



1 يناير - 31 ديسمبر 2024

دليل الغطاء التأميني:

مزايا وخدمات Medicare الصحية والغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا بصفتك عضوًا في CCA Medicare Excel (HMO-POS)

تقدم لك هذه الوثيقة تفاصيل حول الغطاء التأميني من Medicare الذي يشمل الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة طبيًا 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 للحصول على مزيد من المعلومات. (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711). ساعات العمل من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المنطقة الشرقية)، طوال أيام الأسبوع خلال الفترة من 1 أكتوبر حتى 31 مارس، من الاثنين إلى الجمعة خلال الفترة من 1 أبريل حتى 30 سبتمبر. هذه المكالمات مجانية.

تقدم شركة CCA Health Michigan, Inc هذه الخطة، وهي CCA Medicare Excel (HMO-POS) (عندما يذكر الدليل الإرشادي للغطاء التأميني المائل كلمات مثل "نحن" أو "لنا" أو "لدينا"، فيُقصد بها شركة CCA Health Michigan, Inc).
عندما يذكر كلمة "الخطة" أو "خطينا"، فإنه يقصد بها خطة CCA Medicare Excel (HMO POS).

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا في تنسيقات أخرى، مثل الطباعة بحروف كبيرة أو بطريقة برايل أو الصوت. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855 (الهاتف النصي 711)، طوال أيام الأسبوع، خلال الفترة من 1 أكتوبر إلى 31 مارس. (وخلال الفترة من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر: من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة).

قد تتغير المزايا و/أو الأقساط و/أو مبلغ السداد المشترك/نسبة المشاركة في السداد في 1 يناير 2024.

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 بخطينك 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_001_C

موافقة مكتب الإدارة والموازنة (OMB) رقم 0938-1051 (تنتهي: 29 فبراير 2024)

دليل الغطاء التأميني لعام 2024

جدول المحتويات

5.....	الفصل الأول: البدء باعتبارك عضواