيب
 - التكلفة الأصلية للدواء
 - مبلغ التأمين الأساسي المدفوع على الدواء
 - المبلغ المدفوع للعضو
- قم بتنزيل نسخة من نموذج التعويض عن الوصفة الطبية من موقعنا الإلكتروني (www.ccahealthmi.org) أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب النموذج.

أرسل طلب الدفع الخاص بك بالبريد أو بالفاكس مع أي فواتير أو إيصالات مدفوعة إلينا على هذا العنوان:

الصيدلية:

مطالبات دليل Optum RX

صندوق بريد 650287

دالاس TX 75265-0287

سوف ننظر في طلب الدفع الذي قدمته وسنرد بنعم أو لا

القسم الثالث

القسم 3.1 نتحقق لمعرفة ما إذا كان ينبغي علينا أن نغطي الخدمة أو الدواء أم لا

القسم 3.1

عندما نتلقى طلب الدفع منك، سنخبرك لو كنا بحاجة إلى أي معلومات إضافية منك. وإلا، فسننظر في طلبك ونتخذ قرار غطاء تأميني.

- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء يشملهما الغطاء التأميني وكنت قد اتبعت جميع القواعد، فسندفع مقابل الخدمة. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك تعويضك بالبريد. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو الدواء بعد، فسنرسل المبلغ مباشرةً عبر البريد إلى مقدم الخدمة.

- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء لا يشملهما الغطاء التأميني أو كنت لم تتبع جميع القواعد، فلن ندفع مقابل الرعاية أو الدواء. سنرسل إليك خطابًا يشرح أسباب عدم إرسالنا للمبلغ وحقوقك في التظلم من هذا القرار.

إذا أخبرناك أننا لن ندفع مقابل الرعاية الطبية أو الدواء، فيمكنك تقديم تظلم

القسم 3.2

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ برفض طلب الدفع الذي قدمته أو المبلغ الذي سندفعه، فيمكنك تقديم تظلم. في حالة تقديمك لتظلم، فإن هذا يعني أنك تطلب منا تغيير القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلب الدفع الذي قدمته. عملية التظلم هي عملية رسمية تتضمن إجراءات مفصلة ومواعيد نهائية مهمة. للحصول على تفاصيل بشأن كيفية تقديم هذا التظلم، انتقل إلى الفصل الثامن من هذا المستند

الفصل الثامن: حقوقك ومسؤولياتك

يجب أن تراعي خطتنا حقوقك وحساسياتك الثقافية كعضو في الخطه**القسم الأول**

القسم 1.1 يجب أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك وتتوافق مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو بحروف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

خطتك مطلوبة لضمان تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، بطريقة مراعية ثقافياً وأنها متاحة لجميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم إجابة محدودة للغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو عجز في السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ومن أمثلة ذلك كيفية تلبية الخطه لمتطلبات تيسير الوصول، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة، أو خدمات الترجمة الفورية، أو آلات الكتابة عن بُعد، أو الاتصالات النصية (هاتف نصي أو هاتف آلة كتابة عن بُعد).

تشتمل خطتنا على خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة للإجابة عن أسئلة الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. يمكننا أيضاً أن نقدم لك المعلومات بطريقة برايل أو بحروف كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى مجاناً إذا احتجت إليها. إننا مطالبون بإعطائك معلومات عن مزايا الخطه في تنسيق مناسب لك يسهل عليك الاطلاع عليه. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يتعين على خطتنا أن تمنح النساء المسجلة خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة داخل الشبكة وذلك للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمة التابعين لشبكة الخطه متاحين لتخصص معين، فيقع على عاتق الخطه مسؤولية تحديد موقع مقدمي الخدمة المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون لك الرعاية اللازمة. في تلك الحالة، ستدفع فقط حصتك في التكلفة داخل الشبكة. إذا وجدت نفسك في موقف لا يوجد فيه متخصصون في شبكة الخطه يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطه للحصول على معلومات عن المكان الذي تذهب إليه للحصول على هذه الخدمة بنفس حصتك التي تتحملها في التكلفة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على المعلومات من خطتنا في تنسيق مناسب لك يمكنك الاطلاع عليه، فيُرجى الاتصال لتقديم شكوى إلى خطه CCA Medicare Maximum على الرقم 5855-959-855. يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو الاتصال مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو الهاتف النصي 1-800-537-7697.

يجب أن نتأكد من معاملتك باحترام وتقدير لكرامتك وحقك في الخصوصية**القسم 1.2**

يجب أن تمتثل خطتنا للقوانين التي تحميك من التمييز أو المعاملة غير العادلة. إننا لا نمارس التمييز، بسبب الحالة الطبية أو الحالة الصحية أو حصولهم على خدمات صحية أو تجربة المطالبات أو التاريخ الطبي أو الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة العقلية) أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو الجنس (بما في ذلك الصور النمطية الجنسية والهوية الجنسية) أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي أو العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو المساعدة العامة أو مكان الإقامة.

إذا كنت تريد مزيداً من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة، فيُرجى الاتصال بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019 (الهاتف النصي 1-800-537-7697) أو المكتب المحلي للحقوق المدنية.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على الرعاية، فيُرجى الاتصال بنا على قسم خدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، على سبيل المثال مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فيمكن لقسم خدمات الأعضاء مساعدتك. لمزيد من المعلومات بشأن كيفية حماية حقك في الخصوصية، راجع القسم 1.4.

القسم 1.3 يجب أن نتأكد من حصولك على الخدمات والأدوية الخاضعة للغطاء التأميني في الوقت المناسب

يحق لك اختيار مقدم رعاية أساسي (PCP) في شبكة الخطّة ليقدم لك خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني والترتيب لها. لا نطلب منك الحصول على إحالات للذهاب إلى مقدمي الخدمات التابعين للشبكة.

يحق لك الحصول على المواعيد والخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من شبكة مقدمي الخدمات التابعين للخطّة في غضون فترة زمنية معقولة. ويشمل ذلك الحق في الحصول على خدمات في الوقت المناسب من المتخصصين عندما تحتاج إلى تلك الرعاية. يحق لك أيضًا صرف وصفاتك الطبية أو إعادة صرفها من أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا دون تأخيرات طويلة.

إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على رعايتك الطبية أو أدوية الجزء (د) خلال فترة زمنية معقولة، فإن الفصل التاسع يوضح لك ما يمكنك فعله. جميع زيارات الرعاية العاجلة وزيارات العيادة أو الزيارات المنزلية المصحوبة بأعراض متاحة لك في غضون 48 ساعة. جميع زيارات العيادة التي لا تظهر عليك فيها أعراض تكون متاحة لك في غضون 14 يومًا تقويميًا.

إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على رعايتك الطبية أو على أدوية الجزء (د) خلال فترة زمنية معقولة، فإن الفصل الثامن من دليل التغطية يوضح لك ما يمكنك فعله.

القسم 1.4 يجب علينا حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية

تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية خصوصية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية. إننا نحمي معلوماتك الصحية الشخصية حسبما تشترط هذه القوانين.

- تشمل معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات الشخصية التي قدمتها لنا عند تسجيلك في هذه الخطّة وكذلك سجلاتك الطبية وغيرها من المعلومات الطبية والصحية الأخرى.
- إن لديك حقوق تتعلق بمعلوماتك وبالتحكم في طريقة استخدام معلوماتك الصحية. إننا نقدم لك إشعارًا كتابيًا، يُطلق عليه إشعار ممارسات الخصوصية، وهو يوضح تلك الحقوق ويشرح كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية.

كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية؟

- إننا نتأكد من أن الأشخاص غير المصرح لهم لا يطلعون على سجلاتك أو يغيرونها.
- باستثناء الظروف المذكورة أدناه، إذا كنا ننوي تقديم معلوماتك الصحية لأي شخص لا يقدم لك الرعاية أو لا يدفع مقابل رعايتك، فيتعين علينا الحصول أولاً على إذن كتابي منك أو من أي شخص منحه السلطة القانونية لاتخاذ القرارات نيابةً عنك.
- هناك بعض الاستثناءات التي لا تتطلب منا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. تلك الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون.
 - إننا مطالبون بالكشف عن المعلومات الصحية للوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية.

○ ونظرًا لأنك عضو في خطتنا من خلال برنامج Medicare، فإننا مطالبون بأن نقدم إلى برنامج Medicare معلوماتك الصحية، بما في ذلك المعلومات المتعلقة بالأدوية الموصوفة طبيًا لك الخاضعة للجزء (د). إذا كشف برنامج Medicare عن معلوماتك لأغراض البحث أو لاستخدامات أخرى، فسيتم ذلك وفقًا للقوانين واللوائح الفيدرالية؛ وعادةً ما يتطلب ذلك عدم مشاركة المعلومات المميزة التي تحدد هويتك.

يمكنك الاطلاع على المعلومات في سجلاتك ومعرفة كيف تمت مشاركتها مع الآخرين

يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية المحفوظة في الخطه، والحصول على نسخة من سجلاتك. يُسمح لنا بفرض رسوم عليك مقابل عمل نسخ. يحق لك أيضًا أن تطلب منا إدخال إضافات أو إجراء تصحيحات على سجلاتك الطبية. سنعمل مع طبيبك، إذا طلبت منا القيام بذلك، لنقرر ما إذا كان يجب إجراء التغييرات أم لا.

يحق لك أن تعرف كيف نشارك معلوماتك الصحية مع الآخرين لأي أغراض غير روتينية.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيف نستخدم معلوماتك الطبية وكيف نكتشف عنها وكيف يمكنك الاطلاع على تلك المعلومات. يُرجى مراجعتها بعناية.

تاريخ السريان: 4 أغسطس 2022

تلتزم شركة Commonwealth Care Alliance, Inc. بموجب القانون بما يلي: (1) حماية خصوصية معلوماتك الطبية (التي تشمل معلومات الصحة السلوكية)؛ و(2) تزويدك بإشعار ممارسات الخصوصية هذا الذي يشرح واجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية التي تتعلق بالمعلومات الطبية؛ و(3) إخطارك في حالة تأثر معلوماتك الطبية غير المشفرة بأي انتهاك.

نحتفظ بالحق في تغيير هذا الإشعار وتفعيل التغييرات على جميع المعلومات الطبية التي نحتفظ بها. في حالة قيامنا بإجراء تغيير جوهري على الإشعار، فإننا سنقوم بما يلي (1) نشر الإشعار المحدث على موقعنا الإلكتروني؛ و(2) نشر الإشعار المحدث في كل موقع من مواقع خدمة الأطباء لدينا؛ و(3) إتاحة نسخ من الإشعار المحدث عند الطلب. سنرسل أيضًا إلى أعضاء خطتنا الصحية معلومات عن الإشعار المحدث وكيفية الحصول على الإشعار المحدث (أو نسخة من الإشعار) في المراسلة السنوية التالية للأعضاء. يتعين علينا الالتزام بشروط الإشعار السارية حاليًا.

معلومات الاتصال: إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن المعلومات الواردة في هذا الإشعار، أو كنت ترغب في ممارسة حقوقك، أو تقديم شكوى، فيُرجى الاتصال بـ:

شركة Commonwealth Care Alliance

عناية: مسؤول الخصوصية والأمن

30 Winter Street

Boston, MA 02108

الرقم المجاني: 866-457-4953 (الهاتف النصي 711)

القسم الأول: الشركات التي ينطبق عليها هذا الإشعار

ينطبق هذا الإشعار على شركة Commonwealth Care Alliance, Inc. والشركات التابعة لها التي تخضع لقاعدة الخصوصية في قانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة HIPAA باعتبارها "كيانات مشمولة بالغطاء التأميني". بعض هذه الشركات التابعة هي "خططنا الصحية" - وهي الشركات التي تقدم أو تدفع مقابل مزايا Medicare Advantage أو مزايا Medicaid أو غيرها من مزايا الرعاية الصحية، مثل شركة التأمين الصحي أو HMO. الشركات التابعة الأخرى هي أطباؤنا ("مقدمو الخدمات") الذين يقدمون العلاج للمرضى، مثل عيادات الرعاية الأساسية.

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام جميع تلك الكيانات لمعلوماتك الطبية وحقوقك والكشف عنها فيما يتعلق بتلك المعلومات. في معظم الحالات، تستخدم خططنا الصحية معلوماتك الطبية وتكشف عنها بنفس الطرق التي يستخدمها مقدمو الخدمات لدينا، ويكون لديك نفس الحقوق في معلوماتك الطبية. ومع ذلك، عندما تكون هناك اختلافات، سيشرح هذا الإشعار تلك الاختلافات من خلال وصف الطريقة المختلفة التي نتعامل بها مع المعلومات الطبية التي تتعلق بعضو الخطئة الصحية عن المعلومات الطبية المتعلقة بمريض مقدم الخدمة.

الخطط الصحية ومقدمو الخدمات الذين ينطبق عليهم هذا الإشعار من بينهم ما يلي:

خططنا الصحية

- Commonwealth Care Alliance Massachusetts, LLC
- CCA Health Michigan
- CCA Health Michigan, Inc.
- CCA Health Plans of California, Inc.

أطباؤنا

- شركة Commonwealth Clinical Alliance, Inc.
- Boston's Community Medical Group, Inc. d/b/a CCA Primary Care
- Reliance PO of Michigan, Inc.
- InstED™
- Marie's Place

القسم الثاني: المعلومات التي نجمعها:

يتحمل الأفراد مسؤولية تقديم المعلومات الطبية الصحيحة والكاملة لشركة Commonwealth Care Alliance, Inc. والشركات التابعة لها (CCA) من أجل تقديم خدمات عالية الجودة. تلتزم CCA بحماية سرية المعلومات الطبية التي تخص الأفراد والتي يتم جمعها أو إنشاؤها كجزء من عملياتنا وتقديم الخدمات. عندما تتفاعل معنا من خلال خدماتنا، قد نجمع منك معلومات طبية ومعلومات أخرى، كما هو موضح بمزيد من التفصيل أدناه.

قد تشتمل المعلومات الطبية على معلومات شخصية، ولكنها جميعًا تعتبر معلومات طبية عندما تقدمها من خلال الخدمات أو فيما يتعلق بها:

- إننا نجمع معلومات مثل عناوين البريد الإلكتروني أو المعلومات الشخصية عنك أو المالية أو الديموغرافية عندما تزودنا طوعاً بتلك المعلومات، وذلك في الحالات التالية على سبيل المثال لا الحصر: عندما نتصل بنا للاستفسار، أو تملأ نماذج عبر الإنترنت، أو ترد على أحد استطلاعاتنا، أو ترد على مواد إعلانية أو ترويجية، أو تسجل للحصول على خدماتنا أو لاستخدام خدمات معينة.
- في كل الأحوال التي تجمع فيها CCA معلوماتك الطبية، نتيح لك الوصول إلى هذا الإشعار. إن تقديمك للمعلومات الطبية لنا يعني موافقتك على استخدامنا لتلك المعلومات وفقاً لهذا الإشعار. إذا قدمت معلومات إلى CCA، فإن ذلك يعني أنك تفر وتوافق على أنه يجوز نقل تلك المعلومات من موقعك الحالي إلى مرافق وخدام CCA والجهات الخارجية المصرح لها التي تعمل معها CCA.

القسم الثالث: كيف نستخدم معلوماتك الطبية ونفصح عنها

يشرح هذا القسم من إشعارنا كيف يمكننا استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها لتوفير الرعاية الصحية، ودفع تكاليف الرعاية الصحية، والحصول على مدفوعات الرعاية الصحية، وإدارة أعمالنا بكفاءة. يصف هذا القسم أيضاً الظروف الأخرى التي قد نستخدم فيها معلوماتك الطبية أو نكشف عنها.

يشترط نموذج الرعاية الخاص بنا أن تعمل خططنا الصحية وأطبائنا مع أطباء آخرين لتقديم الخدمات الطبية لك. يتمتع موظفونا المحترفون وأطبائنا ومقدمو الرعاية الآخرون (المشار إليهم باسم "فريق الرعاية") بحق الاطلاع على معلوماتك الطبية ومشاركة معلوماتك مع بعضهم البعض حسب الحاجة من أجل تنفيذ أعمال العلاج والدفع والرعاية الصحية على النحو الذي يسمح به القانون.

العلاج: قد يستخدم مقدمو الخدمات لدينا المعلومات الطبية للمريض وقد نكشف عن تلك المعلومات الطبية لأغراض تقديم رعايتك الصحية والخدمات ذات الصلة أو تنسيقها أو إدارتها. قد يشمل ذلك التواصل مع أطباء آخرين فيما يخص علاجك وتنسيق وإدارة رعايتك الصحية مع الآخرين.

مثال: إخراجك من المستشفى. قد نكشف ممرضتنا الممارسة عن معلوماتك الطبية إلى وكالة صحة منزلية للتأكد من حصولك على الخدمات التي تحتاجها بعد إخراجك من المستشفى.

الدفع: قد نستخدم معلوماتك الطبية ونكشف عنها من أجل دفع مقابل خدمات الرعاية الصحية التي تلقيتها ومن أجل استلام مدفوعات من الآخرين مقابل تلك الخدمات.

مثال: قد يرسل طبيبك إلى خطتنا الصحية مطالبة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. قد تستخدم الخطة الصحية تلك المعلومات لدفع المطالبة المقدمة من طبيبك وقد نكشف عن المعلومات الطبية إلى Medicare أو Medicaid عندما تريد الخطة الصحية أن تدفع مقابل الخدمات.

عمليات الرعاية الصحية: يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية والكشف عنها لتنفيذ مجموعة متنوعة من الأنشطة التجارية التي تسمح لنا بإدارة المزاي التي يحق لك الحصول عليها بموجب خطتنا الصحية والعلاج الذي يقدمه مقدمو الخدمات لدينا. على سبيل المثال، قد نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها من أجل ما يلي:

- مراجعة وتقييم مهارات ومؤهلات وأداء الأطباء الذين يعالجونك.
- التعاون مع المنظمات الأخرى التي تقيم جودة رعاية الآخرين.

- تحديد ما إذا كان يحق لك الحصول على مزايا بموجب غطائنا التأميني أم لا؛ ولكن يحظر علينا القانون استخدام معلوماتك الجينية لأغراض الاكتتاب.

الأنشطة المشتركة. لدى شركة **Commonwealth Care Alliance, Inc.** والشركات التابعة لها ترتيبات للعمل معًا لتحسين الصحة وخفض التكاليف. قد نشارك في ترتيبات مماثلة مع أطباء آخرين وخطط صحية أخرى. قد نتبادل معلوماتك الطبية مع مشاركين آخرين في تلك الترتيبات الخاصة بالعلاج والدفع وأعمال الرعاية الصحية المتعلقة بالأنشطة المشتركة "لترتيبات الرعاية الصحية المنظمة" المذكورة.

الأشخاص المشاركون في رعايتك: قد نكشف عن معلوماتك الطبية لأحد الأقارب أو الأصدقاء الشخصيين المقربين أو أي شخص آخر تحدده أنت باعتباره مشاركًا في رعايتك. على سبيل المثال، إذا طلبت منا مشاركة معلوماتك الطبية مع زوجتك، فسنفصح عن معلوماتك الطبية إلى زوجتك. قد نكشف أيضًا عن معلوماتك الطبية لهؤلاء الأشخاص إذا لم تكن متأكدًا للموافقة وقررنا أن ذلك في صالحك. في حالات الطوارئ، قد نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها لأحد الأقارب أو لشخص آخر مشارك في رعايتك أو لمنظمة إغاثة في حالات الكوارث (مثل الصليب الأحمر)، إذا كنا بحاجة إلى إخطار شخص ما بموقعك أو حالتك.

ما كان مطلوبًا بموجب القانون: سنستخدم معلوماتك الطبية ونفصح عنها متى طلب منا ذلك بموجب القانون. على سبيل المثال:

- سنكشف عن المعلومات الطبية استجابةً لأمر محكمة أو استجابةً لأمر استدعاء.
- سنستخدم المعلومات الطبية أو نفصح عنها للمساعدة في سحب أحد المنتجات أو للإبلاغ عن ردود فعل عكسية للعلاجات.
- سنكشف عن المعلومات الطبية إلى وكالة مراقبة صحية، وهي وكالة مسؤولة عن الإشراف على الخطط الصحية، أو الأطباء، أو نظام الرعاية الصحية بشكل عام، أو برامج حكومية معينة (مثل Medicare و Medicaid).
- سنكشف عن المعلومات الطبية للفرد إلى أي شخص يستوفي شروط الممثل الشخصي للفرد. يتمتع "الممثل الشخصي" بسلطة قانونية للتصرف نيابةً عن الفرد، كوالد الطفل أو الوصي عليه، أو الشخص الذي لديه توكيل بالرعاية الصحية، أو الوصي المعين من المحكمة.

التهديد للصحة أو السلامة: قد نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها في حالة اعتقادنا بأن ذلك ضروري لمنع أو تقليل أي تهديد خطير على صحتك أو سلامتك.

أنشطة الصحة العامة: قد نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها من أجل أنشطة الصحة العامة، مثل التحقيق في الأمراض، والإبلاغ عن الاعتداء على طفل أو إهماله أو عنف منزلي أو إهمال منزلي، ومراقبة الأدوية أو الأجهزة التي تنظمها إدارة الغذاء والدواء.

تنفيذ القانون: يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الطبية إلى مسؤول إنفاذ القانون لأغراض محددة ومحدودة لإنفاذ القانون، مثل الإفصاح عن المعلومات الطبية التي تتعلق بضحية لإحدى الجرائم أو استجابةً لمذكرة استدعاء لهيئة محلفين كبرى. قد نكشف أيضًا عن المعلومات الطبية التي تخص أحد السجناء إلى مؤسسة إصلاحية.

الأطباء الشرعيون وغيرهم: قد نكشف عن المعلومات الطبية إلى طبيب شرعي أو فاحص طبي أو مدير جنازة أو إلى منظمات تساعد في عمليات زرع الأعضاء والعينين والأنسجة.

تعويض العمال: يجوز لنا الإفصاح عن المعلومات الطبية على النحو المصرح به بموجب قوانين تعويض العمال وبما يتوافق معها.

المنظمات البحثية: قد نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها لأغراض الأبحاث التي تستوفي شروطاً معينة من حماية خصوصية المعلومات الطبية.

وظائف حكومية معينة: قد نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها لوظائف حكومية معينة، بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر الأنشطة العسكرية وأنشطة المحاربين القدامى وأنشطة الأمن القومي والاستخبارات.

شركاء الأعمال: نتعاقد مع موردين لأداء وظائف نيابة عنا. إننا نسمح "لشركاء العمل" هؤلاء بجمع المعلومات الطبية أو استخدامها أو الإفصاح عنها نيابة عنا لأداء تلك الوظائف. نلزم شركاء أعمالنا تعاقدياً (وهم مطالبون بذلك بموجب القانون) بتوفير نفس الحماية التي نقدمها للخصوصية.

اتصالات جمع التبرعات: يجوز لنا استخدام المعلومات الطبية أو الإفصاح عنها لجمع التبرعات. إذا تلقيت طلباً لجمع التبرعات منا (أو نيابة عنا)، فيمكنك الانسحاب من أنشطة جمع التبرعات المستقبلية.

القسم الرابع: الاستخدامات والإفصاحات الأخرى التي تتطلب تصريحاً مسبقاً منك

باستثناء ما هو موضح أعلاه، لن نستخدم معلوماتك الطبية أو نكشف عنها دون إذن كتابي منك ("تفويض"). قد نتصل بك لنتطلب منك التوقيع على نموذج تفويض لاستخداماتنا وإفصاحاتنا، أو يمكنك الاتصال بنا للكشف عن معلوماتك الطبية إلى شخص آخر وسنحتاج إلى مطالبتك بالتوقيع على نموذج تفويض.

إذا وقعت على تصريح كتابي، فيمكنك لاحقاً إلغاء تصريحك. إذا كنت ترغب في إلغاء تصريحك، فيجب عليك القيام بذلك كتابياً (أرسله إلينا باستخدام معلومات الاتصال الواردة في بداية هذا الإشعار). في حالة إلغائك لتصريحك، فسنوقف عن استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها بناءً على التصريح، ويُستثنى من ذلك ما تصرفنا فيه بالفعل اعتماداً على التصريح. فيما يلي استخدامات أو إفصاحات لمعلوماتك الطبية التي سنحتاج إلى تصريح كتابي منك بشأنها:

- **الاستخدام أو الإفصاح لأغراض "التسويق":** لا يجوز لنا استخدام معلوماتك الطبية أو الإفصاح عنها إلا لأغراض "التسويق" إذا كان لدينا تصريح كتابي منك بذلك. ومع ذلك، قد نرسل لك معلومات عن بعض المنتجات والخدمات المتعلقة بالصحة دون تصريح كتابي منك، طالما لم يدفع لنا أحد لإرسال المعلومات.
- **بيع معلوماتك الطبية:** لن نبيع شركة Commonwealth Care Alliance, Inc. معلوماتك الطبية. إذا فعلنا ذلك، فينبغي أن نحصل على تصريح كتابي منك.
- **استخدام ملاحظات العلاج النفسي والإفصاح عنها:** باستثناء بعض أنشطة العلاج، والدفع، وعمليات الرعاية الصحية أو أي أنشطة أخرى يقتضيها القانون، لا يجوز لنا استخدام أو الكشف عن ملاحظات العلاج النفسي الخاصة بك إلا إذا كان لدينا تصريح كتابي منك.

القسم الخامس: لديك حقوق تتعلق بمعلوماتك الطبية

لديك حقوق معينة تتعلق بمعلوماتك الطبية. لممارسة أي من تلك الحقوق، يمكنك الاتصال بنا باستخدام معلومات الاتصال الواردة في بداية هذا الإشعار.

الحق في الحصول على نسخة من هذا الإشعار: يحق لك الحصول على نسخة ورقية من إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا في أي وقت، حتى إذا وافقت على استلام الإشعار إلكترونياً.

الحق في الاطلاع من أجل الفحص والنسخ: يحق لك فحص (رؤية أو مراجعة) معلوماتك الطبية التي نحفظ بها في "مجموعة سجلات مخصصة" كما يحق لك الحصول على نسخة أو ملخص منها. إذا احتفظنا بتلك المعلومات في صورة إلكترونية، فيمكنك الحصول على نسخة إلكترونية من تلك السجلات. يمكنك أيضاً أن تطلب من أطبائنا إرسال نسخة إلكترونية من المعلومات التي نحفظ بها عنك في سجل طبي إلكتروني إلى جهة خارجية. يجب عليك أن تقدم إلينا طلباً كتابياً من أجل هذا الاطلاع. قد نفرض عليك رسوماً معقولة استناداً إلى التكاليف لتغطية تكاليف نسخة من معلوماتك الطبية. وفقاً لقاعدة الخصوصية بقانون إمكانية نقل التأمين الصحي والمساءلة وفي ظروف محدودة جداً، قد نرفض هذا الطلب. سنقدم لك رفضاً كتابياً في موعد أقصاه 30 يوماً تقويمياً بعد الطلب (أو في موعد أقصاه 60 يوماً تقويمياً إذا أخطرناك بتمديد).

الحق في طلب تعديل المعلومات الطبية: إذا كنت تعتقد أن المعلومات الطبية التي لدينا غير دقيقة أو غير كاملة، فيحق لك أن تطلب تعديل معلوماتك الطبية أو تصحيحها أو إضافتها إليها. يجب أن يكون طلبك كتابياً وأن يتضمن شرحاً لسبب الحاجة إلى تغيير معلوماتنا. إذا وافقتنا، فسنغير معلوماتك. إذا لم نوافق، فسنقدم شرحاً مع إفصاحات مستقبلية عن المعلومات.

الحق في الحصول على كشف بالإفصاحات: يحق لك الحصول على قائمة ببعض الإفصاحات التي نقوم بها عن معلوماتك الطبية ("كشف الإفصاحات"). (لن تتضمن القائمة أي إفصاحات تخص أعمال العلاج والدفع والرعاية الصحية، أو الإفصاحات التي تمت منذ أكثر من ست سنوات، أو بعض الإفصاحات الأخرى. سنقدم كشفاً واحداً كل عام مجاناً، ولكن قد نفرض رسوماً معقولة تستند إلى التكلفة إذا طلبت حساباً آخر في غضون 12 شهراً. يجب عليك تقديم طلب كتابي للحصول على كشف الإفصاحات.

الحق في طلب وضع قيود على الاستخدامات والإفصاحات: يحق لك أن تطلب منا وضع قيود على طريقة استخدامنا لمعلوماتك الطبية والإفصاح عنها من أجل: (1) أعمال العلاج والدفع والرعاية الصحية أو (2) للأشخاص المشاركين في رعايتك. باستثناء ما هو موضح أدناه، لا يتعين علينا الموافقة على القيود التي تطلبها. إذا وافقتنا على طلبك، فسنمتثل لقيودك، ما لم تكن المعلومات ضرورية للعلاج في حالات الطوارئ.

يجب أن يوافق أطبائنا على طلبك بوضع قيود على الإفصاح عن المعلومات الطبية في الحالات التالية: (1) إذا كانت الإفصاحات خاصة بالدفع أو عمليات الرعاية الصحية (وليس مطلوبة بموجب القانون) و(2) إذا كانت المعلومات تتعلق فقط بمنتجات أو خدمات الرعاية الصحية التي دفعت مقابلها بالكامل بنفسك أو من خلال شخص آخر نيابةً عنك (بخلاف خططنا الصحية).

الحق في طلب طريقة اتصال بديلة: يحق لك أن تطلب كتابياً أن نتصل بك في موقع مختلف أو باستخدام طريقة مختلفة. على سبيل المثال، قد تفضل إرسال جميع المعلومات المكتوبة بالبريد إلى عنوان عملك بدلاً من عنوان منزلك أو إرسالها إليك بالبريد الإلكتروني. سيوافق أطبائنا على أي طلب معقول باستخدام طرق اتصال بديلة.

القسم السادس: يمكنك تقديم شكوى بشأن ممارسات الخصوصية لدينا

إذا كنت تعتقد أنه قد تم انتهاك حقوق الخصوصية لديك، فيمكنك تقديم شكوى كتابية إلى شركة Commonwealth Care Alliance, Inc. أو إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية.

لن تتخذ شركة **Commonwealth Care Alliance, Inc.** أي إجراء ضدك أو تغيير الطريقة التي تتعامل بها معك بأي شكل من الأشكال إذا قدمت شكوى.

لتقديم شكوى مكتوبة إلى شركة **Commonwealth Care Alliance, Inc.** أو لطلب المزيد من المعلومات منها، اتصل بنا باستخدام معلومات الاتصال الواردة في بداية هذا الإشعار.

القسم 1.5 يجب أن نقدم لك معلومات عن الخطة وشبكة مقدمي الخدمات التابعة لها وخدماتك الخاضعة للغطاء التأميني

بصفتك عضوًا في خطة **CCA Medicare Maximum**، يحق لك الحصول على عدة أنواع من المعلومات منا.

إذا كنت تريد أيًا من أنواع المعلومات التالية، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء:

- **معلومات عن خطتنا.** ويشمل ذلك، على سبيل المثال، معلومات عن الوضع المالي للخطة.
- **معلومات عن مقدمي الخدمات والصيدليات التابعة لشبكتنا.** لديك الحق في الحصول على معلومات عن مؤهلات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا وطريقة دفعنا لمقدمي الخدمات في شبكتنا.
- **معلومات عن خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني والقواعد التي يجب عليك اتباعها عند استخدام غطائك التأميني.** يقدم الفصلان الثالث والرابع معلومات تتعلق بالخدمات الطبية. يقدم الفصل الخامس معلومات عن الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).
- **معلومات عن الأسباب التي تؤدي إلى عدم تغطية شيء ما وما الذي يمكنك فعله حيال ذلك.** يقدم الفصل الثامن معلومات عن طلبات الحصول على تفسير كتابي عن سبب عدم شمول الغطاء التأميني لخدمة طبية أو دواء خاضع للجزء (د) أو عما إذا كان غطاؤك التأميني يخضع لقيود. يقدم الفصل الثامن أيضًا معلومات عن مطالبتنا بتغيير أحد القرارات، ويُسمى أيضًا تظلمًا.

القسم 1.6 يجب أن ندعم حقك في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك

يحق لك معرفة خياراتك العلاجية والمشاركة في القرارات التي تتعلق برعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطباءك ومن الأطباء الآخرين. يجب على مقدمي الرعاية شرح حالتك الطبية وخياراتك العلاجية بطريقة يمكنك فهمها.

يحق لك أيضًا المشاركة بشكل كامل في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. ولمساعدتك على اتخاذ القرارات مع أطباءك بشأن أفضل علاج لك، فإن من بين حقوقك ما يلي:

- **لمعرفة جميع خياراتك.** يحق لك عقد مناقشة عن خيارات العلاج المناسبة أو الضرورية طبيًا الموصى بها لحالتك، بغض النظر عن تكلفتها أو ما إذا كانت تخضع للغطاء التأميني المقدم من خطتنا أم لا. كما يشمل أيضًا إخبارك بالبرامج التي تقدمها خطتنا لمساعدة الأعضاء على إدارة علاجاتهم واستخدام الأدوية بأمان.
- **لمعرفة المخاطر.** من حَقك أن يتم إخبارك بأي مخاطر تنطوي عليها رعايتك. يجب إخبارك مقدمًا إذا كانت الرعاية الطبية أو العلاج المقترح جزءًا من تجربة بحثية. لديك دائمًا الخيار في رفض أي علاجات تجريبية.
- **الحق في أن تقول "لا".** يحق لك رفض أي علاج موصى به. ويشمل ذلك الحق في مغادرة المستشفى أو أي مرفق طبي آخر، حتى لو نصحك طبيبك بعدم المغادرة. كما يحق لك أيضًا التوقف عن تناول علاجك. بالطبع، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول علاجك، فإنك تتحمل كامل المسؤولية عما يحدث لجسمك نتيجة لذلك.
- **ألا يُفرض عليك أي شكل من أشكال التقييد.** يحق لك ألا يُفرض عليك أي قيود أو استبعاد كوسيلة للإكراه أو الانضباط أو الملاءمة أو الانتقام.
- **الحصول على تفسير في حالة رفض إخضاع رعايتك للغطاء التأميني.** يحق لك الحصول على تفسير منا في حالة رفض مقدم الرعاية أن يقدم لك رعاية تعتقد أنه ينبغي أن تحصل عليها. للحصول على ذلك التفسير، ينبغي أن تطلب منا قرارًا بالغطاء التأميني. يوضح الفصل التاسع من هذا الكتيب كيفية طلب صدور قرار بالغطاء التأميني من الخطّة.

يحق لك إعطاء تعليمات بشأن ما يجب القيام به إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات طبية لنفسك.

في بعض الأحيان، يصبح الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم بسبب وقوع حوادث أو أمراض خطيرة. لك الحق في أن تقول ما الذي تريد أن يحدث إذا كنت في هذا الموقف. وهذا يعني أنه يمكنك، إذا كنت ترغب في ذلك، ما يلي :

- ملء نموذج مكتوب لمنح أحد الأشخاص السلطة القانونية لاتخاذ قرارات طبية نيابةً عنك في حالة إذا ما أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بنفسك.
- إصدار تعليمات مكتوبة إلى أطبانك بشأن الطريقة التي تريد منهم التعامل بها مع رعايتك الطبية في حالة إذا ما أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.

تُسمى تلك الوثائق القانونية التي يمكنك استخدامها لإصدار توجيهاتك مسبقًا في تلك المواقف باسم **التوجيهات المسبقة**. هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. في ميشيغان، يُعد **التوكيل الدائم للرعاية الصحية** مثالاً على التوجيهات المسبقة. في ولايات أخرى، توجد وثائق تسمى **وصية الأحياء وتوكيل للرعاية الصحية**. الوثائق التي تسمى **وصية الأحياء وتوكيل للرعاية الصحية** هي أمثلة على التوجيهات المسبقة.

إذا كنت ترغب في استخدام توجيهات مسبقة لإصدار تعليماتك، فإليك ما يجب فعله:

- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج توجيهات مسبقة من محاميك، أو من اختصاصي اجتماعي، أو من بعض متاجر مستلزمات العيادات. يمكنك أحيانًا الحصول على نماذج التوجيهات المسبقة من المؤسسات التي تقدم للأشخاص معلومات عن برنامج Medicare. **املأه ووقع عليه.** بغض النظر عن مكان حصولك على ذلك النموذج، ضع في اعتبارك أنه مستند قانوني. يجب أن تفكر في الاستعانة بمحامٍ لمساعدتك في إعداده.

- أعط نسخًا للأشخاص المناسبين. يجب أن تعطي نسخة من النموذج إلى طبيبك وإلى الشخص الذي تحدده في النموذج والذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابة عنك إذا لم تتمكن من ذلك. قد ترغب في إعطاء نسخ إلى الأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.

إذا كنت تعلم مسبقًا أنك ستدخل المستشفى، ووقعت على توجيهات مسبقة، خذ نسخة معك إلى المستشفى.

- ستسألك المستشفى عما إذا كنت قد وقعت على نموذج التوجيهات المسبقة أم لا، وما إذا كان ذلك النموذج معك.
- إذا لم تكن قد وقعت على نموذج التوجيهات المسبقة، فإن المستشفى متاح لديها نماذج وستسأل عما إذا كنت ترغب في التوقيع على نموذج أم لا.

تذكر أن ملء توجيهات مسبقة هو اختيارك وحدك (ويشمل ذلك ما إذا كنت ترغب في التوقيع على توجيهات مسبقة إذا كنت في المستشفى أم لا). وفقًا للقانون، لا يمكن لأحد رفض رعايتك أو التمييز ضدك بناءً على ما إذا كنت قد وقعت على توجيهات مسبقة أم لا.

ماذا لو لم يتم اتباع تعليماتك؟

إذا كنت قد وقعت على توجيهات مسبقة، وكنت تعتقد أن أحد الأطباء أو أن المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيها، فيمكنك تقديم شكوى إلى مكتب Michigan Bureau of Community and Health Systems عن طريق الاتصال على الرقم 800-882-6006. يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب Michigan Bureau of Community and Health Systems لتقديم شكوى ضد أحد الأطباء عن طريق الاتصال على الرقم (241-0205) (517).

القسم 1.7 يحق لك تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف أو شكاوى وتحتاج إلى طلب غطاء تأميني، أو تقديم تظلم، فإن الفصل التاسع من هذا المستند يوضح لك ما يمكنك فعله. أيًا كان ما تفعله - سواء كان طلب إصدار قرار بالغطاء التأميني، أو تقديم تظلم، أو تقديم شكوى - فإننا مطالبون بمعاملتك بإنصاف.

القسم 1.8 يحق لك تقديم توصيات بشأن سياسة حقوق الأعضاء ومسؤولياتهم لدينا

إذا كانت لديك أي توصيات بشأن سياسة حقوق الأعضاء ومسؤولياتهم لدينا، فيمكنك مشاركة اقتراحك عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.9 ما الذي يمكنك فعله إذا كنت تعتقد أنك تُعامل معاملة غير عادلة أو أن حقوقك لا تُحترم؟

إذا كان الأمر يتعلق بتمييز، فاتصل بمكتب الحقوق المدنية

إذا كنت تعتقد أنك قد تلقيت معاملة غير عادلة أو لم يتم احترام حقوقك بسبب عرقك أو إعاقتك أو دينك أو جنسك أو صحتك أو إثنيتك أو عقيدتك (معتقداتك) أو عمرك أو توجهك الجنسي أو أصلك القومي، فيجب عليك الاتصال بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 أو الهاتف النصي 1-800-537-7697، أو الاتصال بالمكتب المحلي للحقوق المدنية.

هل يتعلق الأمر بشيء آخر؟

إذا كنت تعتقد أنك قد تلقيت معاملة غير عادلة أو لم يتم احترام حقوقك، ولا يتعلق الأمر بالتمييز، فيمكنك الحصول على مساعدة في التعامل مع المشكلة التي تواجهها:

- يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء .
- يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية .لمزيد من التفاصيل، انتقل إلى الفصل الثاني، القسم الثالث.
- أو يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (هاتف نصي رقم 1-877-486-2048).

كيفية الحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

القسم 1.10

هناك العديد من الأماكن التي يمكنك فيها الحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك:

- يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء .
- يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية .لمزيد من التفاصيل، انتقل إلى الفصل الثاني، القسم الثالث.
- يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare .
 - يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني لقراءة أو تنزيل منشور "حقوق Medicare وأوجه الحماية". (المنشور متاح على: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
 - أو يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (هاتف نصي رقم 1-877-486-2048).

تقع على عاتقك بعض المسؤوليات باعتبارك عضوًا في الخطه

القسم الثاني

فيما يلي الأشياء التي يجب عليك القيام بها باعتبارك عضوًا في الخطه. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة.

- تعرف على خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني والقواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على تلك الخدمات الخاضعة للتأمين. استخدم هذا الدليل الإرشادي للغطاء التأميني لمعرفة ما الذي نغطيه من أجلك والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على خدماتك الخاضعة للتأمين.
 - يقدم الفصلان الثالث والرابع تفاصيل عن خدماتك الطبية.
 - يقدم الفصل الخامس تفاصيل عن الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).
- إذا كان لديك أي غطاء تأمين صحي أخرى أو غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا بالإضافة إلى خطتنا، فيجب عليك إخبارنا. يوضح لك الفصل الأول التنسيق بين تلك المزاي.

- أخبر طبيبك والأطباء الآخرين بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة عضويتك في الخطة وبطاقة Medicaid كلما حصلت على رعايتك الطبية أو على الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).
- ساعد أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين الذين يقدمون لك المساعدة من خلال تقديم المعلومات لهم، وطرح الأسئلة، ومتابعة رعايتك.
 - من أجل مساعدتك في الحصول على أفضل رعاية، أخبر أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بمشكلاتك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي توافق عليها أنت وأطباؤك.
 - تأكد من أن أطباءك يعرفون جميع الأدوية التي تتناولها، بما في ذلك الأدوية التي تُباع بدون وصفة طبية، والفيتامينات، والمكملات الغذائية.
 - إذا كانت لديك أي أسئلة، فتأكد من طرحها والحصول على إجابة يمكنك فهمها.
- كن مرعياً للآخرين. نتوقع من جميع أعضائنا احترام حقوق المرضى الآخرين. نتوقع منك أيضاً التصرف بطريقة تساعد على سلاسة إدارة عيادة طبيبك والمستشفيات والعيادات الأخرى.
- ادفع المبلغ المستحق عليك. بصفتك عضواً في الخطة، فإنك تتحمل مسؤولية دفع ما يلي:
 - لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب عليك أن يكون لديك كل من الجزء (أ) والجزء (ب) من Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء خطة CCA Medicare Maximum، يدفع Michigan Medicaid قسط الجزء (أ) (إذا لم تكن مؤهلاً تلقائياً للحصول عليه) وأقساط الجزء (ب). إذا لم يدفع برنامج Michigan Medicaid أقساط برنامج Medicare نيابةً عنك، فيجب أن تستمر في دفع أقساط برنامج Medicare لتظل عضواً في الخطة.
 - إذا حصلت على أي خدمات طبية أو أدوية لا تغطيها خطتنا، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة.
 - إذا طُلب منك دفع المبلغ الإضافي للجزء (د) بسبب دخلك الأعلى (كما هو مذكور في آخر إقرار ضريبي لك)، فيجب عليك الاستمرار في دفع المبلغ الإضافي مباشرةً إلى الحكومة لتبقى عضواً في الخطة.
- إذا انتقلت إلى مكان آخر داخل منطقة خدماتنا، فنحن بحاجة إلى معرفة ذلك حتى نتمكن من تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمة، فلا يمكن أن تظل عضواً في هذه الخطة.
- إذا انتقلت، فمن المهم أيضاً أن تخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

الفصل التاسع:

ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى
(قرارات الغطاء التأميني، التظلمات، الشكاوى)

القسم الأول

مقدمة

ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

القسم 1.1

يشرح هذا الفصل عمليات التعامل مع المشكلات والمخاوف. يتوقف تحديد العملية التي ستستخدمها للتعامل مع مشكلتك على أمرين:

1. ما إذا كانت مشكلتك تتعلق بالمزايا التي يغطيها برنامج **Medicare** أو برنامج **Medicaid**. إذا كنت ترغب في مساعدة من أجل تحديد ما إذا كنت ستستخدم عملية برنامج **Medicare** أو عملية برنامج **Medicaid**، أو كليهما، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

2. نوع المشكلة التي تعاني منها:

- بالنسبة لبعض المشكلات، تحتاج إلى استخدام عملية لاتخاذ قرارات الغطاء التأميني وللتظلمات.
- بالنسبة للمشاكل الأخرى، تحتاج إلى استخدام عملية تقديم الشكاوى؛ وتسمى أيضاً المظالم.

وقد وافقت **Medicare** على تلك العمليات. تشمل كل عملية على مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب أن نتبعها نحن وأنت.

سيساعدك هذا الدليل في القسم الثالث على تحديد العملية الصحيحة التي يجب عليك استخدامها وما ينبغي عليك فعله.

ماذا عن المصطلحات القانونية؟

القسم 1.2

هناك مصطلحات قانونية لبعض القواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية الموضحة في هذا الفصل. هناك العديد من تلك المصطلحات تكون غير مألوفة لمعظم الناس وقد يكون من الصعب فهمها. لتسهيل الأمور، فإن هذا الفصل:

- يستخدم كلمات أبسط بدلاً من مصطلحات قانونية معينة. على سبيل المثال، نستخدم في هذا الفصل عمومًا مصطلح تقديم شكوى بدلاً من مصطلح تقديم مظالم، ونستخدم مصطلح قرار غطاء تأميني بدلاً من مصطلح تقرير المؤسسة أو تقرير الغطاء التأميني أو تقرير المخاطر، ونستخدم مصطلح مؤسسة مستقلة بدلاً من مصطلح كيان المراجعة المستقل.
- كما يستخدم الاختصارات بأقل قدر ممكن.

ومع ذلك، قد يكون من المفيد - وأحياناً من المهم جداً - أن تعرف المصطلحات القانونية الصحيحة. فمعرفة المصطلحات التي يجب عليك استخدامها سيساعدك على التواصل بشكل أكثر دقة للحصول على المساعدة أو المعلومات المناسبة لحالتك. لمساعدتك على معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها، فإننا نستخدم المصطلحات القانونية عندما نقدم تفاصيل للتعامل مع أنواع معينة من المواقف.

القسم الثاني من أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة التي تناسب احتياجاتك

إننا متاحون دائماً لمساعدتك. حتى إذا كانت لديك شكوى بشأن معاملتنا لك، فنحن ملزمون باحترام حقك في تقديم الشكوى. لذلك، يجب عليك دائماً التواصل مع خدمة العملاء للحصول على المساعدة. ولكن في بعض الحالات، قد تحتاج أيضاً إلى مساعدة أو توجيه من شخص غير مرتبط بنا. فيما يلي كيانان يمكنهما مساعدتك.

برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

لكل ولاية برنامج حكومي به مستشارون مدربون. البرنامج غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمكن أن يساعدك المستشارون في هذا البرنامج على فهم العملية التي يجب عليك استخدامها للتعامل مع مشكلة تواجهك. يمكنهم أيضاً الإجابة عن أسئلتك، وإعطاءك مزيداً من المعلومات، وتقديم إرشادات لك بما يجب فعله.

خدمات مستشاري برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية مجانية. ستجد أرقام الهواتف وعناوين URL لموقع الويب في القسم الثالث من الفصل الثاني من هذا المستند.

Medicare

يمكنك أيضاً الاتصال ببرنامج Medicare للحصول على المساعدة. للاتصال ببرنامج Medicare:

- يمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك أيضاً زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov).

يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات من المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid

لمزيد من المعلومات والمساعدة في التعامل مع مشكلة ما، يمكنك أيضاً الاتصال بالمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid. فيما يلي طريقتان للحصول على المعلومات مباشرة من المكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid:

- يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-642-3195. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711.
- يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني للمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid على (<http://www.michigan.gov/medicaid>).

القسم الثالث للتعامل مع مشكلتك، ما هي العملية التي يجب عليك استخدامها؟

نظراً لأنك مشترك في برنامج Medicare وتحصل على مساعدة من برنامج Medicaid، فأمامك عمليات مختلفة يمكنك استخدامها للتعامل مع مشكلتك أو شكواك. ويتوقف تحديد العملية التي تستخدمها على ما إذا كانت المشكلة تتعلق بمزايا برنامج Medicare أو مزايا برنامج Medicaid. إذا كانت مشكلتك تتعلق بميزة يغطيها برنامج Medicare، فيجب عليك استخدام عملية Medicare. إذا كانت مشكلتك تتعلق بميزة يغطيها برنامج Medicaid، فيجب عليك استخدام عملية

Medicaid. إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة من أجل تحديد ما إذا كنت ستستخدم عملية برنامج Medicare أو عملية برنامج Medicaid، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

لقد أوردنا وصفاً لعملية برنامج Medicare وعملية برنامج Medicaid في أجزاء مختلفة من هذا الفصل. لمعرفة الجزء الذي يجب قراءته، استخدم المخطط أدناه.

هل مشكلتك تتعلق بمزايا برنامج Medicare أو مزايا برنامج Medicaid؟

إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة من أجل تحديد ما إذا كانت مشكلتك تتعلق بمزايا برنامج Medicare أو مزايا برنامج Medicaid، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

مشكلتي تتعلق بمزايا برنامج Medicare.

انتقل إلى القسم التالي من هذا الفصل، القسم الرابع، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicare الخاصة بك.

مشكلتي تتعلق بالغطاء التأميني لبرنامج Medicaid.

انتقل إلى القسم 12 من هذا الفصل، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid الخاصة بك.

مشكلات تتعلق بمزايا MEDICARE الخاصة بك

التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicare لديك

القسم الرابع

هل يجب عليك استخدام هذه العملية لقرارات الغطاء التأميني والتظلمات؟ أم يجب عليك استخدام العملية لتقديم الشكاوى؟

القسم 4.1

إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فما عليك سوى قراءة أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على وضعك. سيساعدك الجدول أدناه في العثور على القسم الصحيح من هذا الفصل من أجل المشكلات أو الشكاوى المتعلقة بالمزايا التي يغطيها برنامج Medicare.

لمعرفة الجزء من هذا الفصل الذي سيساعدك في التعامل مع مشكلتك أو مخاوفك المتعلقة بمزايا **Medicare** الخاصة بك، استخدم هذا المخطط:

هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟

يشمل ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية (المنتجات الطبية أو الخدمات أو الأدوية الموصوفة طبيًا بموجب الجزء (ب)) تخضع للغطاء التأميني أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بدفع مقابل الرعاية الطبية.

نعم.

انتقل إلى القسم التالي من هذا الفصل، القسم الخامس، دليل أساسيات قرارات الغطاء التأميني والتظلمات.

لا

انتقل إلى القسم الحادي عشر في نهاية هذا الفصل: كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو غيرها من المخاوف.

القسم الخامس دليل أساسيات قرارات الغطاء التأميني والتظلمات

القسم 5.1

طلب قرارات الغطاء التأميني وتقديم التظلمات: الصورة الشاملة

تتعامل قرارات الغطاء التأميني والتظلمات مع المشكلات التي تتعلق بالمزايا والغطاء التأميني الذي تخضع له رعايتك الطبية (الخدمات والمنتجات والأدوية الموصوفة طبيًا وفقًا للجزء (ب))، بما في ذلك الدفع). لتبسيط المصطلحات، فإننا نشير عمومًا إلى المنتجات والخدمات الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare باسم **الرعاية الطبية**. إنك تستخدم عملية قرار الغطاء التأميني والتظلمات للتعامل مع مشكلات مثل ما إذا كان هناك شيء يخضع للغطاء التأميني أم لا والطريقة التي يتم بها تغطية أحد الأشياء.

طلب إصدار قرارات الغطاء التأميني قبل تلقي الخدمات

قرار الغطاء التأميني هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وغطائك التأميني أو بشأن المبلغ الذي سندفعه نظير خدماتك الطبية. على سبيل المثال، إذا أحالك طبيبك التابع للشبكة الذي قدمته لك الخطة إلى اختصاصي طبي ليس داخل الشبكة، فإن هذه الإحالة تُعتبر قرار غطاء تأميني (تفضيلي) ما لم يتمكن طبيب الشبكة من إثبات أنك تلقيت إشعار رفض قياسي لهذا الاختصاصي الطبي، أو يوضح الدليل الإرشادي للغطاء التأميني أن الخدمة المشار إليها لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف من الظروف. كما يمكنك أنت أو طبيبك الاتصال بنا وطلب قرار غطاء تأميني إذا لم يكن طبيبك متأكدًا مما إذا كنا سنغطي خدمة طبية معينة أو نرفض تقديم رعاية طبية تعتقد أنك بحاجة إليها. بعبارة أخرى، إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سنغطي رعاية طبية معينة قبل أن نتلقاها، فيمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار غطاء تأميني لك. في ظروف محدودة، سيتم رفض طلب الحصول على قرار الغطاء التأميني، وهو ما يعني أننا لن ننظر في الطلب. من أمثلة الحالات التي يتم فيها رفض الطلب إذا

كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص آخر الطلب نيابةً عنك ولم يكن مصرح له قانونًا بالقيام بذلك أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلبًا لاتخاذ قرار غطاء تأميني، فسنرسل إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

إننا نتخذ قرار غطاء تأميني من أجلك عندما نحدد ما الذي سنغطيه لك ومقدار ما ندفعه لك. في بعض الحالات، قد نقرر أن الرعاية الطبية غير خاضعة للغطاء التأميني أو لم يعد يشملها الغطاء التأميني الذي يقدمه لك برنامج Medicare. إذا كنت لا توافق على قرار الغطاء التأميني الصادر، فيمكنك تقديم تظلم.

تقديم تظلم

إذا اتخذنا قرار غطاء تأميني، سواء قبل تلقي الميزة أو بعدها، ولم تكن راضيًا عنه، فيمكنك التظلم من القرار. أما التظلم فهو طريقة رسمية تطالبنا من خلالها بمراجعة قرار الغطاء التأميني الذي اتخذناه وتغييره. في ظل ظروف معينة، سنناقشها لاحقًا، يمكنك طلب تظلم عاجل أو سريع لقرار الغطاء التأميني. تتم معالجة تظلمك من جانب مراجعين مختلفين عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي. عندما تتظلم من قرار لأول مرة، يُسمى هذا تظلم الدرجة الأولى. في هذا التظلم، نراجع قرار الغطاء التأميني الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا نتبع القواعد بشكل صحيح أم لا. عندما تنتهي من المراجعة، نصدر قرارنا.

في ظروف محدودة، يتم رفض طلبك لتظلم الدرجة الأولى، وهو ما يعني أننا لن ننظر في الطلب. من أمثلة الحالات التي يتم فيها رفض الطلب إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص آخر الطلب نيابةً عنك ولم يكن مصرح له قانونًا بالقيام بذلك أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلبًا لتظلم الدرجة الأولى، فسنرسل إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيف تطلب مراجعة ذلك الرفض.

إذا رفضنا تظلم الدرجة الأولى الذي قدمته، كله أو بعضه، فسينتقل تظلمك تلقائيًا إلى الدرجة الثانية. يتولى النظر في تظلم الدرجة الثانية مؤسسة مراجعة مستقلة منفصلة عنا.

- لن تحتاج إلى القيام بأي شيء لتقديم تظلم الدرجة الثانية. تلزمنا قواعد برنامج Medicare بإرسال تظلمك تلقائيًا إلى الدرجة الثانية في حالة إذا لم نوافق تمامًا على تظلم الدرجة الأولى الذي قدمته.
- انظر القسم 6.4 من هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات عن تظلمات الدرجة الثانية.
- بالنسبة لتظلمات أدوية الجزء (د)، إذا رفضنا تظلمك، كله أو بعضه، فستحتاج إلى أن تطلب تقديم تظلم الدرجة الثانية. تم تناول تظلمات الجزء (د) بمزيد من التفصيل في القسم السابع من هذا الفصل.

إذا لم تكن راضيًا عن القرار الصادر بشأن تظلم الدرجة الثانية، فقد تتمكن من مواصلة التظلم في درجات أعلى (يوضح القسم العاشر من هذا الفصل عمليات التظلم من الدرجة الثالثة والرابعة والخامسة).

كيفية الحصول على المساعدة عندما تطلب قرار غطاء تأميني أو تقدم تظلمًا

القسم 5.2

فيما يلي الموارد إذا قررت أن تطلب أي نوع من أنواع قرارات الغطاء التأميني أو أن تتظلم من أحد القرارات:

- يمكنك الاتصال بنا على قسم خدمات الأعضاء.
- يمكنك الحصول على مساعدة مجانية من برنامج المساعدة في التأمين الصحي بولاية ميشيغان (Michigan State Health Insurance Assistance Program).

- **يمكن لطبيبك أو لأي طبيب آخر تقديم طلب نيابة عنك.** إذا ساعد طبيبك في تقديم تظلم يتجاوز الدرجة الثانية، فيجب تعيينه كممثل لك. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء وطلب نموذج تعيين ممثل. (النموذج متاح أيضًا على موقع Medicare الإلكتروني على www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني على www.ccahealthmi.org.
- للحصول على الرعاية الطبية، يمكن لطبيبك أن يطلب قرار غطاء تأميني أو تظلم من الدرجة الأولى نيابةً عنك. في حالة رفض تظلمك في الدرجة الأولى، فسيتم نقله تلقائيًا إلى الدرجة الثانية.
- إذا طلب طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر استمرار خدمة أو منتج تحصل عليه بالفعل في أثناء فترة التظلم، فقد تحتاج إلى أن تعين طبيبك أو أي مقدم رعاية آخر كممثل لك للتصرف نيابةً عنك.
- بالنسبة للأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)، يمكن لطبيبك أو مقدم الرعاية الآخر طلب قرار غطاء تأميني أو تظلم من الدرجة الأولى نيابةً عنك. إذا تم رفض تظلمك من الدرجة الأولى، فيمكن لطبيبك أو مقدم الرعاية الطبية أن يطلب تظلمًا من الدرجة الثانية.
- **يمكنك أن تطلب من شخص ما أن يتصرف نيابةً عنك.** يمكنك أن تعين، إذا كنت ترغب في ذلك، شخصًا آخر للتصرف نيابةً عنك كممثل لك ليطلب قرار الغطاء التأميني أو ليقدم تظلمًا.
- إذا كنت ترغب في أن يكون أحد الأصدقاء أو الأقارب أو أي شخص آخر ممثلًا لك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب نموذج تعيين ممثل. (النموذج متاح أيضًا على موقع Medicare الإلكتروني على www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني على www.ccahealthmi.org. هذا النموذج يمنح ذلك الشخص الإذن بالتصرف نيابةً عنك. يجب أن توقع عليه أنت وكذلك الشخص الذي ترغب في أن يتصرف نيابةً عنك. يجب أن ترسل إلينا نسخة من النموذج الموقع.
- بالرغم من أنه يمكننا قبول طلب تظلم بدون النموذج، إلا أنه لا يمكننا أن نبدأ أو نكمل مراجعتنا حتى نستلم ذلك النموذج. إذا لم نستلم النموذج في غضون 44 يومًا تقويميًا من استلام طلب التظلم الذي قدمته (الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن تظلم)، فسيتم رفض طلب التظلم الذي قدمته. إذا حدث ذلك، سنرسل لك إشعارًا كتابيًا يوضح حقك في أن تطلب من مؤسسة المراجعة المستقلة مراجعة قرارنا برفض تظلمك.
- **يحق لك أيضًا تعيين محامٍ.** يمكنك الاتصال بمحاميك أو الحصول على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو من أي خدمة إحالة أخرى. هناك أيضًا مجموعات ستمنحك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك. ومع ذلك، لا يلزم أن تعين محاميًا لتطلب أي نوع من أنواع قرارات الغطاء التأميني أو التظلم من قرار.

أي قسم من هذا الفصل يقدم تفاصيل عن موقفك؟

القسم 5.3

هناك أربعة مواقف مختلفة تتضمن قرارات التغطية والتظلمات. نظرًا لأن كل موقف له قواعد ومواعيد نهائية مختلفة، فإننا نقدم التفاصيل الخاصة بكل موقف في قسم منفصل:

- **القسم السادس من هذا الفصل، "رعايتك الطبية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم"**
- **القسم السابع من هذا الفصل، "الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د): كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم"**

● **القسم الثامن** من هذا الفصل، "كيف تطلب منا أن نغطي إقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أن الطبيب سيخرجك من المستشفى قريباً جداً"

● **القسم التاسع** من هذا الفصل، "كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن غطاءك التأميني سينتهي قريباً جداً" (ينطبق ذلك فقط على الخدمات التالية: الرعاية الصحية المنزلية، ورعاية مرفق التمريض المتخصص، وخدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF))

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب عليك استخدامه، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الحصول على مساعدة أو معلومات من المنظمات الحكومية مثل برنامج المساعدة في التأمين الصحي بولاية ميشيغان (Michigan State Health Insurance Assistance Program).

القسم السادس رعايتك الطبية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم على قرار الغطاء التأميني

القسم 6.1 يوضح هذا القسم ما يجب فعله إذا كنت تعاني من مشكلات في الحصول على غطاء تأميني للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن نرد لك مبلغ رعايتك

يتناول هذا القسم مزاياك فيما يتعلق بالرعاية والخدمات الطبية. هذه الفوائد موضحة في الفصل الرابع من هذه الوثيقة: مخطط المزايا الطبية (ما الأشياء التي تخضع للغطاء التأميني). في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب الحصول على دواء بوصفة طبية خاضع للجزء (ب). في تلك الحالات، سنشرح كيف تختلف قواعد الأدوية الموصوفة طبيًا بموجب الجزء (ب) عن قواعد المنتجات والخدمات الطبية.

يوضح لك هذا القسم ما يمكنك فعله إذا كنت في أي من المواقف الخمسة التالية:

1. لا تحصل على رعاية طبية معينة تريدها، وتعتقد أن تلك الرعاية تخضع للغطاء التأميني المقدم من خطتنا. **طلب قرار غطاء تأميني. القسم 6.2.**
2. لا توافق خطتنا على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو طبيب آخر تقديمها لك، وكنت أنت تعتقد أن تلك الرعاية تخضع للغطاء التأميني المقدم من الخطّة. **طلب قرار غطاء تأميني. القسم 6.2.**
3. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنه يجب أن تغطيها الخطّة، ولكننا قلنا إننا لن ندفع مقابل تلك الرعاية. **تقديم تظلم. القسم 6.3.**
4. تلقيت رعاية طبية تعتقد أن خطتنا يجب أن تغطيها ودفعت مقابلها، وتريد أن تطلب من خطتنا تعويضك عن التكاليف التي دفعتها عن تلك الرعاية. **أرسل إلينا الفاتورة. القسم 6.5.**
5. تم إخبارك بأنه سيتم تقليل أو إيقاف الغطاء التأميني لرعاية طبية معينة كنت تحصل عليها (وكنا قد اعتمدناها سابقًا)، وتعتقد أن تقليل تلك الرعاية أو إيقافها قد يضر بصحتك. **تقديم تظلم. القسم 6.3.**

ملاحظة: إذا كان الغطاء التأميني الذي سيتم إيقافه مخصص للرعاية في المستشفى، أو للرعاية الصحية المنزلية، أو لرعاية مرفق تمريض متخصص، أو خدمات منشأة إعادة تأهيل شاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF)، فيجب عليك قراءة القسمين السابع والثامن من هذا الفصل. تنطبق قواعد خاصة على تلك الأنواع من أنواع الرعاية.

الخطوات التفصيلية: كيف تطلب قرار غطاء تأميني

القسم 6.2

المصطلحات القانونية

عندما يكون قرار الغطاء التأميني يتعلق برعايتك الطبية، فإنه يُسمى تقرير المؤسسة.

يُسمى قرار الغطاء التأميني السريع بالتقرير المستعجل.

الخطوة الأولى: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى قرار غطاء تأميني معتاد أو قرار غطاء تأميني مستعجل.

عادةً ما يتم اتخاذ قرار الغطاء التأميني المعتاد في غضون 14 يومًا أو 72 ساعة لأدوية الجزء (ب). بشكل عام، يتم اتخاذ قرار الغطاء التأميني المستعجل في غضون 72 ساعة بالنسبة للخدمات الطبية، أو في غضون 24 ساعة لأدوية الجزء (ب). للحصول على قرار غطاء تأميني سريع، يجب أن تستوفي اشتراطين:

- يمكنك أن تطلب فقط غطاءً تأمينيًا للمنتجات و/أو الخدمات الطبية (وليس لطلبات الدفع للمنتجات و/أو الخدمات التي تلقيتها بالفعل).
- لا يمكنك الحصول على قرار غطاء تأميني سريع إلا إذا كان استخدام المواعيد النهائية المعتادة قد يسبب ضررًا خطيرًا على صحتك أو يضر بقدرتك على العمل.
- في حالة إخبار طبيبك لنا بأن صحتك تتطلب قرار غطاء تأميني مستعجل، فسوف نوافق تلقائيًا على منحك قرار غطاء تأميني سريع .
- إذا طلبت إصدار قرار غطاء تأميني سريع من تلقاء نفسك ودون تأييد من طبيبك، فسنقرر ما إذا كانت صحتك تتطلب أن نصدر لك قرار غطاء تأميني سريع أم لا. إذا لم نوافق على قرار غطاء تأميني سريع، فسندرس إليك خطابًا يفيد بما يلي:
 - يوضح أننا سنستخدم المواعيد النهائية المعتادة
 - يوضح أنه إذا كان طبيبك هو الذي يطلب قرار غطاء تأميني سريع، فسوف نمحك تلقائيًا قرار غطاء تأميني سريع
 - يوضح أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا بمنحك قرار غطاء تأميني معتاد بدلاً من قرار الغطاء التأميني السريع الذي طلبته

الخطوة الثانية: اطلب من خطتنا اتخاذ قرار غطاء تأميني أو قرار غطاء تأميني سريع.

- ابدأ بالاتصال بخطتنا أو مراسلتها أو إرسال فاكس إليها لتقدم طلبك لنا للتصريح بالغطاء التأميني للرعاية الطبية التي تريدها أو تقديمها إليك. يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك القيام بذلك. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.

الخطوة الثالثة: ننظر في طلبك للحصول على غطاء تأميني للرعاية الطبية ونرسل إليك ردنا.

بالنسبة لقرارات الغطاء التأميني المعتاد، نستخدم المواعيد النهائية المعتادة.

وهذا يعني أننا سنعطيك ردًا في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك بالحصول على منتج طبي أو خدمة طبية. إذا كان طلبك مقدمًا من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare، فسنعطيك ردًا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا طلبك.

- ومع ذلك، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فيمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا إضافية إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية. إذا كنا سنستغرق أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare.
- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. سنعطيك ردًا على شكاوك بمجرد أن نتخذ القرار. (تختلف عملية تقديم الشكاوى عن عملية اتخاذ قرارات الغطاء التأميني والتظلمات. انظر القسم الحادي عشر من هذا الفصل للحصول على معلومات بشأن الشكاوى)

بالنسبة لقرارات الغطاء التأميني السريع، نستخدم إطارًا زمنيًا سريعًا.

إن قرار الغطاء التأميني السريع يعني أننا سنرد عليك في غضون 72 ساعة إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو بخدمة طبية. إذا كان طلبك مقدمًا من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare، فسنعطيك ردًا في غضون 24 ساعة بعد تلقينا طلبك.

- ومع ذلك، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فيمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا إضافية. إذا كنا سنستغرق أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare.
- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. (انظر القسم الحادي عشر من هذا الفصل للحصول على معلومات عن الشكاوى). سنتصل بك بمجرد أن نتخذ القرار.
- إذا كانت إجابتنا هي "لا" لما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بيانًا مكتوبًا يوضح سبب رفضنا.

الخطوة الرابعة: إذا رفضنا طلبك للحصول على غطاء للرعاية الطبية، فيمكنك التظلم.

إذا رفضنا ذلك، يحق لك أن تطلب منا إعادة النظر في هذا القرار عن طريق تقديم تظلم. وهذا يعني أن تطلب مرة أخرى الحصول على غطاء تأميني للرعاية الطبية التي تريدها. إذا قدمت تظلمًا، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى عملية الدرجة الأولى من التظلمات.

المصطلحات القانونية

يُسمى التظلم إلى الخطة بشأن قرار الغطاء التأميني للرعاية الطبية باسم إعادة نظر الخطة.

يُطلق على التظلم السريع أيضًا إعادة النظر العاجلة.

الخطوة الأولى: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى تظلم معتمد أو تظلم سريع.

عادةً ما يتم تقديم التظلم المعتمد في غضون 30 يومًا أو 7 أيام لأدوية الجزء (ب). يتم عمومًا تقديم التظلم السريع في غضون 72 ساعة.

- إذا كنت تتظلم من قرار اتخذناه يتعلق بغطاء تأميني لرعاية لم تتلقاها بعد، فستحتاج أنت و/أو طبيبك إلى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تظلم سريع. إذا قام طبيبك بإخبارنا بأن صحتك تتطلب تظلمًا سريعًا، فسنقدم لك تظلمًا سريعًا.
- متطلبات الحصول على التظلم السريع هي نفس متطلبات الحصول على قرار غطاء تأميني سريع في القسم 6.2 من هذا الفصل.

الخطوة الثانية: اطلب من خطتنا تقديم تظلم أو تظلم سريع

- إذا كنت تطلب تظلمًا معتمدًا، فقدم تظلمك المعتمد كتابيًا. يمكنك أيضًا أن تطلب تظلمًا عن طريق الاتصال بنا. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.
 - إذا كنت تطلب تظلمًا سريعًا، فقدم تظلمك كتابيًا أو اتصل بنا. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.
 - يجب عليك تقديم طلب التظلم في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الإخطار الكتابي الذي أرسلناه إليك لإبلاغك بردنا على قرار الغطاء التأميني. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه يبرر فواته، فاشرح سبب التأخر في تقديم تظلمك عند تقديم التظلم. قد نمحك المزيد من الوقت لتقديم تظلمك. من أمثلة الأسباب الوجيهة وجود مرض خطير منعهك من الاتصال بنا أو تقديمنا لمعلومات غير صحيحة أو غير كاملة لك بشأن الموعد النهائي لطلب التظلم.
- يمكنك أن تطلب نسخة من المعلومات المتعلقة بقرارك الطبي. يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لتأييد تظلمك.

الخطوة الثالثة: ننظر في تظلمك ونعطيك ردنا.

- عندما نراجع تظلمك، نلقي نظرة فاحصة على جميع المعلومات. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتبع جميع القواعد عندما رفضنا طلبك أم لا.
- سنجمع المزيد من المعلومات إذا لزم الأمر، وربما نتصل بك أو بطبيبك.

المواعيد النهائية لتقديم تظلم سريع

- بالنسبة للتظلمات السريعة، يجب أن نرد عليك في غضون 72 ساعة بعد تلقي تظلمك. سنعطيك ردنا في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا فعل ذلك.

- ومع ذلك، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فيمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا إضافية إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية. إذا كنا سنستغرق أيامًا إضافية، فسنبخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare.
- إذا لم نرد عليك في غضون 72 ساعة (أو بحلول نهاية الفترة الزمنية التي تم تمديدتها إذا أخذنا أيامًا إضافية)، فیتعين علينا إرسال طلبك تلقائيًا إلى الدرجة الثانية من التظلمات، حيث ستتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 6.4 عملية تظلم الدرجة الثانية.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب أن نصرح بالغطاء التأميني الذي وافقنا على تقديمه أو نوفره في غضون 72 ساعة بعد أن تلقي تظلمك.
- إذا كان ردنا هو رفض ما طلبته، كله أو بعضه، فسندرس لك قرارنا كتابيًا وسندرس تظلمك تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لأغراض تظلمات الدرجة الثانية. سوف تخطر مؤسسة المراجعة المستقلة كتابيًا عند استلام تظلمك.

المواعيد النهائية للتظلم المعتاد

- بالنسبة للتظلمات المعتادة، يجب أن نرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقي تظلمك. إذا كان طلبك مقدمًا من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare لم تستلمه بعد، فسنعطيك ردًا في غضون 7 أيام تقويمية من تلقينا تظلمك. سنعطيك قرارنا في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا فعل ذلك.
- ومع ذلك، إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فيمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا إضافية إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية. إذا كنا سنستغرق أيامًا إضافية، فسنبخبرك بذلك كتابيًا. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare.
- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. عندما تقدم شكوى سريعة، سنرد على شكاوك في غضون 24 ساعة. (لمزيد من المعلومات عن عملية تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم الحادي عشر من هذا الفصل).
- إذا لم نعطك ردًا قبل الموعد النهائي (أو قبل نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فسندرس طلبك إلى التظلم من الدرجة الثانية حيث ستقوم مؤسسة مراجعة مستقلة بمراجعة التظلم. يشرح القسم 6.4 عملية تظلم الدرجة الثانية.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب أن نصرح بالغطاء التأميني أو نوفره في غضون 30 يومًا تقويميًا، أو في غضون 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك للحصول على دواء بوصفة طبية وفقًا للجزء (ب) من Medicare، بعد أن نتلقى تظلمك.
- إذا رفضت خطتنا تظلمك، كله أو بعضه، فلديك حقوق إضافية في التظلم.
- إذا رفضنا ما طلبته، كله أو بعضه، فسندرس إليك خطابًا بذلك.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بغطاء تأميني لخدمة أو منتج من خدمات أو منتجات Medicare، فسنبخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لتقديم تظلم من الدرجة الثانية.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بغطاء تأميني لخدمة أو منتج من خدمات أو منتجات Medicaid، فسنبخبرك الخطاب بكيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية بنفسك.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية

القسم 6.4

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو كيان المراجعة المستقل. ويُسمى أحيانًا **IRE**.

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare. وهي ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أو يجب تغييره. يشرف برنامج Medicare على عملها.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج عادةً ما يغطيه برنامج Medicare، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى عملية الدرجة الثانية من التظلمات بمجرد اكتمال التظلم من الدرجة الأولى.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج يغطيه برنامج Medicaid عادةً، فيمكنك تقديم تظلم من الدرجة الثانية بنفسك. سوف يخبرك الخطاب بكيفية القيام بذلك. قد أوردنا تلك المعلومات أدناه أيضًا.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج يمكن أن يغطيه كل من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid، فستحصل تلقائيًا على تظلم من الدرجة الثانية مع مؤسسة المراجعة المستقلة. يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع عادلة مع الولاية.
- إذا كنت مؤهلاً لاستمرار حصولك على المزايا عند تقديم تظلم الدرجة الأولى، فقد تستمر أيضًا مزايك المتعلقة بالخدمة أو المنتج أو الدواء قيد التظلم خلال الدرجة الثانية. انتقل إلى الصفحة 173 للحصول على معلومات عن مواصلة المزايا الخاصة بك في أثناء تظلمات الدرجة الأولى.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها عادةً برنامج Medicare وحده، فلن تستمر مزايك لتلك الخدمة في أثناء عملية التظلمات من الدرجة الثانية مع مؤسسة المراجعة المستقلة.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها برنامج Medicaid عادةً، فستستمر مزايك لتلك الخدمة إذا قدمت تظلمًا من الدرجة الثانية في غضون 10 أيام تقويمية من استلام خطاب قرار الخطة.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج يغطيه برنامج Medicare عادةً:

الخطوة الأولى: تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة تظلمك.

- سنرسل المعلومات المتعلقة بتظلمك إلى تلك المؤسسة. تُسمى هذه المعلومات ملف حالتك. يحق لك أن تطلب منا نسخة من ملف حالتك.
- يحق لك إعطاء مؤسسة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لتأييد تظلمك.
- سيلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك.

إذا كان لديك تظلم سريع في الدرجة الأولى، فسيكون لديك أيضًا تظلم سريع في الدرجة الثانية

- بالنسبة للتظلم السريع، يجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على تظلم الدرجة الثانية الذي قدمته في غضون 72 ساعة من استلام تظلمك.
- إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية، وكانت مؤسسة المراجعة المستقلة بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. لا يمكن لمؤسسة المراجعة

المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare.

إذا كان لديك تظلم معتاد من الدرجة الأولى، فسيكون لديك أيضًا تظلم معتاد في الدرجة الثانية

- بالنسبة للطعن المعتاد، إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية، يجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على تظلم الدرجة الثانية في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام تظلمك. إذا كان طلبك للحصول على دواء بوصفة طبية وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare، فيجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على تظلم الدرجة الثانية في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ استلام تظلمك.
- ومع ذلك، إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية، وكانت مؤسسة المراجعة المستقلة بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك من أجل الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare.

الخطوة الثانية: ترد عليك مؤسسة المراجعة المستقلة.

ستخبرك مؤسسة المراجعة المستقلة بقرارها كتابيًا وتشرح أسبابه.

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب المنتج الطبي أو الخدمة الطبية، كله أو بعضه، فيجب أن نصرح بالغطاء التأميني للرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو نقدم الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا من تاريخ تلقينا لقرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات المعتادة أو نقدم الخدمة في غضون 72 ساعة من تاريخ تلقي الخطة لقرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات العاجلة.
- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب الحصول على دواء موصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare، كله أو بعضه، فيجب أن نصرح بالدواء الموصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare أو نقدمه في غضون 72 ساعة من تلقينا لقرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات المعتادة أو في غضون 24 ساعة من تاريخ تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات العاجلة.
- إذا رفضت تلك المؤسسة تظلمك، كله أو بعضه، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا بأنه يجب عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) للحصول على غطاء تأميني لرعايتك الطبية. (يُسمى هذا تأييد القرار أو رفض تظلمك.) في تلك الحالة، سترسل لك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا:
 - يشرح قرارها.
 - يخطر بحقك في تقديم تظلم من الدرجة الثالثة إذا كانت القيمة الدلالية للغطاء التأميني للرعاية الطبية التي تطلبها تستوفي حدًا أدنى معينًا. سوف يخبرك الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة بالمبلغ الدلالي الذي يجب أن تسدده لمواصلة عملية التظلم.
 - وسيخبرك بكيفية تقديم تظلم من الدرجة الثالثة.

الخطوة الثالثة: إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، فاختر ما إذا كنت ترغب في المضي قدماً في التظلم أم لا.

- توجد ثلاث درجات إضافية في عملية التظلم بعد الدرجة الثانية (بإجمالي خمس درجات للتظلم). إذا كنت ترغب في الانتقال إلى تظلم الدرجة الثالثة، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك ستجدها في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد تظلم الدرجة الثانية.
- ينظر في تظلم الدرجة الثالثة أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحكم. يشرح القسم العاشر من هذا الفصل عمليات التظلمات من الدرجة الثالثة والرابعة والخامسة.

القسم 6.5 ماذا لو كنت تطلب منا أن نرد لك مبلغ فاتورة استلمتها مقابل رعايتك الطبية؟

لا يمكننا تعويضك مباشرة عن خدمة أو منتج تابع لبرنامج **Medicaid**. إذا حصلت على فاتورة عن خدمات ومنتجات يغطيها برنامج **Medicaid**، فأرسل إلينا الفاتورة. ينبغي ألا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بمقدم الخدمة مباشرة ونحل مشكلة الفاتورة. ولكن إذا كنت قد دفعت الفاتورة بالفعل، فيمكنك استرداد المبلغ من ذلك الطبيب إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمة أو المنتج.

طلب التعويض هو طلب قرار غطاء تأميني منا

إذا أرسلت إلينا الأوراق طالباً التعويض، فإنك تطلب قرار غطاء تأميني. لاتخاذ ذلك القرار، سنتحقق لمعرفة ما إذا كانت الرعاية الطبية التي دفعت مقابلها هي خدمة خاضعة للغطاء التأميني أم لا. سنتحقق أيضاً لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع قواعد استخدام غطاءك التأميني للرعاية الطبية.

إذا كنت تريد منا أن نعوضك عن مبلغ دفعته للحصول على خدمة أو منتج يقدمه برنامج **Medicare** أو إذا كنت تطلب منا أن ندفع لأحد مقدمي الرعاية الصحية مقابل خدمة أو منتج يقدمه برنامج **Medicaid** وكنتم قد دفعت مقابلها، فستطلب منا اتخاذ قرار الغطاء التأميني المذكور. سنتحقق لمعرفة ما إذا كانت الرعاية الطبية التي دفعت مقابلها هي خدمة تخضع للغطاء التأميني أم لا. سنتحقق أيضاً لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع قواعد استخدام غطاءك التأميني للرعاية الطبية.

- **إذا وافقتنا على طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية خاضعة للغطاء التأميني وكنتم قد اتبعت جميع القواعد، فسنرسل لك المبلغ في غضون 60 يوماً تقويمياً من استلامنا طلبك.
- **إذا لم نوافق على طلبك:** إذا قررنا أن الرعاية الطبية غير خاضعة للغطاء التأميني أو كنت لم تتبع جميع القواعد، فلن نرسل لك المبلغ. وسنرسل لك بدلاً من ذلك خطاباً ينص على أننا لن ندفع مقابل تلك الخدمات وأسباب ذلك.

إذا كنت لا توافق على قرار الرفض الذي أصدرناه، فيمكنك تقديم تظلم. في حالة تقديمك لتظلم، فإن هذا يعني أنك تطلب منا تغيير قرار الغطاء التأميني الذي اتخذناه عندما رفضنا طلب الدفع الذي قدمته.

لتقديم هذا التظلم، اتبع إجراءات التظلم التي ورد وصفها في القسم 5.3 لتقديم تظلمات تتعلق بالتعويض، يُرجى ملاحظة ما يلي:

- يجب أن نرد عليك في غضون 60 يوماً تقويمياً من تلقي تظلمك. إذا كنت تطلب منا أن نرد لك مقابل رعاية طبية قد تلقيتها بالفعل ودفعت مقابلها، فليس مسموحاً لك أن تطلب تظلماً مستعجلاً.

- إذا قررت مؤسسة المراجعة المستقلة أنه يجب علينا الدفع، فيجب أن نرسل إليك أو إلى مقدم الخدمة المبلغ في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كان ردنا هو الموافقة على تظلمك في أي مرحلة من مراحل إجراءات التظلمات بعد الدرجة الثانية، فيجب علينا أن نرسل إليك أو إلى مقدم الخدمة المبلغ الذي طلبته في غضون 60 يومًا تقويميًا.

القسم السابع الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د): كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم

القسم 7.1 يوضح هذا القسم ما يجب فعله إذا كنت تعاني من مشكلات في الحصول على دواء الجزء (د) أو إذا كنت تريد منا أن نرد لك المبلغ الذي دفعته للحصول على دواء الجزء (د)

تشمل المزايا التي تحصل عليها غطاءً تأمينيًا للعديد من الأدوية الموصوفة طبيًا. لكي يخضع دواؤك للغطاء التأميني، يجب استخدام دواءك لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. (انظر القسم الخامس لمزيد من المعلومات عن دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا). للحصول على تفاصيل عن أدوية الجزء (د)، والقواعد والقيود، يُرجى الاطلاع على الفصل الخامس. يتناول هذا القسم أدوية الجزء (د) فقط. لتبسيط المصطلحات، نطلق عليه عمومًا مصطلح الدواء في بقية هذا القسم، بدلاً من تكرار مصطلح "الأدوية الموصوفة طبيًا في العيادات الخارجية" أو "أدوية الجزء (د)" في كل مرة. نستخدم أيضًا مصطلح "قائمة الأدوية" بدلاً من قائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني أو كتيب الوصفات.

- إذا كنت لا تعرف ما إذا كان الدواء خاضعًا للغطاء التأميني أم لا أو إذا كنت تستوفي القواعد أم لا، فيمكنك أن تسألنا. تتطلب بعض الأدوية الحصول على موافقة منا قبل أن نغطيها.
- إذا أخبرتك صيدليتك أنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية حسبما هو مكتوب، فسوف ترسل لك الصيدلية إشعارًا كتابيًا يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار غطاء تأميني.

قرارات وتظلمات الغطاء التأميني للجزء (د)

المصطلح القانوني

يُطلق على قرار الغطاء التأميني الأولي بشأن أدوية الجزء (د) تقرير الغطاء التأميني.

قرار الغطاء التأميني هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وغطائك التأميني أو بشأن المبلغ الذي سندفعه نظير أدويةك. يوضح لك هذا القسم ما يمكنك فعله إذا كنت في أي من المواقف التالية:

- طلب غطاء تأميني لدواء خاضع للجزء (د) غير مدرج في قائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني الصادرة عن الخطة. **طلب استثناء. القسم 7.2.**
- طلب التنازل عن أحد القيود المفروضة على الغطاء التأميني المقدم من الخطة لأحد الأدوية (مثل القيود المفروضة على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها) **طلب استثناء. القسم 7.2.**
- طلب الحصول على موافقة مسبقة على أحد الأدوية. **طلب قرار غطاء تأميني. القسم 7.4.**
- الدفع مقابل دواء موصوف طبيًا اشتريته بالفعل. **طلب أن نرد لك الأموال. القسم 7.4.**

إذا كنت لا توافق على قرار الغطاء التأميني الذي اتخذناه، فيمكنك التظلم من قرارنا.

يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات غطاء تأميني وكيفية طلب تظلم.

القسم 7.2 ما هو الاستثناء؟

المصطلحات القانونية

يُطلق على طلب غطاء تأميني لدواء غير مدرج في قائمة الأدوية أحيانًا طلب **استثناء لكتيب الوصفات**.

أحيانًا ما يُطلق على طلب إزالة القيود المفروضة على غطاء تأميني لأحد الأدوية طلب **استثناء لكتيب الوصفات**.

يُطلق أحيانًا على طلب دفع سعر أقل لدواء غير مفضل خاضع للغطاء التأميني طلب **استثناء الفئات السعريّة**.

إذا كان الدواء غير خاضع للغطاء التأميني بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها، فيمكنك أن تطلب منا **استثناء**. الاستثناء هو أحد أنواع قرارات الغطاء التأميني.

لكي ننظر في طلب الاستثناء الخاص بك، ينبغي أن يشرح طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية لك الأسباب الطبية التي تجعلك بحاجة إلى الموافقة على الاستثناء. فيما يلي مثالان للاستثناءات التي يمكن أن تطلبها منا أنت بنفسك أو يطلبها منا طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية لك:

1. **تقديم غطاء تأميني لك لدواء خاضع للجزء (د) غير موجود في "قائمة الأدوية" لدينا.** إذا وافقنا على أن نغطي دواءً غير موجود في "قائمة الأدوية"، فلن تدفع أي مقابل للعلاج الخاضع للغطاء التأميني.
2. **إزالة القيود المفروضة على دواء خاضع للغطاء التأميني.** يصف الفصل الخامس القواعد أو القيود الإضافية التي تسري على أدوية معينة في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا. إذا وافقنا على إجراء استثناء والتنازل عن أحد القيود من أجلك، فلن تدفع أي مبالغ للعلاج الخاضع للغطاء التأميني.

القسم 7.3 أمور مهمة ينبغي معرفتها بشأن طلب الاستثناءات

يجب أن نخبرنا طبيبك بالأسباب الطبية

يجب أن يعطينا طبيبك أو مقدم الرعاية الطبية لك بيانًا يشرح الأسباب الطبية لطلب استثناء. من أجل اتخاذ قرار أسرع، قم بإدراج تلك المعلومات الطبية التي قدمها طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية لك عندما تطلب الاستثناء.

عادةً ما تتضمن "قائمة الأدوية" الخاصة بنا أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. يُطلق على تلك الاحتمالات المختلفة اسم "أدوية بديلة". إذا كان الدواء البديل له نفس فعالية الدواء الذي تطلبه ولن يسبب مزيدًا من الآثار الجانبية أو غيرها من المشكلات الصحية، فلن نوافق عمومًا على طلبك للحصول على استثناء.

يمكننا أن نوافق على طلبك أو نرفضه

- إذا وافقنا على طلبك للحصول على استثناء، فعادةً ما تكون موافقتنا سارية حتى نهاية عام الخطة. ويظل ذلك منطبقًا طالما استمر طبيبك في وصف الدواء لك وكان ذلك الدواء لا يزال آمنًا وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا رفضنا طلبك، فيمكنك أن تطلب مراجعة قرارنا مرة أخرى بتقديم تظلم.

الخطوات التفصيلية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني، بما في ذلك طلب استثناء

القسم 7.4

المصطلح القانوني

يُطلق على قرار الغطاء التأميني السريع اسم تقرير الغطاء التأميني المستعجل.

الخطوة الأولى: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى قرار غطاء تأميني معتمد أو قرار غطاء تأميني مستعجل.

نتخذ قرارات الغطاء التأميني المعتمدة في غضون **72 ساعة** من استلامنا لبيان طبيبك. نتخذ قرارات الغطاء التأميني السريعة في غضون **24 ساعة** من استلامنا لبيان طبيبك.

إذا كانت صحتك تحتاج إلى ذلك، فاطلب منا أن نصدر لك قرار غطاء تأميني سريع. للحصول على قرار غطاء تأميني سريع، يجب أن تستوفي اشتراطين:

- يجب أن تطلب دواءً لم تحصل عليه بعد. (لا يمكنك أن تطلب الحصول على قرار غطاء تأميني مستعجل لاسترداد قيمة دواء اشتريته بالفعل).
- استخدام المواعيد النهائية المعتمدة قد يسبب ضررًا خطيرًا على صحتك أو يضر بقدرتك على العمل.
- في حالة إخبار طبيبك أو أي مقدم صحة آخر لنا بأن صحتك تحتاج إلى قرار غطاء تأميني سريع، فسنوافق تلقائيًا على منحك قرار غطاء تأميني سريع.
- إذا طلبت إصدار قرار غطاء تأميني سريع من تلقاء نفسك ودون تأييد من طبيبك أو من أي مقدم رعاية صحية آخر، فسنقرر ما إذا كانت صحتك تتطلب أن نصدر لك قرار غطاء تأميني سريع أم لا. إذا لم نوافق على قرار غطاء تأميني سريع، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بما يلي:
 - يوضح أننا سنستخدم المواعيد النهائية المعتمدة.
 - يوضح أنه إذا كان طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر هو الذي يطلب قرار غطاء تأميني سريع، فسوف نمنحك تلقائيًا قرار غطاء تأميني سريع.
 - يوضح لك أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا بمنحك قرار غطاء تأميني معتمد بدلاً من قرار الغطاء التأميني السريع الذي طلبته. سنرد على شكواك في غضون **24 ساعة** من استلامها.

الخطوة الثانية: طلب قرار غطاء تأميني معتمد أو قرار غطاء تأميني سريع.

ابدأ بالاتصال بخطتنا أو مراسلتها أو إرسال فاكس إليها لتقدم طلبك لنا للتصريح بالغطاء التأميني للرعاية الطبية التي تريدها أو تقديمها إليك. يمكنك أيضًا الوصول إلى عملية إصدار قرار الغطاء التأميني من خلال موقعنا الإلكتروني. يجب أن نقبل أي طلب مكتوب، بما في ذلك أي طلب مقدم على نموذج طلب تقرير الغطاء التأميني المعتمد الخاص بـ **CMS** أو على نموذج خطتنا، المتاح على موقعنا الإلكتروني. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال. لمساعدتنا في معالجة طلبك، يُرجى التأكد من إدراج اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات التي تحدد المطالبة المرفوضة التي يتم التظلم منها.

يمكنك أنت، أو طبيبك، (أو أي مقدم رعاية صحية آخر) أو ممثلك القيام بذلك. يمكنك أيضًا أن تستعين بمحامٍ يتصرف بالنيابة عنك. يوضح القسم الرابع من هذا الفصل كيف يمكنك منح إذن كتابي إلى شخص آخر للتصرف كممثل لك.

- إذا كنت تطلب استثناءً، فقدم البيان الذي يؤيد ذلك، وهو الأسباب الطبية المبررة للاستثناء. يمكن لطبيبك أو مقدم الرعاية لك إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد. أو يمكن لطبيبك أو أي مقدم رعاية آخر إخبارنا عبر الهاتف ومتابعتنا عن طريق إرسال بيان مكتوب بالفاكس أو البريد إذا لزم الأمر.

الخطوة الثالثة: ننظر في تظلمك ونعطيك ردنا.

المواعيد النهائية لقرار الغطاء التأميني السريع

- يجب أن نعطيك ردنا بشكل عام في غضون 24 ساعة من استلامنا لطلبك.
 - بالنسبة للاستثناءات، سنعطيك ردنا في غضون 24 ساعة من تلقينا بيان تأييد من طبيبك. سنعطيك ردنا في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا فعل ذلك.
 - إذا لم نستوف هذا الموعد النهائي، فيجب علينا إرسال طلبك إلى الدرجة الثانية من عملية التظلمات، حيث سنتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب أن نوفر الغطاء التأميني الذي وافقنا على تقديمه في غضون 24 ساعة من تلقينا لطلبك أو لبيان الطبيب المؤيد لطلبك.
- إذا كانت إجابتنا هي "لا" لما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بياناً مكتوباً يوضح سبب رفضنا. سنخبرك أيضاً كيف يمكنك تقديم تظلم.

المواعيد النهائية لقرار غطاء تأميني معتاد بشأن دواء لم تتلقاه بعد

- يجب أن نعطيك ردنا بشكل عام في غضون 72 ساعة من استلامنا لطلبك.
 - بالنسبة للاستثناءات، سنعطيك ردنا في غضون 72 ساعة من تلقينا بيان تأييد من طبيبك. سنعطيك ردنا في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا فعل ذلك.
 - إذا لم نستوف هذا الموعد النهائي، فيجب علينا إرسال طلبك إلى الدرجة الثانية من عملية التظلمات، حيث سنتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب أن نوفر الغطاء التأميني الذي وافقنا على تقديمه في غضون 72 ساعة من تلقينا لطلبك أو لبيان الطبيب المؤيد لطلبك.
- إذا كانت إجابتنا هي "لا" لما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بياناً مكتوباً يوضح سبب رفضنا. سنخبرك أيضاً كيف يمكنك تقديم تظلم.

المواعيد النهائية لقرار الغطاء التأميني المعتاد بشأن الدفع مقابل دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نرد عليك في غضون 14 يوماً تقويمياً من تلقي طلبك.
 - إذا لم نستوف هذا الموعد النهائي، فيجب علينا إرسال طلبك إلى الدرجة الثانية من عملية التظلمات، حيث سنتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب علينا أيضاً أن ندفع لك في غضون 14 يوماً تقويمياً من استلامنا لطلبك.
- إذا كانت إجابتنا هي "لا" لما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بياناً مكتوباً يوضح سبب رفضنا. سنخبرك أيضاً كيف يمكنك تقديم تظلم.

الخطوة الرابعة: إذا رفضنا طلبك للحصول على غطاء تأميني، فيمكنك التظلم.

- إذا رفضنا ذلك، يحق لك أن تطلب منا إعادة النظر في هذا القرار عن طريق تقديم تظلم. وهذا يعني أن تطلب مرة أخرى الحصول على غطاء تأميني للدواء الذي تريده. إذا قدمت تظلمًا، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى عملية الدرجة الأولى من التظلمات.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الأولى

القسم 7.5

المصطلحات القانونية

يُسمى التظلم على الخطة بشأن قرار غطاء تأميني لأدوية الجزء (د) بإعادة تقرير الخطة. يُطلق على التظلم السريع أيضًا إعادة التقرير المستعجل.

الخطوة الأولى: حدد ما إذا كنت بحاجة إلى تظلم معتاد أو تظلم سريع.

عادةً ما يتم تقديم التظلم المعتاد في غضون 7 أيام. يتم عمومًا تقديم التظلم السريع في غضون 72 ساعة. إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب تظلمًا سريعًا.

- إذا كنت تتظلم من قرار اتخذناه يتعلق بدواء لم تتلقاه بعد، فستحتاج أنت و/أو طبيبك إلى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تظلم سريع.
- متطلبات الحصول على التظلم السريع هي نفس متطلبات الحصول على قرار غطاء تأميني سريع الوارد في القسم 6.4 من هذا الفصل.

الخطوة الثانية: يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر لك الاتصال بنا وتقديم تظلم الدرجة الأولى. إذا كانت صحتك تتطلب استجابة سريعة، فيجب أن تطلب تظلمًا سريعًا.

- لتقديم التظلمات المعتادة، قَدِّم طلبًا كتابيًا أو اتصل بنا. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.
- لتقديم التظلمات السريعة، قَدِّم تظلمًا كتابيًا أو اتصل بنا على الرقم 855-959-5855. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.
- يجب أن نقبل أي طلب مكتوب، بما في ذلك أي طلب مقدم على نموذج طلب تقرير الغطاء التأميني المعتاد الخاص بـ CMS، المتاح على موقعنا الإلكتروني. يُرجى التأكد من إدراج اسمك ومعلومات الاتصال بك والمعلومات المتعلقة بمطالبتك لمساعدتنا في التعامل مع طلبك.
- يجب عليك تقديم طلب التظلم في غضون 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الإخطار الكتابي الذي أرسلناه إليك لإبلاغك بردنا على قرار الغطاء التأميني. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه يبرر فواته، فاشرح سبب التأخر في تقديم تظلمك عند تقديم التظلم. قد نمحك المزيد من الوقت لتقديم تظلمك. من أمثلة الأسباب الوجيهة وجود مرض خطير منعك من الاتصال بنا أو تقديمنا لمعلومات غير صحيحة أو غير كاملة لك بشأن الموعد النهائي لطلب التظلم.
- يمكنك طلب نسخة من المعلومات الواردة في تظلمك وإضافة المزيد من المعلومات. يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لتأييد تظلمك.

الخطوة الثالثة: ننظر في تظلمك ونعطيك ردنا.

- عندما نراجع تظلمك، سنلقي نظرة فاحصة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بطلب الغطاء التأميني الذي قدمته. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتبع جميع القواعد عندما رفضنا طلبك أم لا. قد نتصل بك أو بطبيبك أو بأي جهة أخرى تصف لك الدواء للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية لتقديم تظلم سريع

- بالنسبة للتظلمات السريعة، يجب أن نرد عليك في غضون **72 ساعة بعد تلقي تظلمك**. سنعطيك ردنا في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا فعل ذلك.
 - إذا لم نرد عليك خلال 72 ساعة، فيجب علينا إرسال طلبك إلى الدرجة الثانية من عملية التظلم، حيث سنتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 6.6 عملية التظلم من الدرجة الثانية.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب أن نوفر الغطاء التأميني الذي وافقنا على تقديمه في غضون 72 ساعة من تلقي تظلمك.
- إذا كانت إجابتنا هي رفض ما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بيانًا مكتوبًا يوضح سبب رفضنا وكيفية يمكنك التظلم من القرار الذي أصدرناه.

المواعيد النهائية للطعن المعتاد على دواء لم تتلقاه بعد

- بالنسبة للتظلمات المعتادة، يجب أن نرد عليك في غضون 7 أيام تقويمية من تلقي تظلمك. سنعطيك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تكن قد تلقيت الدواء بعد وكانت حالتك الصحية تتطلب منا القيام بذلك.
 - إذا لم نرد عليك خلال 7 أيام تقويمية، فيجب علينا إرسال طلبك إلى الدرجة الثانية من عملية التظلم، حيث سنتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 6.6 عملية التظلم من الدرجة الثانية.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب علينا أن نقدم الغطاء التأميني في أسرع وقت ممكن حسبما تتطلبه حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 7 أيام تقويمية من تاريخ استلام تظلمك.
- إذا كانت إجابتنا هي رفض ما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بيانًا مكتوبًا يوضح سبب رفضنا وكيفية يمكنك التظلم من القرار الذي أصدرناه.

المواعيد النهائية للتظلم المعتاد بشأن دفع مقابل دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نرد عليك في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقي طلبك.
 - إذا لم نستوف هذا الموعد النهائي، فيجب علينا إرسال طلبك إلى الدرجة الثانية من عملية التظلمات، حيث سنتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة.
- إذا كان ردنا هو الموافقة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب علينا أيضًا أن ندفع لك في غضون 30 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك.
- إذا كانت إجابتنا هي "لا" لما طلبته، بعضه أو كله، فسوف نرسل لك بيانًا مكتوبًا يوضح سبب رفضنا. سنخبرك أيضًا كيف يمكنك تقديم تظلم.

الخطوة الرابعة: إذا رفضنا تظلمك، فإنك ستقرر ما إذا كنت ترغب في الاستمرار في إجراءات التظلم وتقديم تظلم آخر أم لا.

- إذا قررت تقديم تظلم آخر، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى عملية الدرجة الثانية من التظلمات.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية

القسم 7.6

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو كيان المراجعة المستقل. ويُسمى أحيانًا **IRE**.

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يستعين بها برنامج **Medicare**. وهي ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أو يجب تغييره. يشرف برنامج Medicare على عملها.

الخطوة الأولى: يجب عليك (أو على ممثلك أو طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر) الاتصال بمؤسسة المراجعة المستقلة وطلب مراجعة لحالتك.

- إذا رفضنا تظلمك من الدرجة الأولى، فسيشتمل الإخطار الكتابي الذي نرسله إليك على تعليمات بشأن كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية لدى مؤسسة المراجعة المستقلة. ستوضح تلك التعليمات من يمكنه تقديم تظلم الدرجة الثانية المذكور، والمواعيد النهائية التي يجب عليك مراعاتها، وكيفية الوصول إلى مؤسسة المراجعة. ومع ذلك، إذا لم نكمل مراجعتنا خلال الإطار الزمني المعمول به، أو اتخذنا قرارًا غير مواتٍ بشأن تقرير المخاطر بموجب برنامج إدارة الأدوية لدينا، فسنقوم تلقائيًا بإرسال مطالبتك إلى كيان المراجعة المستقل.
- سنرسل المعلومات المتعلقة بتظلمك إلى تلك المؤسسة. تُسمى هذه المعلومات ملف حالتك. يحق لك أن تطلب منا نسخة من ملف حالتك.
- يحق لك إعطاء مؤسسة المراجعة المستقلة معلومات إضافية لتأييد تظلمك.

الخطوة الثانية: تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة تظلمك.

سيلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك.

المواعيد النهائية لتقديم تظلم سريع

- اطلب من مؤسسة المراجعة المستقلة تقديم تظلم سريع إذا كانت صحتك تحتاج إلى ذلك.
- إذا وافقت المؤسسة على منحك تظلم سريع، يجب أن تقدم لك المؤسسة ردًا على تظلم الدرجة الثانية الذي قدمته في غضون 72 ساعة من استلام تظلمك.

المواعيد النهائية للتظلم المعتاد

- بالنسبة للتظلمات المعتادة، يجب أن تعطيك مؤسسة المراجعة ردًا على تظلم الدرجة الثانية في غضون 7 أيام تقويمية من استلام تظلمك إذا كان ذلك التظلم يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد. إذا كنت تطلب منا أن نرد لك مقابل دواء اشتريته بالفعل، فيجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على تظلم الدرجة الثانية الذي قدمته في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك.

الخطوة الثالثة: ترد عليك مؤسسة المراجعة المستقلة.

بالنسبة للتظلمات السريعة:

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على ما طلبته، كله أو بعضه، فيجب أن نقدم غطاء الأدوية التي وافقت عليها مؤسسة المراجعة في غضون 24 ساعة بعد أن نتلقى القرار من مؤسسة المراجعة.

بالنسبة للتظلمات المعتادة:

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على ما طلب الغطاء التأميني الذي قدمته، كله أو بعضه، فيجب أن نقدم غطاءً تأمينياً للأدوية التي وافقت عليها مؤسسة المراجعة في غضون 72 ساعة بعد أن نتلقى القرار من مؤسسة المراجعة.
- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلبك لاسترداد ثمن دواء اشتريته بالفعل، كله أو بعضه، فيجب علينا إرسال المدفوعات إليك في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقينا القرار من مؤسسة المراجعة.

ماذا لو رفضت مؤسسة المراجعة تظلمك؟

إذا رفضت تلك المؤسسة تظلمك، كله أو بعضه، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا بأنه يجب عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك). (يُسمى هذا تأييد القرار. كما يُطلق عليه أيضًا رفض تظلمك). في تلك الحالة، سترسل لك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا:

- يشرح قرارها.
- يخبرك بحقك في تقديم تظلم من الدرجة الثالثة إذا كانت القيمة الدلالية للغطاء التأميني للدواء الذي تطلبه تستوفي حدًا أدنى معينًا. إذا كانت القيمة الدلالية للغطاء التأميني للدواء الذي تطلبه منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم تظلم آخر ويكون القرار في الدرجة الثانية نهائيًا.
- يخبرك بالقيمة الدلالية التي يجب أن تكون محل نزاع للاستمرار في إجراءات التظلم.

الخطوة الرابعة: إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، فاختر ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في التظلم أم لا.

- توجد ثلاث درجات إضافية في عملية التظلم بعد الدرجة الثانية (بإجمالي خمس درجات للتظلم).
- إذا كنت ترغب في الانتقال إلى تظلم الدرجة الثالثة، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك ستجدها في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار تظلم الدرجة الثانية.
- ينظر في تظلم الدرجة الثالثة أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحكم. يوضح القسم العاشر من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

القسم الثامن كيف تطالبنا بغطاء تأميني لإقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أنه سيتم إخراجك من المستشفى قريبًا جدًا

عند دخولك إلى المستشفى، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى الخاضعة للغطاء التأميني واللازمة لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

خلال إقامتك في المستشفى الخاضعة للغطاء التأميني، سيعمل طبيبك وفريق عمل المستشفى معك للاستعداد لليوم الذي ستغادر فيه المستشفى. سيقدمون لك يد المساعدة في الترتيب للرعاية التي قد تحتاجها بعد مغادرتك.

- يُسمى اليوم الذي تغادر فيه المستشفى بتاريخ إخراجك من المستشفى.
- عندما يتم تحديد تاريخ إخراجك من المستشفى، سيخبرك طبيبك أو فريق عمل المستشفى به.
- إذا كنت تعتقد أنه يُطلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر جدًا، فيمكنك طلب إقامة أطول في المستشفى وسيتم النظر في طلبك.

القسم 8.1 خلال إقامتك في المستشفى، ستتلقى إشعارًا كتابيًا من برنامج Medicare يوضح لك حقوقك

في غضون يومين من دخولك المستشفى، سيتم إعطاؤك إشعارًا كتابيًا يُطلق عليه رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك. يحصل كل شخص مشترك في برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار.

إذا لم تحصل على الإشعار من شخص ما في المستشفى (على سبيل المثال، اختصاصي الحالات المرضية أو الممرضة)، فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (الهاتف النصي 1-877-486-2048).

1. اقرأ هذا الإشعار بعناية واطرح أسئلة إذا كنت لا تفهمه. فهو يخبرك بما يلي:

- حقك في الحصول على الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare في أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها، وفقًا لطلب طبيبك. ويشمل ذلك الحق في معرفة ما هي تلك الخدمات، ومن سيدفع ثمنها، وأين يمكنك الحصول عليها.
- حقك في المشاركة في أي قرارات تتعلق بإقامتك في المستشفى.
- المكان الذي يمكنك فيه الإبلاغ عن أي مخاوف لديك بشأن جودة الرعاية في المستشفى.
- حقك في طلب مراجعة فورية لقرار إخراجك من المستشفى إذا كنت تعتقد أنه سيتم إخراجك من المستشفى في وقت مبكر جدًا. هذه طريقة رسمية وقانونية لطلب إرجاء تاريخ إخراجك من المستشفى حتى نغطي رعايتك في المستشفى لفترة أطول.

2. سيطلب منك التوقيع على الإخطار الكتابي لتبين أنك استلمته وفهمت حقوقك.

- سيطلب منك أو من أي شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإخطار.
- لا يثبت توقيعك على الإشعار إلا أنك قد تلقيت المعلومات المتعلقة بحقوقك. لا يحدد الإشعار تاريخ إخراجك من المستشفى. لا يعني التوقيع على الإشعار أنك توافق على تاريخ إخراجك من المستشفى.

3. احتفظ بنسخة من الإخطار في متناول يدك بحيث تستطيع الحصول على معلومات عن تقديم تظلم (أو الإبلاغ

- عن مخاوفك المتعلقة بجودة الرعاية) إذا كنت بحاجة إليها.
- إذا وقعت على الإشعار قبل أكثر من يومين من تاريخ إخراجك من المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل الموعد المقرر لإخراجك من المستشفى.

- للاطلاع على نسخة من هذا الإشعار مقدّمًا، يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك أيضًا الاطلاع على الإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الأولى لتغيير تاريخ إخراجك من المستشفى

القسم 8.2

إذا كنت ترغب في أن تطلب أن تغطي خدمات المستشفى لك كمرضى داخلي لفترة أطول، فستحتاج إلى استخدام عملية التظلم لتقديم ذلك الطلب. قبل أن تبدأ، افهم ما يجب عليك فعله وما هي المواعيد النهائية.

- اتبع العملية.
- احرص على الوفاء بالمواعيد النهائية.
- اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة. أو اتصل ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي بولاية ميشيغان، وهو مؤسسة حكومية تقدم المساعدة الشخصية.

أثناء التظلم من الدرجة الأولى، تراجع المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك. وتتحقق مما إذا كان تاريخ إخراجك المخطط له مناسبًا لك طبيًا أم لا.

المؤسسة المعنية بتحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة في تحسينها. ويشمل ذلك مراجعة تواريخ الإخراج من المستشفى للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. هؤلاء الخبراء ليسوا تابعين لحظتنا.

الخطوة الأولى: اتصل بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة في ميشيغان واطلب مراجعة فورية لقرار إخراجك من المستشفى. يجب أن تتصرف بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بتلك المؤسسة؟

- يوضح لك الإشعار الكتابي الذي تلقته (رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك) كيفية الوصول إلى تلك المؤسسة. أو يمكنك العثور على اسم وعنوان ورقم هاتف المؤسسة المعنية بتحسين الجودة بولاية ميشيغان في الفصل الثاني.

تصرف بسرعة:

- لتقديم تظلمك، يجب عليك الاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة قبل مغادرة المستشفى وفي موعد أقصاه منتصف ليل يوم إخراجك من المستشفى.
 - في حالة وفائك بهذا الموعد النهائي، فيمكنك البقاء في المستشفى بعد تاريخ إخراجك من المستشفى دون دفع مقابل ذلك في أثناء انتظارك للحصول على القرار من المؤسسة المعنية بتحسين الجودة.

○ إذا أخفقت في الوفاء بذلك الموعد النهائي، وقررت البقاء في المستشفى بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى، فقد تضطر إلى دفع جميع تكاليف الرعاية في المستشفى التي تلقيتها بعد التاريخ المقرر لمغادرتك.

● إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة، وكنت لا تزال ترغب في تقديم تظلم، فيجب عليك بدلاً من ذلك تقديم تظلم إلى خطتنا مباشرةً. للحصول على تفاصيل بشأن هذه الطريقة الأخرى لتقديم تظلمك، راجع القسم 8.4 من هذا الفصل.

بمجرد أن تطلب مراجعة فورية لإخراجك من المستشفى، سنتصل بنا المؤسسة المعنية بتحسين الجودة. بحلول ظهر اليوم التالي لاتصالها بنا، سنقدم لك إخطارًا مفصلاً بإخراجك من المستشفى. يوضح هذا الإشعار التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى ويشرح بالتفصيل الأسباب التي جعلت طبيبك والمستشفى ونحن نعتقد أنه من المناسب (الملائم طبيًا) أن يتم إخراجك من المستشفى في ذلك التاريخ.

يمكنك الحصول على نموذج من إشعار الإخراج من المستشفى التفصيلي عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048). أو يمكنك الاطلاع أيضًا على نموذج للإشعار عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

الخطوة الثانية: تجري المؤسسة المعنية بتحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

- سيسألك اختصاصيو الصحة في المؤسسة المعنية بتحسين الجودة (المراجعون) (أو ممثلك) عن سبب اعتقادك بأنه يجب الاستمرار في تغطية الخدمات. لا يتعين عليك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن يمكنك القيام بذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- سينظر المراجعون أيضًا في معلوماتك الطبية، ويتحدثون مع طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمناها لهم نحن والمستشفى.
- بحلول ظهر اليوم الذي أخبرنا فيه المراجعون بتظلمك، سنتلقى إشعارًا كتابيًا منا يوضح لك التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى. يوضح هذا الإشعار بالتفصيل الأسباب التي جعلت طبيبك والمستشفى ونحن نعتقد أنه من المناسب (الملائم طبيًا) أن يتم إخراجك من المستشفى في ذلك التاريخ.

الخطوة الثالثة: في غضون يوم كامل بعد حصولها على جميع المعلومات اللازمة، ستقدم لك المؤسسة المعنية بتحسين الجودة ردها على تظلمك.

ماذا يحدث إذا كانت الإجابة بالموافقة؟

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة، فيجب أن نستمر في تقديم خدمات المستشفى الخاضعة للغطاء التأميني للمرضى الداخليين طالما كانت تلك الخدمات ضرورية طبيًا.
- سيتعين عليك الاستمرار في دفع نسبة مشاركتك في التكاليف (مثل مبالغ تحمّل، ومبلغ سداد مشترك، إذا كان ينطبق). بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هناك قيود على خدمات المستشفى التي تخضع للغطاء التأميني.

ماذا يحدث إذا كانت الإجابة بالرفض؟

- إذا رفضت مؤسسة المراجعة، فإن مفهوم ذلك أن التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى كان مناسبًا طبيًا. إذا حدث ذلك، فستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين ظهرًا في اليوم التالي لرد المؤسسة المعنية بتحسين الجودة على تظلمك.
- إذا رفضت مؤسسة المراجعة تظلمك لكنك قررت البقاء في المستشفى، فقد تضطر إلى دفع كامل التكلفة عن الرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد ظهر اليوم التالي لرد المؤسسة المعنية بتحسين الجودة على تظلمك.

الخطوة الرابعة: إذا كان الرد على التظلم من الدرجة الأولى بالرفض، فقرر ما إذا كنت ترغب في تقديم تظلم آخر أم لا.

- إذا رفضت المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك، وبقيت في المستشفى بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى، فيمكنك تقديم تظلم آخر. إن تقديم تظلم آخر يعني أنك ستنتقل إلى عملية الدرجة الثانية من التظلمات.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية لتغيير تاريخ إخراجك من المستشفى

القسم 8.3

بتقديم تظلمك من الدرجة الثانية، فإنك تطلب من المؤسسة المعنية بتحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على قرارها بشأن تظلمك الأول. إذا رفضت المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك من الدرجة الثانية، فقد تضطر إلى دفع كامل تكلفة إقامتك بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى.

الخطوة الأولى: اتصل مرة أخرى بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة واطلب مراجعة أخرى.

- يجب أن تطلب تلك المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا من اليوم الذي رفضت فيه المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك من الدرجة الأولى. لا يمكنك طلب تلك المراجعة إلا إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء الغطاء التأميني لرعايتك.

الخطوة الثانية: تجري المؤسسة المعنية بتحسين الجودة مراجعة ثانية لوضعك.

- سيلقي المراجعون في المؤسسة المعنية بتحسين الجودة نظرة أخرى فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك.

الخطوة الثالثة: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك بشأن التظلم من الدرجة الثانية، سيبث المراجعون في تظلمك ويخبرونك بقرارهم.

في حالة موافقة مؤسسة المراجعة:

- يجب أن نعوضك عن نسبة مشاركتنا في تكاليف الرعاية في المستشفى التي تلقيتها منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض المؤسسة المعنية بتحسين الجودة لتظلمك الأول. يجب أن نستمر في توفير الغطاء التأميني لرعايتك في المستشفى طالما كانت ضرورية طبيًا.
- يجب أن تستمر في دفع نسبة مشاركتك في التكلفة وقد تنطبق عليك قيود التغطية.

في حالة رفض مؤسسة المراجعة:

- هذا يعني أنهم يوافقون على القرار الذي اتخذوه بشأن تظلم الدرجة الأولى الذي قدمته.

- سوف يخبرك الإخطار الذي تحصل عليه كتابيًا بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة.

الخطوة الرابعة: إذا كانت الإجابة بالرفض، فستحتاج إلى اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في التظلم من خلال الانتقال إلى الدرجة الثالثة.

- توجد ثلاث درجات إضافية في عملية التظلم بعد الدرجة الثانية (بإجمالي خمس درجات للتظلم). إذا كنت ترغب في الانتقال إلى التظلم من الدرجة الثالثة، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك ستجدها في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار تظلم الدرجة الثانية.
- ينظر في تظلم الدرجة الثالثة أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحكم. يوضح القسم العاشر من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

القسم 8.4 ماذا لو فاتك الموعد النهائي لتقديم التظلم من الدرجة الأولى من أجل تغيير تاريخ إخراجك من المستشفى؟

المصطلح القانوني

يُطلق على المراجعة السريعة (أو التظلم السريع) أيضًا اسم **التظلم المستعجل**.

يمكنك التظلم إلينا بدلاً من ذلك

كما هو موضح أعلاه، يجب أن تتصرف بسرعة لبدء التظلم من الدرجة الأولى على إخراجك من المستشفى. إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة، فهناك طريقة أخرى لتقديم تظلمك.

إذا كنت تستخدم تلك الطريقة الأخرى لتقديم تظلمك، فإن أول درجتين من درجات التظلم مختلفتان.

خطوة بخطوة: كيفية تقديم تظلم بديل من الدرجة الأولى

الخطوة الأولى: اتصل بنا واطلب مراجعة سريعة.

- **اطلب مراجعة سريعة.** وهذا يعني أنك تطلب منا أن نقدم لك إجابة باستخدام المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية المعتادة. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.

الخطوة الثانية: نجري مراجعة سريعة للتاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى، ونتحقق مما إذا كان ذلك التاريخ مناسبًا من الناحية الطبية أم لا.

- خلال تلك المراجعة، نلقي نظرة على جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك في المستشفى. وتتحقق مما إذا كان التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى مناسبًا لك طبيًا أم لا. نرى ما إذا كان القرار المتعلق بالوقت الذي يجب أن تغادر فيه المستشفى عادلاً ويتبع جميع القواعد أم لا.

الخطوة الثالثة: سنصدر إليك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد أن تطلب مراجعة سريعة.

- إذا وافقنا على تظلمك، فهذا يعني أننا اتفقنا معك على أنك لا تزال بحاجة إلى البقاء في المستشفى بعد تاريخ إخراجك من المستشفى. سنستمر في تقديم خدمات المستشفى الخاضعة للغطاء التأميني للمرضى الداخليين طالما

كانت تلك الخدمات ضرورية طبيًا. وهذا يعني أيضًا أننا قد وافقنا على تعويضك عن نسبة مشاركتنا في تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي ذكرنا أن غطاءك التأميني سينتهي فيه. (يجب أن تدفع نسبة مشاركتك في التكلفة، وقد تكون هناك قيود على الغطاء التأميني تنطبق عليك).

● **إذا رفضنا تظلمك،** فإن معنى ذلك أننا نقول أن التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى كان مناسبًا من الناحية الطبية. ينتهي غطاؤنا التأميني للخدمات المقدمة للمرضى الداخليين بالمستشفى اعتبارًا من اليوم الذي ذكرنا أن الغطاء التأميني سينتهي فيه.

○ إذا بقيت في المستشفى بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى، فقد تُضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تلقيتها بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى.

الخطوة الرابعة: إذا رفضنا تظلمك، فسيتم إرسال حالتك تلقائيًا إلى الدرجة التالية من عملية التظلم.

خطوة بخطوة: الدرجة الثانية من عملية التظلم/البديل

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل**. ويُسمى أحيانًا **IRE**.

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يستعين بها برنامج Medicare. وهي ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أو يجب تغييره. يشرف برنامج Medicare على عملها.

الخطوة الأولى: سنرسل حالتك تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.

● يتعين علينا إرسال المعلومات الخاصة بتظلمك من الدرجة الثانية إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من إبلاغك برفضنا لتظلمك الأول. (إذا كنت تعتقد أننا لا نفي بهذا الموعد النهائي أو غيره من المواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم الحادي عشر من هذا الفصل كيفية تقديم شكوى).

الخطوة الثانية: تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بمراجعة سريعة لتظلمك. يعطيك المراجعون ردًا في غضون 72 ساعة.

- سيلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك شأن إخراجك من المستشفى.
- **إذا وافقت تلك المؤسسة على تظلمك،** فيجب علينا (أن نرد لك) نسبة مشاركتنا في تكاليف الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى. يجب علينا أيضًا أن نواصل تغطية الخطة لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا. يجب أن تستمر في دفع نسبة مشاركتك في التكاليف. إذا كانت هناك قيود على الغطاء التأميني، فقد تحد تلك القيود من المبلغ الذي سنسده أو المدة التي سنستمر فيها في تغطية خدماتك.
- **إذا رفضت تلك المؤسسة تظلمك،** فهذا يعني أنها توافق على أن التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى كان مناسبًا طبيًا.

○ سوف يوضح الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة كيفية تقديم التظلم من الدرجة الثالثة، والذي يتولى التعامل معه أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحكَّم.

الخطوة الثالثة: إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة تظلمك، فإنك تختار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في التظلم أم لا.

- توجد ثلاث درجات إضافية في عملية التظلم بعد الدرجة الثانية (بإجمالي خمس درجات للتظلم). إذا رفض المراجعون تظلمك من الدرجة الثانية، فإنك ستقرر ما إذا كنت ستقبل قرارهم أو ستنتقل إلى تظلم الدرجة الثالثة.
- يوضح القسم العاشر من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

القسم التاسع كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن غطاءك التأميني سينتهي قريبًا جدًا

القسم 9.1 يتناول هذا القسم ثلاث خدمات فقط: الرعاية الصحية المنزلية، والرعاية في مرفق التمريض المتخصص، وخدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF)

عندما تحصل على خدمات الصحة المنزلية أو رعاية التمريض المتخصص أو رعاية إعادة التأهيل (منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية)، يحق لك مواصلة الحصول على خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني لذلك النوع من الرعاية طالما كانت هناك حاجة إلى الرعاية من أجل تشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

عندما نقرر أن الوقت قد حان للتوقف عن تغطية أي من أنواع الرعاية الثلاثة لك، فإننا مُلزمون بإخبارك مسبقًا. عندما ينتهي الغطاء التأميني الذي يشمل تلك الرعاية، سنتوقف عن دفع تكاليف رعايتك.

إذا كنت تعتقد أننا سننهي الغطاء التأميني لرعايتك في وقت مبكر جدًا، فيمكنك التظلم من قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب التظلم.

القسم 9.2 سنخبرك مسبقًا بالوقت الذي سينتهي فيه غطاءك التأميني

المصطلح القانوني

إشعار عدم الخضوع للغطاء التأميني المقدم من برنامج Medicare. يخبرك بكيفية طلب تظلم سريع. يُعد طلب التظلم السريع طريقة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار الغطاء التأميني الذي أصدرناه بشأن موعد إيقاف رعايتك.

1. ستتلقى إشعارًا كتابيًا قبل يومين على الأقل من توقف خطتنا عن تغطية رعايتك. يخبرك الإشعار بما يلي:

- التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية الرعاية المقدمة لك.
- كيفية طلب تظلم سريع من أجل مطالبتنا بمواصلة تغطية رعايتك لفترة أطول من الوقت.

2. سيطلب منك أو من أي شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإخطار الكتابي لإثبات استلامك له. لا يثبت توقيعك على الإشعار أي شيء سوى أنك قد تلقيت المعلومات المتعلقة بوقت توقف غطائك التأميني. توقيعك لا يعني أنك توافق على قرار الخطة بإيقاف الرعاية.

القسم 9.3 الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الأولى من أجل أن تغطي خطتنا رعايتك لفترة أطول

إذا كنت ترغب في أن تطلب منا أن نغطي رعايتك لفترة أطول، فستحتاج إلى استخدام عملية التظلم لتقديم ذلك الطلب. قبل أن تبدأ، افهم ما يجب عليك فعله وما هي المواعيد النهائية.

- اتبع العملية.

- احرص على الوفاء بالمواعيد النهائية.
 - اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة. أو اتصل ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي بولاية ميشيغان، وهو مؤسسة حكومية تقدم المساعدة الشخصية.
- في أثناء التظلم من الدرجة الأولى، تراجع المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك. تقرر ما إذا كان تاريخ انتهاء رعايتك مناسبًا طبيًا.
- الخطوة الأولى: تقديم تظلم الدرجة الأولى: اتصل بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة واطلب تظلمًا سريعًا. يجب أن تتصرف بسرعة.**

كيف يمكنك الاتصال بتلك المؤسسة؟

- يوضح لك الإشعار الكتابي الذي تلقيته (إشعار عدم الخضوع للغطاء التأميني من برنامج Medicare) كيفية الوصول إلى تلك المؤسسة. (أو يمكنك العثور على اسم وعنوان ورقم هاتف المؤسسة المعنية بتحسين الجودة بولاية ميشيغان في الفصل الثاني).

تصرف بسرعة:

- يجب عليك الاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة لبدء التظلم في موعد أقصاه ظهر اليوم السابق لتاريخ السريان الموجود على إشعار عدم الخضوع للغطاء التأميني من برنامج Medicare.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة، وكنت لا تزال ترغب في تقديم تظلم، فيجب عليك بدلاً من ذلك تقديم تظلم إلينا مباشرةً. للحصول على تفاصيل بشأن تلك الطريقة الأخرى لتقديم تظلمك، راجع القسم 9.5 من هذا الفصل.

الخطوة الثانية: تجري المؤسسة المعنية بتحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

المصطلح القانوني

شرح مفصل لعدم الخضوع للغطاء التأميني. إشعار يقدم تفاصيل عن أسباب إنهاء الغطاء التأميني.

ماذا يحدث أثناء تلك المراجعة؟

- سيسألك اختصاصيو الصحة في المؤسسة المعنية بتحسين الجودة (المراجعون) (أو ممثلك) عن سبب اعتقادك بأنه يجب الاستمرار في تغطية الخدمات. لا يتعين عليك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن يمكنك القيام بذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- سنتظر مؤسسة المراجعة أيضًا في معلوماتك الطبية، وتحدث مع طبيبك، وتراجع المعلومات التي قدمتها خطتنا لهم.
- في نهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون بتظلمك، ستحصل منا على شرح مفصل لعدم الخضوع للغطاء التأميني يشرح بالتفصيل أسبابنا لإنهاء غطائنا التأميني لخدماتك.

الخطوة الثالثة: في غضون يوم كامل بعد حصولهم على جميع المعلومات التي يحتاجونها، سيخبرك المراجعون بقرارهم.

ماذا يحدث إذا وافق المراجعون؟

- إذا وافق المراجعون على تظلمك، فيجب أن نستمر في تقديم خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني طالما كانت ضرورية طبيًا.
- سيتعين عليك الاستمرار في دفع نسبة مشاركتك في التكاليف (مثل مبالغ تحمّل، ومبلغ سداد مشترك، إذا كان ينطبق). بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هناك قيود على خدماتك التي تخضع للغطاء التأميني.

ماذا يحدث إذا وافق المراجعون؟

- إذا رفض المراجعون، فسينتهي حينئذٍ غطاؤك التأميني في التاريخ الذي أخبرناك به.
- إذا قررت مواصلة الحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في منشأة التمريض المتخصص، أو خدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد هذا التاريخ الذي ينتهي فيه غطاؤك التأميني، فسينتهي عليك دفع التكلفة الكاملة لتلك الرعاية بنفسك.

الخطوة الرابعة: إذا كان الرد على التظلم من الدرجة الأولى بالرفض، فقرر ما إذا كنت ترغب في تقديم تظلم آخر أم لا.

- إذا رفض المراجعون تظلمك من الدرجة الأولى - واخترت مواصلة الحصول على الرعاية بعد انتهاء الغطاء التأميني للرعاية المقدمة لك - فيمكنك تقديم تظلم من الدرجة الثانية.

القسم 9.4 الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية من أجل أن تغطي خطتنا رعايتك لفترة أطول

بتقديم تظلمك من الدرجة الثانية، فإنك تطلب من المؤسسة المعنية بتحسين الجودة إلقاء نظرة أخرى على قرارها بشأن تظلمك الأول. إذا رفضت المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك من الدرجة الثانية، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لرعايتك الصحية المنزلية، أو رعايتك في مرفق التمريض المتخصص، أو خدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد التاريخ الذي أخبرناك بأن غطاءك التأميني سينتهي فيه.

الخطوة الأولى: اتصل مرة أخرى بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة واطلب مراجعة أخرى.

- يجب أن تطلب تلك المراجعة في غضون 60 يومًا من اليوم الذي رفضت فيه المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلم الدرجة الثانية الذي قدمته. لا يمكنك طلب تلك المراجعة إلا إذا واصلت الحصول على الرعاية بعد تاريخ انتهاء الغطاء التأميني لرعايتك.

الخطوة الثانية: تجري المؤسسة المعنية بتحسين الجودة مراجعة ثانية لوضعك.

- سيلقي المراجعون في المؤسسة المعنية بتحسين الجودة نظرة أخرى فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك.

الخطوة الثالثة: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك بشأن التظلم، سيبث المراجعون في تظلمك ويخبرونك بقرارهم.

ماذا سيحدث إذا وافقت مؤسسة المراجعة؟

- يجب أن نعوضك عن نسبة مشاركتنا في تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي ذكرنا أن غطاءك التأميني سينتهي فيه. يجب أن نستمر في توفير الغطاء التأميني لرعايتك في المستشفى طالما كانت ضرورية طبيًا.
- يجب أن تدفع نسبة مشاركتك في التكلفة، وقد تكون هناك قيود على الغطاء التأميني تنطبق عليك.

ماذا سيحدث إذا رفضت مؤسسة المراجعة؟

- هذا يعني أنهم يوافقون على القرار الذي تم اتخاذه بشأن تظلمك من الدرجة الأولى.
- سوف يخبرك الإخطار الذي تحصل عليه كتابيًا بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة. وستقدم لك تفاصيل عن كيفية الانتقال إلى المستوى التالي من مستويات التظلم، والذي ينظر فيه أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحَكَّم.

الخطوة الرابعة: إذا كانت الإجابة هي الرفض، فستحتاج إلى اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في التظلم أم لا.

- توجد ثلاث درجات إضافية بعد الدرجة الثانية في عملية التظلم، بإجمالي خمس درجات للتظلم. إذا كنت ترغب في الانتقال إلى التظلم من الدرجة الثالثة، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك ستجدها في الإخطار الكتابي الذي حصلت عليه بعد قرار تظلمك من الدرجة الثانية.
- ينظر في تظلم الدرجة الثالثة أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحَكَّم. يوضح القسم العاشر من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

ماذا لو فاتك الموعد النهائي لتقديم التظلم من الدرجة الأولى؟

القسم 9.5

يمكنك التظلم إلينا بدلاً من ذلك

كما هو موضح أعلاه، يجب أن تتصرف بسرعة للاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة لرفع تظلمك الأول (في غضون يوم أو يومين، على أقصى تقدير). إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بتلك المؤسسة، فهناك طريقة أخرى لتقديم تظلمك. إذا كنت تستخدم تلك الطريقة الأخرى لتقديم تظلمك، فإن أول درجتين من درجات التظلم مختلفتان.

خطوة بخطوة: كيفية تقديم تظلم بديل من الدرجة الأولى

المصطلح القانوني

يُطلق على المراجعة السريعة (أو التظلم السريع) أيضًا اسم التظلم المستعجل.

الخطوة الأولى: اتصل بنا واطلب مراجعة سريعة.

- **اطلب مراجعة سريعة.** وهذا يعني أنك تطلب منا أن نقدم لك إجابة باستخدام المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية المعتادة. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.

الخطوة الثانية: إننا نجري مراجعة سريعة للقرار الذي اتخذناه بشأن موعد إنهاء الغطاء التأميني لخدماتك.

- خلال تلك المراجعة، نلقي نظرة أخرى على جميع المعلومات المتعلقة بحالتك. نتحقق لمعرفة ما إذا كنا نتبع جميع القواعد عندما حددنا تاريخ إنهاء الغطاء التأميني الذي توفره الخطة للخدمات التي كنت تتلقاها.

الخطوة الثالثة: سنصدر إليك قرارنا في غضون 72 ساعة بعد أن تطلب مراجعة سريعة.

- **إذا وافقنا على تظلمك،** فهذا يعني أننا اتفقنا معك على أنك بحاجة إلى خدمات لفترة أطول، وسنستمر في تقديم خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني طالما كانت ضرورية طبيًا. وهذا يعني أيضًا أننا قد وافقنا على تعويضك عن نسبة مشاركتنا في تكاليف الرعاية التي حصلت عليها منذ التاريخ الذي ذكرنا أن غطاءك التأميني سينتهي فيه. (يجب أن تدفع نسبة مشاركتك في التكلفة، وقد تكون هناك قيود على الغطاء التأميني تنطبق عليك).
- **إذا رفضنا تظلمك،** فسينتهي غطاؤك التأميني في التاريخ الذي أخبرناك به ولن ندفع أي نسبة مشاركة في التكاليف بعد هذا التاريخ.
- إذا واصلت الحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في منشأة التمريض المتخصص، أو خدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد هذا التاريخ الذي أخبرناك بنهاية غطاءك التأميني فيه، فسيتم دفع التكلفة الكاملة عن تلك الرعاية بنفسك.

الخطوة الرابعة: إذا رفضنا تظلمك السريع، فسيتم إرسال حالتك تلقائيًا إلى الدرجة التالية من درجات عملية التظلم.

المصطلح القانوني

الاسم الرسمي لمؤسسة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل**. ويسمى أحيانًا **IRE**.

خطوة بخطوة: الدرجة الثانية من عملية التظلم/البديل

خلال تظلمك من الدرجة الثانية، تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة القرار الذي اتخذناه بشأن تظلمك السريع. تقرر تلك المؤسسة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه يجب تغييره أم لا. مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يعينها برنامج Medicare. هذه المؤسسة غير مرتبطة بخطتنا وليست وكالة حكومية. هذه المؤسسة هي شركة تختارها Medicare لتتولى العمل كمؤسسة مراجعة مستقلة. يشرف برنامج Medicare على عملها.

الخطوة الأولى: نرسل حالتك تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة.

- يتعين علينا إرسال المعلومات الخاصة بتظلمك من الدرجة الثانية إلى مؤسسة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من إبلاغك برفضنا لتظلمك الأول. (إذا كنت تعتقد أننا لا نفي بهذا الموعد النهائي أو غيره من المواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. يوضح القسم الحادي عشر من هذا الفصل كيفية تقديم شكوى).

الخطوة الثانية: تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بمراجعة سريعة لتظلمك. يعطيك المراجعون ردًا في غضون 72 ساعة.

- سيلقي المراجعون في مؤسسة المراجعة المستقلة نظرة فاحصة على جميع المعلومات المتعلقة بتظلمك.
- **إذا وافقت تلك المؤسسة على تظلمك**، فيجب علينا أن نرد لك نسبة مشاركتنا في تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي أخبرناك بأن غطاءك التأميني سينتهي فيه. يجب أن نستمر أيضًا في توفير الغطاء التأميني لرعايتك في المستشفى طوال المدة التي تكون فيها تلك الرعاية ضرورية طبيًا. يجب أن تستمر في دفع نسبة مشاركتك في التكاليف. إذا كانت هناك قيود على الغطاء التأميني، فقد تحد تلك القيود من المبلغ الذي سنعيده لك أو المدة التي سنستمر فيها في تغطية خدماتك.
- **إذا رفضت تلك المؤسسة تظلمك**، فهذا يعني أنها توافق على القرار الذي اتخذته خطتنا بشأن تظلمك الأول ولن تغيره.
 - سوف يخبرك الإخطار الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة كتابيًا بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في الانتقال إلى تظلم من الدرجة الثالثة.

الخطوة الثالثة: إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة تظلمك، فإنك ستختار ما إذا كنت ترغب في المضي قدمًا في التظلم أم لا.

- توجد ثلاث درجات إضافية بعد الدرجة الثانية في عملية التظلم، بإجمالي خمس درجات للتظلم. إذا كنت ترغب في الانتقال إلى التظلم من الدرجة الثالثة، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك ستجدها في الإخطار الكتابي الذي حصلت عليه بعد قرار تظلمك من الدرجة الثانية.
- يتولى مراجعة التظلم من الدرجة الثالثة أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحكم. يوضح القسم العاشر من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

نقل تظلمك إلى الدرجة الثالثة والدرجات التي تليها

القسم العاشر

درجات التظلم الثالثة والرابعة والخامسة لطلبات الحصول على الخدمات الطبية

القسم 10.1

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا كنت قد قدمت تظلمًا من الدرجة الأولى وتظلمًا من الدرجة الثانية، وتم رفض كلا التظلمين.

إذا كانت القيمة الدولارية للمنتج أو الخدمة الطبية التي تظلمت منها تستوفي حدودًا دنيا معينة، فقد تتمكن من الانتقال إلى درجات أخرى من درجات الطعن. إذا كانت القيمة الدولارية أقل من الحد الأدنى، فلن تتمكن من التظلم لأبعد من ذلك. سوف يشرح الرد الكتابي الذي تتلقاه على تظلمك من الدرجة الثانية كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثالثة.

بالنسبة لمعظم المواقف التي تنطوي على تظلمات، فإن الدرجات الثلاث الأخيرة من درجات التظلم كلها تسير بنفس الطريقة. نوضح لك أدناه من سيتولى مراجعة تظلمك على كل درجة من تلك الدرجات.

التظلم من الدرجة الثالثة: سيراجع قاضي القانون الإداري أو أحد المحامين المُحكِّمين الذين يعملون لدى الحكومة الفيدرالية تظلمك وسيعطيك ردًا.

- إذا وافق قاضي المحكمة الإدارية أو المحامي المُحَكَّم على تظلمك، فقد تنتهي عملية التظلم أو قد لا تنتهي. على عكس القرارات الصادرة في تظلمك من الدرجة الثانية، يحق لنا الطعن على قرار الدرجة الثالثة الصادر لصالحك. إذا قررنا الطعن عليه، فسينتقل إلى تظلم من الدرجة الرابعة.
 - إذا قررنا عدم الطعن عليه، فيجب علينا أن نصرح لك بالخدمة أو نقدمها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا من استلام قرار قاضي المحكمة الإدارية أو المحامي المُحَكَّم.
 - إذا قررنا الطعن على القرار، فسنرسل لك نسخة من طلب الطعن من الدرجة الرابعة مع أي وثائق مصاحبة له. قد ننتظر قرار الطعن من الدرجة الرابعة قبل أن نصرح لك بالخدمة محل النزاع أو نقدمها لك.
- إذا رفض قاضي المحكمة الإدارية أو المحامي المُحَكَّم تظلمك، فقد تنتهي عملية التظلم أو قد لا تنتهي.
 - إذا قررت قبول ذلك القرار الرفض لتظلمك، فإن عملية التظلم تكون قد انتهت.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، فيمكنك المتابعة إلى الدرجة التالية من درجات عملية المراجعة. سوف يخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما تفعله من أجل تقديم تظلم من الدرجة الرابعة.

التظلم من الدرجة الرابعة: سيراجع مجلس تظلمات Medicare (المجلس) تظلمك ويعطيك ردًا. المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

- إذا كان الرد بالموافقة، أو إذا رفض المجلس طلبنا بمراجعة قرار التظلم من الدرجة الثالثة الصادر لصالحك، فقد تنتهي أو لا تنتهي عملية التظلم. على عكس القرارات الصادرة في تظلمك من الدرجة الثانية، يحق لنا الطعن على قرار الدرجة الرابعة الصادر لصالحك. سنقرر ما إذا كنا سنطعن على ذلك القرار إلى الدرجة الخامسة أم لا.
 - إذا قررنا عدم الطعن على القرار، فيجب أن نصرح لك بالخدمة أو نقدمها لك في غضون 60 يومًا تقويميًا من استلام قرار المجلس.
 - إذا قررنا الطعن على القرار، فسنبلغك بذلك كتابيًا.
- إذا كانت الإجابة هي الرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة، فقد تنتهي أو لا تنتهي عملية التظلم.
 - إذا قررت قبول ذلك القرار الرفض لتظلمك، فإن عملية التظلم تكون قد انتهت.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، فقد تتمكن من المتابعة إلى الدرجة التالية من درجات عملية المراجعة. إذا رفض المجلس تظلمك، فسيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى التظلم من الدرجة الخامسة أم لا، وكيف تستمر في تقديم تظلم الدرجة الخامسة.

التظلم من الدرجة الخامسة سيراجع أحد القضاة في محكمة المقاطعة الفيدرالية تظلمك.

- سيراجع أحد القضاة جميع المعلومات ويقرر الموافقة على طلبك أو رفضه. ويكون قراره نهائيًا. ليس هناك أي درجات تظلم أخرى بعد قرار محكمة المقاطعة الفيدرالية.

درجات التظلم الثالثة والرابعة والخامسة لطلبات أدوية الجزء (د)

القسم 10.2

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا كنت قد قدمت تظلمًا من الدرجة الأولى وتظلمًا من الدرجة الثانية، وتم رفض كلا التظلمين.

إذا كانت القيمة الدولارية للمنتج أو الخدمة الطبية التي تظلمت منها تصل إلى مبلغ دولاري معين، فقد تتمكن من الانتقال إلى درجات أخرى من درجات التظلم. إذا كان المبلغ الدولاري أقل من ذلك، فلن تتمكن من تقديم أي تظلمات أخرى. سوف يشرح الرد الكتابي الذي تتلقاه على تظلمك من الدرجة الثانية بمن تتصل وما يجب فعله لطلب تقديم تظلم من الدرجة الثالثة.

بالنسبة لمعظم المواقف التي تنطوي على تظلمات، فإن الدرجات الثلاث الأخيرة من درجات التظلم كلها تسير بنفس الطريقة. نوضح لك أدناه من سيتولى مراجعة تظلمك على كل درجة من تلك الدرجات.

التظلم من الدرجة الثالثة: سيراجع أحد قضاة القانون الإداري أو أحد المحامين المُحكِّمين الذين يعملون لدى الحكومة الفيدرالية تظلمك وسيعطيك ردًا.

- إذا كانت الإجابة هي نعم، فإن عملية التظلمات تكون قد انتهت. يجب أن نصرح بالغطاء التأميني للأدوية التي وافق عليها قاضي القانون الإداري أو المحامي المُحكِّم أو نوفره في غضون 72 ساعة (24 ساعة للتظلمات العاجلة) أو ندفع في موعد أقصاه 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام القرار.
- إذا كانت الإجابة بالرفض، فقد تنتهي أو لا تنتهي عملية التظلم.
 - إذا قررت قبول ذلك القرار الرفض لتظلمك، فإن عملية التظلم تكون قد انتهت.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، فيمكنك المتابعة إلى الدرجة التالية من درجات عملية المراجعة. سوف يخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما تفعله من أجل تقديم تظلم من الدرجة الرابعة.

التظلم من الدرجة الرابعة: سيراجع مجلس تظلمات Medicare (المجلس) تظلمك ويعطيك ردًا. المجلس تابع للحكومة الفيدرالية.

- إذا كانت الإجابة هي نعم، فإن عملية التظلمات تكون قد انتهت. يجب أن نصرح بالغطاء التأميني للأدوية التي وافق عليها المجلس أو نوفره في غضون 72 ساعة (24 ساعة للتظلمات العاجلة) أو ندفع في موعد أقصاه 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام القرار.
- إذا كانت الإجابة بالرفض، فقد تنتهي أو لا تنتهي عملية التظلم.
 - إذا قررت قبول ذلك القرار الرفض لتظلمك، فإن عملية التظلم تكون قد انتهت.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، فقد تتمكن من المتابعة إلى الدرجة التالية من درجات عملية المراجعة. إذا رفض المجلس تظلمك أو رفض طلبك بمراجعة التظلم، فسيخبرك الإخطار بما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى التظلم من الدرجة الخامسة أم لا. كما سيخبرك بمن تتصل وماذا تفعل بعد ذلك إذا اخترت مواصلة تظلمك.

التظلم من الدرجة الخامسة سيراجع أحد القضاة في محكمة المقاطعة الفيدرالية تظلمك.

- سيراجع أحد القضاة جميع المعلومات ويقرر الموافقة على طلبك أو رفضه. ويكون قراره نهائيًا. ليس هناك أي درجات تظلم أخرى بعد قرار محكمة المقاطعة الفيدرالية.

القسم الحادي عشر كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو غيرها من المخاوف

القسم 11.1 ما أنواع المشكلات التي تتعامل معها عملية الشكوى؟

تُستخدم عملية الشكوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. ويشمل ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة على أنواع المشكلات التي يتم التعامل معها من خلال عملية الشكوى.

الشكوى	المثال
جودة رعايتك الطبية	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما في ذلك الرعاية في المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	<ul style="list-style-type: none"> هل لم يحترم شخص ما حقك في الخصوصية أو شارك معلوماتك السرية؟
عدم الاحترام أو ضعف خدمة العملاء أو غيرها من السلوكيات السلبية الأخرى	<ul style="list-style-type: none"> هل أبدى أحد الأشخاص وقاحة أو عدم احترام بالنسبة لك؟ هل أنت غير راضٍ عن خدمات الأعضاء التي تقدمها؟ هل تشعر بأنه يتم تشجيعك على ترك الخطة؟
أوقات الانتظار	<ul style="list-style-type: none"> هل تواجه مشكلة في الحصول على موعد، أو تنتظر طويلاً جداً للحصول على موعد؟ هل تركك الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية تنتظر وقتاً طويلاً للغاية؟ أو هل كان ذلك من جانب قسم خدمات الأعضاء أو غيرهم من الموظفين الآخرين في الخطة؟ <ul style="list-style-type: none"> من أمثلة الانتظار لفترة طويلة جداً، الانتظار على الهاتف، أو الانتظار في غرفة الانتظار أو الفحص، أو الانتظار للحصول على وصفة طبية.
النظافة	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن نظافة أو حالة العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب؟
المعلومات التي تحصل عليها منا	<ul style="list-style-type: none"> هل أخفقنا في إعطائك إشعاراً مطلوباً؟ هل يصعب عليك فهم معلوماتنا المكتوبة؟

الشكوى	المثال
<p>التوقيت المناسب (ترتبط جميع أنواع الشكاوى هذه بتوقيت إجراءاتنا المتعلقة بقرارات الغطاء التأميني والتظلمات)</p>	<p>إذا كنت قد طلبت قرارًا لغطاء تأميني أو قدمت طعنًا، وكنت تعتقد أننا لا نستجيب بالسرعة الكافية، فيمكنك تقديم شكوى بشأن بطئنا. فيما يلي بعض الأمثلة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • طلبت منا قرار غطاء تأميني سريع أو تظلم سريع، ورفضنا ذلك؛ يمكنك تقديم شكوى. • تعتقد أننا لا نفي بالمواعيد النهائية لقرارات الغطاء التأميني أو التظلمات؛ يمكنك تقديم شكوى. • تعتقد أننا لا نفي بالمواعيد لتقديم غطاء تأميني لك أو لتعويضك عن بعض الخدمات الطبية أو الأدوية التي تمت الموافقة عليها؛ يمكنك تقديم شكوى. • تعتقد أننا لم نفي بالمواعيد النهائية المطلوبة لإرسال حالتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة؛ يمكنك تقديم شكوى.

كيفية تقديم شكوى

القسم 11.2

المصطلحات القانونية

- تُسمى الشكاوى أيضًا مظلمة.
- تقديم شكوى يطلق عليه أيضًا تقديم مظلمة.
- يُطلق على استخدام عملية تقديم الشكاوى أيضًا استخدام عملية تقديم المظلمة.
- يُطلق أيضًا على الشكاوى السريعة اسم المظلمة المستعجلة.

الخطوات التفصيلية: تقديم شكوى

القسم 11.3

الخطوة الأولى: اتصل بنا على الفور - إما عن طريق الهاتف أو كتابياً.

- عادةً ما يكون الاتصال بقسم خدمات الأعضاء هو الخطوة الأولى. إذا كان هناك أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به، فسيخبرك قسم خدمات الأعضاء به.
- إذا كنت لا ترغب في الاتصال (أو اتصلت ولم تكن راضياً)، فيمكنك تقديم شكواك كتابياً وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابياً، فسندرد على شكواك كتابياً.
- الموعد النهائي لتقديم شكوى هو 60 يوماً تقويمياً من وقت وقوع المشكلة التي تريد الشكوى منها.
- سواء كنت تتصل بنا أو تكتب إلينا، يجب عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الفور. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت بعد أن تواجه المشكلة التي تريد الشكوى منها.

الخطوة الثانية: سننظر في شكواك ونعطيك ردنا.

- سنرد عليك على الفور إن أمكن ذلك. إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من إعطائك ردًا على نفس المكالمة الهاتفية.
- يتم الرد على معظم الشكاوى في غضون 30 يوماً تقويمياً. إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات وكان التأخير في مصلحتك أو إذا طلبت مزيداً من الوقت، فيمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يوماً تقويمياً (بإجمالي 44 يوماً تقويمياً) للرد على شكواك. إذا قررنا أن نستغرق أياماً إضافية، فسنخبرك بذلك كتابياً.
- إذا كنت تقدم شكوى بسبب رفضنا لطلبك بالحصول على قرار غطاء تأميني سريع أو تظلم سريع، فسندقدم لك تلقائياً شكوى سريعة. إذا كانت لديك شكوى سريعة، فهذا يعني أننا سنرد عليك في غضون 24 ساعة.
- إذا لم نوافق على شكواك، بعضها أو كلها، أو رفضنا أن نتحمل أي مسؤولية عن المشكلة التي تشكو منها، فسندرج أسبابنا في ردنا عليك.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى المؤسسة المعنية بتحسين الجودة

القسم 11.4

عندما تتعلق شكواك بجودة الرعاية، يُتاح لك أيضاً خياران إضافيان:

- يمكنك تقديم شكواك مباشرةً إلى المؤسسة المعنية بتحسين الجودة. المؤسسة المعنية بتحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة في تحسينها. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.

أو

- يمكنك تقديم شكواك إلى المؤسسة المعنية بتحسين الجودة وإلينا في نفس الوقت.

يمكنك أيضاً إخبار برنامج Medicare بشكواك**القسم 11.5**

يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Maximum مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، يرجى الانتقال إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. يمكنك أيضاً الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

مشكلات تتعلق بمزايا MEDICAID الخاصة بك**القسم الثاني عشر التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا Medicaid الخاصة بك**

لمزيد من المعلومات والمساعدة في التعامل مع مشكلة ما، يمكنك أيضاً الاتصال بالمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid.

إذا كنت مشتركاً في برنامجي Medicare و Medicaid، فقد تتم تغطية بعض خدمات خطتك أيضاً من خلال المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid. لذلك، إذا كنت تعتقد أن رفضنا لتقديم خدمة أو لدفع مقابل خدمة كان خاطئاً، فقد يكون لك الحق أيضاً في أن تطلب من المكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid أن يدفع مقابل الخدمة. قد تكون لديك أيضاً تظلمات وشكاوى تتعلق بخدمات خاضعة للغطاء التأميني المقدم من برنامج Medicaid. يُرجى الاطلاع على دليل Medicaid للحصول على مزيد من المعلومات، أو الاتصال بالمكتب التنفيذي للخدمات الصحية والإنسانية (EOHHS) التابع لبرنامج Michigan Medicaid بالاتصال على معلومات الاتصال المدرجة في القسم السادس من الفصل الثاني من هذا الكتيب.

سنقدم الخطة مساعدة معقولة تتحدد وفق احتياجاتك. قد تشمل تلك المساعدة، على سبيل المثال لا الحصر، مساعدتك في ملء النماذج، ومراجعة مزايا Medicaid الخاصة بك، والرد على أسئلة المطالبات، والشكاوى و/أو التظلمات.

القسم الثالث عشر الإبلاغ عن الاحتيال أو الإهدار أو إساءة الاستخدام

إذا كنت تعتقد أنك قد شهدت احتيالا أو إهداراً أو إساءة استخدام:

- اتصل بالخط الساخن للامتثال التابع لـ CCA على الرقم 1-866-457-4953

أو

- البريد الإلكتروني cca_compliance@commonwealthcare.org

إننا ملتزمون بالعمل على منع و/أو معالجة أي احتيال أو إهدار أو إساءة استخدام.

يمكنك أنت أو أحد أفراد أسرتك أو مقدم الرعاية الخاص بك تقديم بلاغ. تكون البلاغات سرية. يمكن تقديم بلاغ دون الكشف عن الهوية. لن يؤثر ذلك على الخدمات المقدمة إليك.

ما المقصود بالاحتيايل والإهدار وإساءة الاستخدام؟

إنها جميعاً أنواع من إساءة استخدام موارد ، أو أموال، أو ممتلكات CCA Health Michigan، أو الحكومة الفيدرالية أو حكومة الولاية.

- **الاحتيايل:** أعمال غير نزيهة تتم عن قصد ومعرفة بأن الموارد ستذهب إلى شخص غير معتمد لتلك الموارد.
- **الإهدار:** استخدام الكثير جداً من الموارد. الإهدار ليس عن قصد.
- **إساءة الاستخدام:** إجراءات تؤدي إلى تحمل تكاليف أو مدفوعات مقابل خدمات ليست ضرورية طبيًا أو لا تقع ضمن معايير الرعاية المقبولة

أمثلة:

- إصدار فواتير مقابل خدمات التي لم يتم تقديمها
- عدم التحلي بالأمانة عند إصدار فواتير مقابل الخدمات، مثل:
 - تغيير النوع
 - تغيير الرسوم
 - تغيير التاريخ
 - تغيير مقدم الخدمة أو الشخص الذي حصل على الخدمات
- استخدام بطاقة عضوية شخص آخر
- تسليم معدات أو مستلزمات إلى أحد الأعضاء في حين أنه ليس بحاجة إليها

نصائح لحماية نفسك من الاحتيايل

قد تكون عروض المساعدة الطبية المجانية أو العلاجات المجانية التي تأتي إليك في الإعلانات أو المكالمات الهاتفية أو إلى باب منزلك عملية احتيايل.

ما يجب فعله:

- كن حذرًا!
- اقرأ أوراق عملك من CCA Health Michigan وتأكد من حصولك على العلاجات التي تتم محاسبتك عليها. اسأل عن أي شيء لا يبدو لك صحيحًا.
- لا تفصح عن معلومات Medicare أو الضمان الاجتماعي أو الحساب المصرفي أو بطاقة الانتماء الخاصة بك إلى شخص ما عبر الهاتف.

- إذا أتوا إلى منزلك، فاطلب بطاقة هويتهم. لا يمكن لأي شخص من CCA Health Michigan أن يأتي إلى منزلك دون إذن منك.

لمعرفة المزيد، انتقل إلى www.ccahealthmi.org

الفصل العاشر:
إنهاء عضويتك في الخطة

القسم الأول

مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون إنهاء عضويتك في خطه CCA Medicare Maximum طوعياً (باختيارك وحدك) أو غير طوعي (ليس اختيارك):

- يمكنك أن تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد المغادرة. يقدم القسمان الثاني والثالث معلومات بشأن إنهاء عضويتك طوعاً.
- هناك أيضاً حالات محدودة لا تختار فيها المغادرة، لكن يكون لزاماً علينا إنهاء عضويتك. يوضح لك القسم الخامس المواقف التي يجب أن ننهي فيها عضويتك.

إذا كنت ستترك خطتنا، فيجب أن تستمر خطتنا في تقديم الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة لك وستستمر في دفع حصتك في التكلفة حتى تنتهي عضويتك.

القسم الثاني

متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟

قد تتمكن من إنهاء عضويتك لأنك مشترك في برنامجي Medicare و Medicaid

البند 2.1

يمكن لمعظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة فقط من العام. نظراً لأنك مشترك في برنامج Medicaid، فقد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو الانتقال إلى خطة مختلفة مرة واحدة خلال كل فترة من فترات التسجيل الخاصة التالية:

- من يناير إلى مارس
- من أبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

إذا انضمت إلى خطتنا خلال إحدى تلك الفترات، فسيتعين عليك الانتظار إلى الفترة التالية من أجل إنهاء عضويتك أو الانتقال إلى خطة مختلفة. لا يمكنك استخدام فترة التسجيل الخاصة هذه لإنهاء عضويتك في خطتنا بين أكتوبر وديسمبر. ومع ذلك، يمكن لجميع الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare إجراء تغييرات في الفترة من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر خلال فترة التسجيل السنوية. يوضح لك البند 2.2 المزيد عن فترة التسجيل السنوية.

- اختر أيًا من الأنواع التالية من خطط Medicare:

- خطة صحية أخرى من Medicare، مع غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا أو بدونه
- برنامج Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare
- برنامج Original Medicare بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare
- إذا اخترت هذا الخيار، فقد يسجلك برنامج Medicare في خطة أدوية، إلا إذا اخترت عدم الاشتراك في التسجيل التلقائي.

ملاحظة: إذا قمت بإلغاء التسجيل من الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare ولم تحصل على غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة متصلة بلغت 63 يومًا أو أكثر، فقد تضطر إلى دفع غرامة تأخر التسجيل بموجب الجزء (د) في حالة انضمامك لاحقًا إلى خطة أدوية تابعة لبرنامج Medicare.

اتصل بمكتب Michigan Medicaid لمعرفة خيارات خطه Medicaid الخاصة بك (أرقام الهاتف موجودة في القسم السادس من الفصل الثاني من هذا المستند).

- متى ستنتهي عضويتك؟ ستنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر التالي لتلقينا طلبك بتغيير خطتك. سيبدأ تسجيلك في خطتك الجديدة أيضاً في ذلك اليوم.

يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل السنوية

البند 2.2

يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل السنوية (المعروفة أيضاً باسم فترة التسجيل السنوية المفتوحة). خلال ذلك الوقت، راجع غطاءك التأميني الصحي وغطاء الأدوية، واتخذ قراراً بشأن غطاءك التأميني للعام القادم.

- تبدأ فترة التسجيل السنوية من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر.
- اختر الاحتفاظ بغطائك التأميني الحالي أو إجراء تغييرات على غطاءك التأميني للعام القادم. إذا قررت التغيير إلى خطة جديدة، فيمكنك اختيار أي من أنواع الخطط التالية:
 - خطة صحية أخرى من Medicare، مع غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا أو بدونه.
 - برنامج Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare

أو

- برنامج Original Medicare بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare.
 - ستنتهي عضويتك في خطتنا عندما يبدأ الغطاء التأميني لخطتك الجديدة في 1 يناير. إذا كانت تتلقى "مساعدة إضافية" من برنامج Medicare لدفع تكاليف أدويةك الموصوفة طبيًا: إذا انتقلت إلى خطة Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا بموجب برنامج Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في إحدى خطط الأدوية، إلا إذا كنت قد ألغيت الاشتراك في التسجيل التلقائي.
- ملاحظة:** في حالة إلغائك التسجيل من الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare ولم تحصل على غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة متصلة بلغت 63 يومًا أو أكثر، فقد تضطر إلى دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) في حالة انضمامك لاحقًا إلى خطة أدوية تابعة لبرنامج Medicare.

يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح السنوية في Medicare Advantage

البند 2.3

لديك فرصة لإجراء تغيير و/أو حد على غطاءك التأميني الصحي خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage.

- تبدأ فترة التسجيل المفتوح السنوي في Medicare Advantage من 1 يناير إلى 31 مارس.
- خلال فترة التسجيل المفتوح السنوية في Medicare Advantage، يمكنك:
 - الانتقال إلى خطة Medicare Advantage أخرى، مع غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا أو بدونه.
 - إلغاء التسجيل من خطتنا والحصول على غطاء تأميني من خلال Original Medicare. إذا اخترت التحويل إلى خطة Original Medicare خلال تلك الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare في ذلك الوقت.

- ستنتهي عضويتك في اليوم الأول من الشهر التالي لتسجيلك في خطة Medicare Advantage مختلفة أو التالي لحصولنا أن نحصل على طلبك للتحويل إلى Original Medicare. إذا اخترت أيضًا التسجيل في خطة الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare، فستبدأ عضويتك في خطة الأدوية في اليوم الأول من الشهر التالي لتلقي خطة الأدوية لطلب التسجيل الخاص بك.

البند 2.4 في حالات معينة، يمكنك إنهاء عضويتك خلال إحدى فترات التسجيل الخاصة

في بعض الحالات، قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك في أوقات أخرى من العام. تُعرف تلك الفترة باسم فترة التسجيل الخاصة.

قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك خلال إحدى فترات التسجيل الخاصة إذا انطبقت عليك أي من الحالات التالية. هذه مجرد أمثلة، ويمكنك للحصول على قائمة كاملة بالاتصال بالخطة أو الاتصال ببرنامج Medicare أو زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare (www.medicare.gov):

- عادةً، عندما تكون قد انتقلت إلى مكان آخر.
- إذا كنت مشتركًا في برنامج Michigan Medicaid.
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على "مساعدة إضافية" في دفع تكاليف وصفاتك الطبية من Medicare. في حالة إخلالنا بعقدنا معك.
- إذا كنت تحصل على الرعاية في مؤسسة، مثل دار رعاية أو مستشفى رعاية طويلة الأجل (LTC).
- إذا قمت بالتسجيل في برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE).

ملاحظة: إذا كنت مشاركًا في برنامج لإدارة الأدوية، فقد لا تتمكن من تغيير الخطط. القسم العاشر من الفصل الخامس يخبرك بالمزيد عن برامج إدارة الأدوية.

ملاحظة: يخبرك القسم 2.1 بالمزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicaid. تختلف الفترات الزمنية للتسجيل حسب حالتك.

لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإحدى فترات التسجيل الخاصة، يُرجى الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب وضع خاص، فيمكنك اختيار تغيير كل من الغطاء التأميني الصحي وغطاء الأدوية الموصوفة طبيًا من برنامج Medicare. يمكنك الاختيار مما يلي:

- خطة صحية أخرى تابعة لبرنامج Medicare، مع غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا أو بدونه.
- برنامج Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare أو
- برنامج Original Medicare بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare.

ملاحظة: في حالة إغائك التسجيل من الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare ولم تحصل على غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة متصلة بلغت 63 يومًا أو أكثر، فقد تضطر إلى دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) في حالة انضمامك لاحقًا إلى خطة أدوية تابعة لبرنامج Medicare.

إذا كانت تتلقى "مساعدة إضافية" من برنامج Medicare لدفع تكاليف أدويةك الموصوفة طبيًا: إذا انتقلت إلى خطة Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا بموجب برنامج Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في إحدى خطط الأدوية، إلا إذا كنت قد ألغيت الاشتراك في التسجيل التلقائي.

سنتنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر التالي لتلقينا طلبك بتغيير خطتك.

ملاحظة: يخبرك القسمان 2.1 و 2.2 بالمزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicaid وبرنامج "المساعدة الإضافية".

من أين يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات عن الحالات التي يمكنك فيها إنهاء عضويتك؟

القسم 2.5

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن إنهاء عضويتك، فيمكنك القيام بما يلي:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- البحث عن المعلومات في دليل *Medicare & You* لعام 2024.
- الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (الهاتف النصي 1-877-486-2048).

كيف تنهي عضويتك في خطتنا؟

القسم الثالث

يوضح الجدول أدناه كيف ينبغي أن تنهي عضويتك في خطتنا.

إذا كنت ترغب في التبديل من خطتنا إلى أي مما يلي:	هذا ما يجب عليك القيام به:
خطة صحية أخرى من خطط برنامج Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • سجّل في خطة Medicare الصحية الجديدة. سيبدأ غطاؤك التأميني الجديد في اليوم الأول من الشهر التالي. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة CCA Medicare Maximum عندما يبدأ الغطاء التأميني الجديد الذي تقدمه لك خطتك الجديدة.
برنامج Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare	<ul style="list-style-type: none"> • سجل في خطة Medicare الجديدة للأدوية الموصوفة طبيًا. سيبدأ غطاؤك التأميني الجديد في اليوم الأول من الشهر التالي. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة CCA Medicare Maximum عندما يبدأ الغطاء التأميني الجديد الذي تقدمه لك خطتك الجديدة.

إذا كنت ترغب في التبديل من خطتنا إلى أي مما يلي: هذا ما يجب عليك القيام به:

- برنامج Original Medicare بدون خطه منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare
- إذا انتقلت إلى خطه Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطه منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا بموجب برنامج Medicare، فقد يسجلك برنامج Medicare في إحدى خطط الأدوية، إلا إذا كنت قد ألغيت الاشتراك في التسجيل التلقائي.
- في حالة قيامك بإلغاء تسجيلك في الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare ولم تحصل على غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة بلغت 63 يومًا أو أكثر، فقد تضطر إلى دفع غرامة تأخر التسجيل بموجب الجزء (د) في حالة انضمامك لاحقًا إلى خطه أدوية تابعة لبرنامج Medicare.
- أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء التسجيل اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بذلك.
- يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع وطلب إلغاء التسجيل. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. سيتم إلغاء تسجيلك من خطه CCA Medicare Maximum عندما يبدأ غطاؤك التأميني في Original Medicare.

ملاحظة: في حالة إلغائك التسجيل من الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare ولم تحصل على غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة متصلة بلغت 63 يومًا أو أكثر، فقد تضطر إلى دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) في حالة انضمامك لاحقًا إلى خطه أدوية تابعة لبرنامج Medicare.

ل طرح أسئلة بشأن مزايا Michigan Medicaid، اتصل بالمكتب التنفيذي للصحة والخدمات الإنسانية (EOHHS) على الرقم 1-800-642-3195 (الهاتف النصي 711). اسأل كيف يؤثر الانضمام إلى خطه أخرى أو العودة إلى Original Medicare على طريقة حصولك على الغطاء التأميني من Michigan Medicaid.

القسم الرابع يجب أن تستمر في الحصول على خدماتك الطبية وأدويةك من خلال خطتنا إلى أن تنتهي عضويتك

إلى أن تنتهي عضويتك في برنامج CCA Medicare Maximum، ويبدأ الغطاء التأميني الجديد لك من Medicare، يجب أن تستمر في الحصول على رعايتك الطبية وأدويةك الموصوفة طبيًا من خلال خطتنا.

- استمر في الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استمر في استخدام الصيدليات التابعة لشبكتنا أو اطلب بالبريد صرف وصفاتك الطبية.
- إذا دخلت المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، فستغطي خطتنا إقامتك في المستشفى حتى تاريخ خروجك (حتى إذا خرجت بعد بدء الغطاء التأميني الصحي الجديد الخاص بك).

القسم الخامس يجب أن تُنهي خطة CCA Medicare Maximum عضويتك في الخطة في موافق معينة

البند 5.1 متى يجب علينا إنهاء عضويتك في الخطة؟

يتعين على خطة CCA Medicare Maximum إنهاء عضويتك في الخطة في حالة حدوث أي مما يلي:

- إذا لم تعد مشتركًا في الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare
- إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Michigan Medicaid. وفقًا لما ينص عليه الفصل الأول، القسم 2.1، خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين لكل من Medicare و Medicaid.
- إذا لم تعد مستوفيًا لشروط الأهلية، ولكن من المتوقع بشكل معقول أن تستعيد أهليتك في غضون ثلاثة (3) أشهر، فإنك تظل مؤهلاً للحصول على عضوية خطتنا (الفصل الرابع، القسم 2.1 يتناول الغطاء التأميني وتقاسم التكاليف خلال فترة استمرار الأهلية).
- إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا
- إذا ظللت بعيدًا عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر
- إذا انتقلت أو قمت برحلة طويلة، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي ستنتقل إليه أو ستسافر إليه في نطاق منطقة خطتنا.
- إذا تعرضت للسجن (ذهبت إلى السجن)
- إذا لم تعد مواطنًا أمريكيًا أو لم تكن متواجدًا فيها بشكل قانوني
- إذا كذبت أو حجبت عنا معلومات تتعلق بتأمين آخر لديك يوفر لك غطاءً تأمينيًا بالأدوية الموصوفة طبيًا
- إذا قدمت لنا عمدًا عند التسجيل في خطتنا معلومات غير صحيحة وكانت تلك المعلومات تؤثر على أهليتك للاشتراك في خطتنا. (لا يمكننا أن نجبرك على ترك خطتنا لهذا السبب ما لم نحصل على إذن مسبق من برنامج Medicare).
- إذا كنت تتصرف باستمرار بطريقة مزعجة تجعل من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية لك ولغيرك من الأعضاء الآخرين في خطتنا. (لا يمكننا أن نجبرك على ترك خطتنا لهذا السبب ما لم نحصل على إذن مسبق من برنامج Medicare).
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (لا يمكننا أن نجبرك على ترك خطتنا لهذا السبب ما لم نحصل على إذن مسبق من برنامج Medicare).
- إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب، فقد يطلب برنامج Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك.
- إذا طُلب منك دفع مبلغ الجزء (د) الإضافي بسبب دخلك ولم تدفعه، فسيقوم برنامج Medicare بإلغاء تسجيلك من خطتنا.

أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات؟

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات بشأن الحالات التي يمكننا فيها إنهاء عضويتك، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 5.2 لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك

غير مسموح لخطه CCA Medicare Maximum أن تطلب منك ترك خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك.

ماذا يجب أن تفعل إذا حدث ذلك؟

إذا شعرت بأنه يُطلب منك ترك خطتنا لأسباب تتعلق بصحتك، فاتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (الهاتف النصي 1-877-486-2048).

القسم 5.3 يحق لك تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فيجب أن نخبرك كتابيًا بأسبابنا المبررة لإنهاء عضويتك. يجب علينا أيضًا أن نشرح لك طريقة تقديم تظلم أو تقديم شكوى من قرارنا بإنهاء عضويتك.

الفصل الحادي عشر: الإشعارات القانونية

القسم الأول

إشعار عن القانون الحاكم

القانون الرئيسي الذي يخضع له مستند الدليل الإرشادي للغطاء التأميني المائل هو الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي واللوائح التي تم وضعها بموجب قانون الضمان الاجتماعي من جانب مراكز خدمات Medicare و Medicaid، أو CMS. بالإضافة إلى ذلك، قد تسري قوانين فيدرالية أخرى عليه، وفي ظل ظروف معينة، قد تسري قوانين الولاية التي تعيش فيها. قد يؤثر ذلك على حقوقك ومسؤولياتك حتى إذا لم ندرج تلك القوانين أو نشرها في هذا المستند.

القسم الثاني

إخطار عدم التمييز

إننا لا نميز على أساس العرق، أو الإثنية، أو الأصل القومي، أو اللون، أو الدين، أو الجنس، أو النوع، أو العمر، أو التوجه الجنسي، أو الإعاقة الذهنية أو الجسدية، أو الحالة الصحية، أو تجربة المطالبات، 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، الامتثال للقوانين الفيدرالية المناهضة للتمييز، ومن بينها الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والقسم 1557 من قانون الرعاية الميسرة، وجميع القوانين الأخرى التي تسري على المنظمات التي تحصل على تمويل فيدرالي، وأي قوانين وقواعد أخرى تكون منطبقة لأي سبب آخر.

إذا كنت تريد مزيداً من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة، فيرجى الاتصال بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019 (الهاتف النصي 1-800-537-7697) أو المكتب المحلي للحقوق المدنية. يمكنك أيضاً مراجعة المعلومات من مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على <https://www.hhs.gov/ocr/index.html>.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على الرعاية، فيرجى الاتصال بنا على قسم خدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، على سبيل المثال مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فيمكن لقسم خدمات الأعضاء مساعدتك.

تمتثل شركة Commonwealth Care Alliance, Inc.® لقوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تمارس التمييز، أو تستبعد الأشخاص أو تعاملهم بشكل مختلف، بسبب الحالة الطبية أو الحالة الصحية أو حصولهم على خدمات صحية أو تجربة المطالبات أو التاريخ الطبي أو الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة السلوكية) أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو الجنس (بما في ذلك الصور النمطية الجنسية والهوية الجنسية) أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي أو العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو المساعدة العامة أو مكان الإقامة. شركة Commonwealth Care Alliance:

- تقدم مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
 - مترجمون فوريون للغة الإشارة مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة بحروف كبيرة، صوت، تنسيقات إلكترونية سهل الوصول إليها، تنسيقات أخرى)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
 - مترجمون فوريون مؤهلون
 - معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بخدمات الأعضاء.

إذا كنت تعتقد أن شركة Commonwealth Care Alliance, Inc. قد أخفقت في تقديم هذه الخدمات أو مارست التمييز بطريقة أخرى على أساس الحالة الطبية أو الحالة الصحية أو حصولهم على خدمات صحية أو تجربة المطالبات أو التاريخ الطبي أو الإعاقة (بما في ذلك الإعاقة السلوكية) أو الحالة الاجتماعية أو العمر أو الجنس (بما في ذلك الصور النمطية الجنسية والهوية الجنسية) أو التوجه الجنسي أو الأصل القومي أو العرق أو اللون أو الدين أو العقيدة أو المساعدة العامة أو مكان الإقامة، فيمكنك تقديم شكوى إلى:

Commonwealth Care Alliance, Inc.
Civil Rights Coordinator
30 Winter Street
Boston, MA 02108

الهاتف: 0474-960-617، الرقم الداخلي 3932 (الهاتف النصي 711) فاكس: 857-453-4517
البريد الإلكتروني: civilrightscoordinator@commonwealthcare.org

يمكنك تقديم الشكوى بصورة شخصية أو عن طريق البريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى، فإن منسق الحقوق المدنية متاح لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن الحقوق المدنية إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية، إلكترونيًا من خلال بوابة مكتب شكاوى الحقوق المدنية، على ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf، أو عبر البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

الهاتف: 1-800-368-1019، 1-800-537-7697 (جهاز الاتصالات للصم)

نماذج الشكاوى متاحة على www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على الرعاية، فيُرجى الاتصال بنا على قسم خدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، على سبيل المثال مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فيمكن لقسم خدمات الأعضاء مساعدتك.

إشعار عن حقوق الحلول للدافع الثانوي التابع لبرنامج Medicare

القسم الثالث

لدينا الحق والمسؤولية في تحصيل مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare والتي لا يكون برنامج Medicare هو الدافع الرئيسي لها. وفقًا للوائح CMS الواردة في القسمين 422.108 و 423.462 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، فإن خطة CCA Medicare Maximum، باعتبارها إحدى مؤسسات Medicare Advantage، ستمارس نفس حقوق الاسترداد التي يمارسها السكرتير بموجب لوائح CMS في الأجزاء الفرعية من (ب) إلى (د) من الجزء 411 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، والقواعد المنصوص عليها في هذا القسم تحل محل أي قوانين خاصة بالولاية.

القسم الرابع من سيتلقى المدفوعات بموجب هذا العقد

ستدفع خطة CCA Medicare Maximum أو مسؤولها الخارجي مقابل الخدمات المقدمة التي صرح بها فريق رعايتك بموجب هذا العقد مباشرةً إلى مقدم الخطة. لا يُطلب منك دفع أي شيء مستحق على خطة CCA Health Michigan.

القسم الخامس التكنولوجيا الجديدة

نراجع بانتظام الإجراءات والأجهزة والعلاجات والأدوية الجديدة لتحديد ما إذا كانت آمنة وفعالة للأعضاء أم لا. التكنولوجيا الجديدة التي تبين أنها آمنة وفعالة مؤهلة لتصبح خدمات خاضعة للغطاء التأميني. إذا أصبحت التكنولوجيا خدمة خاضعة للغطاء التأميني، فستخضع لجميع الشروط والأحكام الأخرى الخاصة بالخطة، بما في ذلك الضرورة الطبية وأي مبلغ سداد مشترك من الأعضاء أو نسبة مشاركة في السداد أو مبالغ تحمّل أو مساهمات دفع أخرى معمول بها.

يعتبر أي جهاز أو علاج طبي أو دواء أو مستلزمات أو إجراء لم يتم إثبات سلامته وفعالته فإنه يعتبر تجريبيًا أو بحثيًا أو غير مثبت. العلاجات البحثية أو غير المثبتة ليست ضرورية طبيًا، وهي مستبعدة من الغطاء التأميني، ما لم يذكر برنامج Medicare أو وثائق خطة CCA صراحةً أن الغطاء التأميني يشملها.

عندما نحدد ما إذا كنا سنغطي تكنولوجيا جديدة لعضو واحد بسبب ظروفه السريرية الخاصة، أو بسبب استفادته جميع خيارات العلاج الأخرى، وكان هناك سبب يدعو للاعتقاد بأن التدخل المطلوب سيكون ناجحًا، يتخذ أحد مديرينا الطبيين قرارًا بشأن الضرورة الطبية بناءً على الوثائق الطبية للعضو، وبناءً على مراجعة الأدلة العلمية المنشورة، وكذلك بناءً على التشاور مع اختصاصي ذي خبرة متخصصة أو مهنية ذات صلة عند الاقتضاء.

القسم السادس تقديم المعلومات عند الطلب

بصفتك عضوًا في الخطة، يحق لك طلب معلومات عن الأمور التالية:

- معلومات التغطية العامة والخطة المقارنة
- إجراءات التحكم في الاستخدام
- برامج تحسين الجودة
- البيانات الإحصائية بشأن الشكاوى والتظلمات
- الوضع المالي لخطة CCA Health Michigan أو أحد الكيانات التابعة لها

القسم السابع الإخطارات

أي إخطار نوجهه إليك بموجب هذا العقد سيتم إرساله بالبريد على عنوانك الموضح في سجلاتنا. يجب عليك إخطارنا على الفور بأي تغيير في عنوانك. عندما تحتاج إلى إخطارنا، يجب إرسال الإخطار بالبريد إلى CCA Health Michigan, PO Box 21063, Eagan, MN 55121 أو الاتصال بنا مباشرةً على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي 711).

القسم السابع الإخطار بأحداث معينة

سنخطرک إذا اضطررنا إلى إنهاء عقد مع أحد مقدمي الخدمة أو مع منشأة تتلقى منها خدمات أو لم يعد بإمكاننا استخدامها. ويشمل ذلك المستشفيات أو الأطباء أو أي شخص آخر نتعاقد معه ليقدم الخدمات أو المزايا. سنتخذ الترتيبات اللازمة لكي تحصل على الخدمات من مقدم خدمة آخر.

الفصل الثاني عشر: تعريفات الكلمات المهمة

المركز الجراحي المتنقل - المركز الجراحي المتنقل هو كيان يعمل حصريًا بغرض تقديم خدمات جراحية للمرضى الخارجيين الذين لا يحتاجون إلى إقامة المستشفى والذين لا تتجاوز مدة إقامتهم المتوقعة في المركز 24 ساعة.

التظلم - التظلم هو شيء تفعله إذا كنت لا توافق على قرارنا برفض طلب تغطية خدمات الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة طبيًا أو دفع مقابل الخدمات أو الأدوية التي تلقيتها بالفعل. يمكنك أيضًا تقديم تظلم إذا كنت لا توافق على قرارنا بإيقاف الخدمات التي تلقاها.

فترة الاستحقاق - الطريقة التي تقيس بها خطتنا وبرنامج Original Medicare استخدامك لخدمات المستشفى ومرفق التمريض المتخصص. تبدأ فترة الاستحقاق من اليوم الذي تذهب فيه إلى مستشفى أو إلى مرفق التمريض المتخصص. تنتهي فترة الاستحقاق عندما لا تكون قد تلقيت أي رعاية داخلية في المستشفى (أو رعاية متخصصة في مرفق تمريض متخصص) لمدة 60 يومًا على التوالي. إذا ذهبت إلى مستشفى أو مرفق تمريض متخصص بعد انتهاء فترة استحقاق واحدة، فستبدأ فترة استحقاق جديدة. لا يوجد حد لعدد فترات الاستحقاق.

المنتج البيولوجي - دواء يُصرف بوصفة طبية مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها بالضبط، لذلك تسمى الأشكال البديلة البدائل الحيوية. تعمل البدائل الحيوية عمومًا بنفس الفاعلية وبنفس القدر من الأمان الذي تعمل به المنتجات البيولوجية الأصلية.

البديل الحيوي - دواء يُصرف بوصفة طبية يُعتبر مشابهًا جدًا للمنتج الحيوي الأصلي، ولكنه غير مطابق له. تعمل البدائل الحيوية عمومًا بنفس الفعالية وبنفس القدر من الأمان مثل المنتج الحيوي الأصلي؛ ومع ذلك، تتطلب البدائل الحيوية عمومًا وصفة طبية جديدة لتحل محل المنتج الحيوي الأصلي. استوفت البدائل الحيوية التي يمكن استخدامها بدلاً من المنتج الحيوي الأصلي متطلبات إضافية تسمح بأن تحل محله في الصيدلية دون وصفة طبية جديدة، وفقًا لقوانين الولاية.

دواء يحمل اسمًا تجاريًا - دواء يُصرف بوصفة طبية تتولى تصنيعه وبيعه شركة أدوية قامت في الأصل بأبحاث على الدواء وطورته. تحتوي الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا على نفس تركيبة المكون النشط الموجود في الإصدار المكافئ من الدواء. ومع ذلك، يتم تصنيع الأدوية المكافئة وبيعها من جانب مصنعي أدوية آخرين ولا يتم توفيرها عمومًا إلا بعد انتهاء مدة براءة اختراع الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا.

فريق الرعاية - فريق قد يتكون من مقدم الرعاية الأساسي و/أو ممرضة ممارسة و/أو ممرضة مسجلة و/أو مساعد طبي مسؤول عن تنسيق جميع رعايتك الطبية. إن "تنسيق" خدماتك يشمل على أن نتحقق وأن نتشاور معك ومع مقدمي الخدمات الطبية المتابعين لك، بشأن رعايتك ومدى تقدمها. انظر الفصل الثالث، القسم 2.1 للحصول على معلومات عن فريق رعايتك.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid - الوكالة الفيدرالية التي تدير Medicare.

العامل الصحي المجتمعي - يساعد العامل الصحي المجتمعي الأعضاء على إدارة المحددات الاجتماعية للصحة (SDOH) من خلال تحديد وربط الأعضاء بالخدمات والموارد داخل مجتمعاتهم؛ باستخدام نهج يركز على الأعضاء يهدف إلى تحسين صحة الأعضاء وتمكين استقلالهم. تشمل المحددات الاجتماعية للصحة على ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر: الإسكان والمساعدة العامة [المساعدة النقدية SNAP وSSI]، والبرامج النهارية، والمساعدة في الوقود.

الشكوى - الاسم الرسمي لتقديم شكوى هو **تقديم مظلمة**. لا تُستخدم عملية الشكوى إلا لأنواع معينة من المشكلات. ويشمل ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء التي تلقاها. كما تشمل أيضًا على الشكاوى إذا كانت خطتك لا تتبع الفترات الزمنية في عملية الطعن.

منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) - منشأة تقدم بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد مرض أو إصابة، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، والعلاج التنفسي، والعلاج الوظيفي، وخدمات أمراض النطق واللغة، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

استمرارية الرعاية (COC) — مقدار الوقت الذي يمكنك الاستمرار فيه في زيارة أطباءك والحصول على خدماتك الحالية بعد أن تصبح عضوًا في خطه CCA Medicare Maximum. فترة استمرار الرعاية تستمر لمدة 90 يومًا أو حتى يكتمل تقييمك الشامل وخطه رعايتك الفردية.

تقرير الغطاء التأميني - قرار بشأن ما إذا كان الدواء الموصوف لك يخضع للغطاء التأميني من الخطه وبشأن المبلغ، إن وجد، المطلوب منك دفعه مقابل الوصفة الطبية. بشكل عام، إذا أحضرت وصفتك الطبية إلى صيدلية وأخبرتك الصيدلية أن الوصفة الطبية غير خاضعة للغطاء التأميني بموجب خطتك، فهذا ليس تقرير غطاء تأميني. ينبغي عليك الاتصال بخطتك أو الكتابة إليها لطلب قرار رسمي بشأن الغطاء التأميني. تُسمى مقررات الغطاء التأميني في هذا المستند باسم قرارات الغطاء التأميني.

الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني - المصطلح الذي نستخدمه لنعني به جميع الأدوية الموصوفة طبيًا التي تغطيها خطتنا.

الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني - المصطلح الذي نستخدمه لنعني به جميع خدمات ومستلزمات الرعاية الصحية التي تغطيها خطتنا.

غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا - غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا (على سبيل المثال، من صاحب عمل أو اتحاد) والتي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما يعادل على الأقل الغطاء التأميني المعتاد للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare. يمكن للأشخاص الذين لديهم هذا النوع من الغطاء التأميني عندما يصبحون مؤهلين لبرنامج Medicare الاحتفاظ بذلك الغطاء التأميني بشكل عام دون دفع غرامة، وذلك إذا قرروا التسجيل في الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare لاحقًا.

الرعاية الوصائية - الرعاية الوصائية هي الرعاية الشخصية المقدمة في دار رعاية أو مأوى لعلاج أصحاب الأمراض المميتة أو أي مرفق آخر عندما لا تحتاج إلى رعاية طبية متخصصة أو رعاية تمرريض متخصص. تشمل الرعاية الوصائية، التي يقدمها أشخاص لا يتمتعون بمهارات مهنية أو تدريب، المساعدة في أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، وتناول الطعام، والدخول إلى السرير أو الجلوس على الكرسي أو النهوض منهما، والتنقل، واستخدام الحمام. وقد يشمل أيضًا أنواع الرعاية الصحية التي يقوم بها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. لا يدفع برنامج Medicare مقابل الرعاية الوصائية.

إلغاء التسجيل - عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

خطط ذوي الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة (D-SNP) - تسجل خطط ذوي الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة الأفراد الذين يحق لهم الحصول على كل من Medicare (الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الولاية بموجب Medicaid (الباب التاسع عشر). تغطي الولايات بعض تكاليف Medicare، تبعًا للولاية وأهلية الفرد.

الفرد المؤهل تأهيلًا مزدوجًا - شخص مؤهل للحصول على الغطاء التأميني من كلٍ من Medicaid و Medicare.

المعدات الطبية المعمرة (DME) - بعض المعدات الطبية التي يطلبها طبيبك لأسباب طبية. من أمثلتها المشايات والكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي تعمل بالكهرباء ومستلزمات السكري ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين والبخاخات وأسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل .

الحالة الطبية الطارئة - هي الحالة التي تعتقد فيها أنت، أو أي شخص عادي حصيد لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى رعاية طبية فورية للحيلولة دون أن تفقد حياتك (وإذا كنتِ امرأة حامل، للحيلولة دون فقد الجنين)، أو للحيلولة دون فقد أحد الأطراف أو وظيفته، أو للحيلولة دون فقد إحدى وظائف الجسم أو ضعفها بشكل خطير. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا، أو إصابة، أو ألمًا شديدًا، أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

رعاية الطوارئ - الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني والتي: (1) يقدمها مقدم خدمة مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ؛ و(2) تكون ضرورية لعلاج حالة طبية طارئة أو تقييمها أو استقرارها.

الدليل الإرشادي للغطاء التأميني (EOC) ومعلومات الإفصاح - هذا المستند، بالإضافة إلى نموذج التسجيل الخاص بك وأي مرفقات أو ملحقات أو أي غطاء تأميني آخر اختياري يتم اختياره، والتي تشرح غطاءك التأميني، وما يجب علينا فعله، وحقوقك، وما يجب عليك فعله كعضو في خطتنا.

الاستثناء - نوع من قرارات الغطاءات التأمينية يسمح لك، في حالة الموافقة عليه، بالحصول على دواء غير موجود في كتيب الوصفات (استثناء كتيب الوصفات)، أو الحصول على دواء غير مفضل بنسبة مشاركة أقل في التكلفة (استثناء الفئات السعرية). يمكنك أيضًا طلب استثناء إذا كانت خطتنا تشترط أن تجرّب دواءً آخر قبل أن تحصل على الدواء الذي تطلبه، أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية أو جرعة الدواء الذي تطلبه (استثناء كتيب الوصفات).

المساعدة الإضافية - أحد برامج Medicare أو أحد برامج الولاية التي تهدف إلى مساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج الأدوية الموصوفة طبيًا من برنامج Medicare، مثل الأقساط، ومبالغ التحمل، ونسبة المشاركة في السداد.

الدواء المكافئ - دواء موصوف طبيًا معتمد من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية باعتباره يحتوي على نفس المادة الفعالة التي يحتوي عليها الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا. وبصفة عامة، يعمل الدواء المكافئ بنفس مفعول الدواء الذي يحمل علامة تجارية وعادةً ما تكون تكلفته أقل.

المظلمة - نوع من الشكاوى التي تقدمها وتتعلق بخطتنا أو مقدمي الخدمات أو الصيدليات، بما في ذلك الشكاوى المتعلقة بجودة رعايتك. ولا يشمل على نزاعات تتعلق بالغطاء التأميني أو الدفع.

المساعد الصحي المنزلي - شخص يقدم خدمات لا تحتاج إلى مهارات الممرضة المرخصة أو المعالج المرخص، كالمساعدة في الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام، أو استخدام المراحيض، أو ارتداء الملابس، أو القيام بالتمارين الموصوفة طبيًا).

مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة - ميزة توفر علاجًا خاصًا للعضو الذي تم اعتماده طبيًا بأنه مريض مرض مميت، مما يعني أن متوسط العمر المتوقع له 6 أشهر أو أقل. يجب أن نقدم نحن، خطتك، لك قائمة بالمستشفيات في منطقتك الجغرافية. إذا اخترت مأوى لرعاية أصحاب الأمراض المميّنة واستمرت في دفع الأقساط، فأنت لا تزال عضوًا في خطتنا. لا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات الضرورية طبيًا بالإضافة إلى المزايا التكميلية التي نقدمها.

إقامة مريض مقيم في المستشفى - إقامة في المستشفى عندما يتم إدخالك رسميًا إلى المستشفى للحصول على خدمات طبية متخصصة. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل مريضًا خارجيًا.

مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل (IRMAA) - إذا كان إجمالي دخلك المعدل كما هو موضح في إقرارك الضريبي لدائرة الإيرادات الداخلية منذ عامين أعلى من مبلغ معين، فستدفع مبلغ القسط الموحد بالإضافة إلى مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل، والمعروف أيضًا باسم IRMAA. مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل هو رسم إضافي يُضاف إلى قسطك. يتأثر بذلك أقل من 5% من الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare، لذا لن يدفع معظم الأشخاص قسطًا أعلى.

فترة التسجيل الأولية - عندما تكون مؤهلاً لأول مرة لبرنامج Medicare، هي الفترة الزمنية التي يمكنك فيها التسجيل في الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Medicare بعد بلوغك من العمر 65 عامًا، فإن فترة التسجيل الأولية تكون فترة 7 أشهر تبدأ قبل 3 أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه من العمر 65 عامًا، وتشمل الشهر الذي تبلغ فيه من العمر 65 عامًا، وتنتهي بعد 3 أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه من العمر 65 عامًا.

قائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني (كتيب الوصفات أو "قائمة الأدوية") - قائمة بالأدوية الموصوفة طبيًا التي تغطيها الخطة.

دعم الدخل المنخفض (LIS) - انظر "المساعدة الإضافية".

برنامج Medicaid (أو المساعدة الطبية) - هو برنامج حكومي مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في تحمل بعض التكاليف الطبية عن بعض الأشخاص من ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة. تتباين برامج Medicaid التابعة للولاية، ولكن يتم توفير غطاء تأميني لمعظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare و Medicaid.

دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا - استخدام دواء معتمد من إدارة الغذاء والدواء أو تويده ككتب مرجعية معينة.

ضرورة طبيًا - الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية المطلوبة لوقاية حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها، وتستوفي معايير الممارسة الطبية المقبولة.

برنامج Medicare - هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، بالإضافة إلى بعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ممن يعانون من إعاقات معينة، وكذلك الأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في مراحله النهائية (عادةً، الأشخاص الذين يعانون من فشل كلوي دائم يتطلب غسيلًا كلويًا أو زراعة كلية).

فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage - الفترة الزمنية من 1 يناير إلى 31 مارس عندما يمكن للأعضاء المشتركين في خطة Medicare Advantage إلغاء تسجيلهم والتحول إلى خطة أخرى من خطط Medicare Advantage، أو الحصول على غطاء تأميني من خلال Original Medicare. إذا اخترت التحويل إلى خطة Original Medicare خلال تلك الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare في ذلك الوقت. فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage متاحة أيضًا لمدة 3 أشهر بعد أن يكون الفرد مؤهلاً لأول مرة لبرنامج Medicare.

خطه Medicare Advantage - تُسمى أحياناً الجزء (ج) من برنامج Medicare. وهي خطة تقدمها شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتقدم لك جميع مزايا الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage إما: (1) خطة HMO، أو (2) خطة PPO، أو (3) خطة رسوم مقابل خدمة الخاصة (PFFS)، أو (4) خطة حساب التوفير الطبي من Medicare (MSA). بالإضافة إلى الاختيار من بين تلك الأنواع من الخطط، يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage HMO أو PPO أيضاً خطة احتياجات خاصة (SNP). في معظم الحالات، تقدم خطط Medicare Advantage أيضاً الجزء (د) من Medicare (غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا). تُسمى تلك الخطط خطط Medicare Advantage مع غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا .

الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare - الخدمات التي يغطيها الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. يجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية جميع الخدمات التي يغطيها الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. مصطلح الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare لا يشمل المزايا الإضافية، مثل الرؤية أو الأسنان أو السمع التي قد تقدمها خطة Medicare Advantage.

خطة Medicare الصحية - هي خطة صحية من Medicare تقدمها شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتقديم مزايا الجزء (أ) والجزء (ب) للأشخاص المشتركين في Medicare المسجلين في الخطة. يشمل هذا المصطلح جميع خطط Medicare Advantage، وخطط تكاليف Medicare، وخطط ذوي الاحتياجات الخاصة، وبرامج العروض التوضيحية/البرامج التجريبية، وبرامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE).

الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare (الجزء د من Medicare) - تأمين للمساعدة في دفع تكاليف الأدوية المقررة بوصفة طبية لمرضى العيادات الخارجية واللقاحات والمواد البيولوجية وبعض المستلزمات التي لا يغطيها الجزء (أ) أو الجزء (ب) من برنامج Medicare.

العضو (عضو خطتنا، أو عضو الخطة) - شخص مشترك في برنامج Medicare مؤهل للحصول على خدمات خاضعة للغطاء التأميني، وقد تم تسجيله في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من جانب مراكز خدمات Medicare و Medicaid.

قسم خدمات الأعضاء - قسم من أقسام خطتنا مسؤول عن الإجابة عن أسئلتك المتعلقة بعضويتك، ومزاياك، وشكاواك، وتظلماتك.

الصيدلية التابعة للشبكة - صيدلية تتعاقد مع خطتنا يمكن من خلالها لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا. في معظم الحالات، لا تغطي وصفاتك الطبية إلا إذا تم صرفها في إحدى الصيدليات التابعة لشبكة الخطة.

مقدم الخدمة التابع للشبكة - مقدم الخدمة هو المصطلح العام الذي يطلق على الأطباء واختصاصيي الرعاية الصحية الآخرين والمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى المرخصة أو المعتمدة من برنامج Medicare ومن الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. يبرم مقدمو الخدمات التابعون للشبكة مع خطتنا اتفاقاً لقبول المبالغ التي ندفعها باعتبارها دفعة كاملة، وفي بعض الحالات للتنسيق وتقديم خدمات خاضعة للغطاء التأميني لأعضاء خطتنا. يُطلق على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أيضاً اسم "مقدمو الخدمات التابعون للخطة".

تقرير المؤسسة - قرار تتخذه خطتنا بشأن ما إذا كانت المنتجات أو الخدمات خاضعة للغطاء التأميني أم لا، أو المبلغ الذي يتعين عليك دفعه مقابل المنتجات أو الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني. ويُطلق على مقررات المؤسسة في هذا المستند اسم "قرارات الغطاء التأميني".

خطة Original Medicare (خطة Traditional Medicare أو خطة Fee-for-service Medicare) – يتم تقديم خطة Original Medicare من جانب الحكومة، فهي ليست خطة صحية خاصة مثل خطط Medicare Advantage وخطط الأدوية الموصوفة طبيًا. بموجب خطة Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare من خلال دفع مبالغ يحددها الكونجرس إلى الأطباء والمستشفيات وغيرهم من الأطباء. يمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو أي طبيب آخر يقبل برنامج Medicare. يجب أن تدفع مبلغ التحمل. يدفع برنامج Medicare حصته من المبلغ الذي اعتمده برنامج Medicare، وتدفع أنت حصتك. يتكون برنامج Original Medicare من جزأين: الجزء (أ) (تأمين المستشفى) والجزء (ب) (التأمين الطبي) وهو متاح في كل مكان في الولايات المتحدة.

صيدلية خارج الشبكة - صيدلية ليس لديها عقد مع خطتنا من أجل تنسيق الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني أو توفيرها لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات خارج الشبكة إلا عند انطباق شروط معينة.

مقدم خدمة خارج الشبكة أو مرفق خارج الشبكة - مقدم خدمة أو مرفق ليس لديه عقد مع خطتنا لتنسيق الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني أو لتقديمها لأعضاء خطتنا. مقدمو الخدمة خارج الشبكة هم مقدمو خدمة لا تستعين بهم خطتنا ولا تملكهم ولا تدبرهم.

خطة برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن – تجمع خطة برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE) بين خدمات الرعاية الطبية والاجتماعية والرعاية طويلة الأجل (LTC) للأشخاص الضعفاء لمساعدة هؤلاء الأشخاص على البقاء مستقلين والعيش في مجتمعهم لأطول فترة ممكنة (بدلاً من الانتقال إلى دار رعاية مسنين). يحصل الأشخاص المسجلون في خطط برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن على مزايا Medicare و Medicaid من خلال الخطة.

الجزء (ج) - راجع خطة Medicare Advantage.

الجزء (د) - برنامج مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا الطوعي من Medicare.

أدوية الجزء (د) - الأدوية التي يمكن أن يغطيها الجزء (د). قد نقدم أو لا نقدم جميع أدوية الجزء (د). استبعد الكونجرس فئات معينة من الأدوية من الغطاء التأميني للجزء (د). يجب أن تغطي كل خطة فئات معينة من أدوية الجزء (د).

عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء (د) - مبلغ يُضاف إلى قسطك الشهري المدفوع في مقابل الغطاء التأميني للأدوية من برنامج Medicare، وذلك إذا لم يكن لديك غطاء تأميني جدير بالثقة (غطاء تأميني من المتوقع أن يدفع، في المتوسط، ما لا يقل عن المبلغ المعتاد المدفوع من الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا المقدم من Medicare) لمدة متصلة تبلغ 63 يومًا أو أكثر بعد أن تكون مؤهلاً لأول مرة للانضمام إلى خطة الجزء (د). إذا فقدت "المساعدة الإضافية"، فقد تخضع لعقوبة تأخر التسجيل إذا قضيت 63 يومًا متواصلة أو أكثر بدون الحصول على غطاء تأميني للجزء (د) أو أي غطاء تأميني آخر جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا.

قسط التأمين - المبلغ الدوري الذي تدفعه إلى برنامج Medicare، أو إلى إحدى شركات التأمين، أو إلى خطة رعاية صحية أخرى من أجل الحصول على غطاء تأميني صحي أو غطاء تأميني للأدوية. أعضاء خطة CCA Medicare Maximum لا يدفعون قسطًا في الخطة.

مقدم الرعاية الأساسي (PCP) – الطبيب أو أي مقدم رعاية آخر تزوره أولاً من أجل معظم المشكلات الصحية. في العديد من خطط Medicare الصحية، يجب عليك زيارة مقدم الرعاية الأساسي قبل زيارة أي طبيب آخر.

التصريح المسبق - يلزم الحصول على موافقة مسبقة من أجل تلقي خدمات معينة أو أدوية معينة. الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني التي تحتاج إلى تصريح مسبق موضحة في مخطط المزايا الطبية في الفصل الرابع. الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني التي تحتاج إلى تصريح مسبق موضحة في كتيب الوصفات.

الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام - الأجهزة الطبية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والرقبة، والأطراف الاصطناعية؛ والعيون الاصطناعية؛ والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء داخلي من الجسم أو وظيفة داخلية، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والحقنية.

المؤسسة المعنية بتحسين الجودة - هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة في تحسينها.

حدود الكمية - أداة إدارة مصممة للحد من استخدام الأدوية المختارة لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو الاستغلال. قد تفرض تلك الحدود على كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية أو على فترة زمنية محددة.

أداة المزايا اللحظية - بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمسجلين فيه البحث عن معلومات كاملة ودقيقة دون تأخير مناسبة سريريًا ومعلومات كتيب الوصفات الطبية والمزايا الخاصة بالمسجلين. ويشمل ذلك مبالغ تقاسم التكلفة، والعلاجات البديلة في كتيب الوصفات الطبية التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية لدواء معين، وقيود الغطاء التأميني (التصريح المسبق، والعلاج التدريجي، وحدود الكميات) التي تنطبق على العلاجات البديلة.

خدمات إعادة التأهيل - تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي، وعلاج النطق واللغة، والعلاج الوظيفي.

منطقة الخدمة - منطقة جغرافية يجب أن تعيش فيها من أجل الانضمام إلى خطة صحية معينة. بالنسبة للخطة التي تضع قيودًا على الأطباء والمستشفيات التي قد تستخدمها، فهي أيضًا بشكل عام المنطقة التي يمكنك فيها الحصول على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). يجب أن تقوم الخطة بالغاء تسجيلك إذا انتقلت بشكل دائم خارج منطقة خدمة الخطة.

رعاية مرفق التمريض المتخصص (SNF) - خدمات رعاية وإعادة تأهيل من تريض متخصص تُقدم بشكل مستمر يوميًا في مرفق تريض متخصص. من أمثلة تلك الرعاية: العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدي التي لا يمكن إعطاؤها إلا من ممرضة مسجلة أو طبيب مسجل.

خطة الاحتياجات الخاصة - نوع خاص من أنواع خطط Medicare Advantage يوفر رعاية صحية أكثر تركيزًا لمجموعات معينة من الأشخاص، مثل الأشخاص المشتركين في كلٍ من Medicare و Medicaid، أو الذين يقيمون في دار رعاية، أو الذين يعانون من حالات طبية مزمنة معينة.

العلاج التدريجي - أداة استخدام تتطلب منك أولاً تجربة دواء آخر لعلاج حالتك الطبية قبل أن نغطي الدواء الذي قد يصفه طبيبك في البداية.

دخل الضمان التكميلي (SSI) - ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأشخاص المحدودي الدخل والموارد والذين يعانون من إعاقة أو المكفوفين أو البالغين من العمر 65 عامًا أو أكثر. مزايا دخل الضمان التكميلي ليست مثل مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات المطلوبة بشكل عاجل – هي خدمات تخضع للغطاء التأميني وليست خدمات طوارئ، شريطة أن يكون ذلك في الحالات التي لا يكون مقدمو خدمات الشبكة متاحين مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليهم أو عندما يكون المسجل خارج منطقة الخدمة. على سبيل المثال، إذا كنت بحاجة إلى رعاية فورية خلال عطلة نهاية الأسبوع. يجب أن تكون الخدمات المطلوبة على الفور وضرورية طبيًا.

خدمات عضو خطة CCA Medicare Maximum

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
الاتصال	<p>(855) 959-5855</p> <p>المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً (بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية). يوفر قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.</p>
الهاتف النصي	<p>711</p> <p>يتطلب هذا الرقم معدات هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث.</p> <p>المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 1 أكتوبر حتى 31 مارس من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، طوال أيام الأسبوع؛ من 1 أبريل حتى 30 سبتمبر من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً، من الاثنين حتى الجمعة</p>
الفاكس	813-472-8203
الكتابة	<p>CCA Health Michigan PO BOX 21063 EAGEN, MN 55121</p>
الموقع الإلكتروني	www.ccahealthmi.org

برنامج مساعدة التأمين الصحي بولاية ميشيغان (SHIP).

برنامج مساعدة التأمين الصحي بولاية ميشيغان هو برنامج تابع للولاية يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات التأمين الصحي المحلية مجانًا للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare.

الطريقة	معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-803-7174
الكتابة	<p>Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program 6105 W. St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850</p>
الموقع الإلكتروني	www.mmapinc.org

بيان إفصاح قانون الحد من الأعمال الورقية وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية (Paperwork Reduction Act) لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تكن تعرض رقم تحكم صالحًا صادر عن مكتب الإدارة والميزانية الأمريكية (OMB). ورقم التحكم الصالح لمجموعة المعلومات والصادر عن مكتب الإدارة والميزانية الأمريكية هو 0938-1051. إذا كانت لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850. © 2023 CCA Health Michigan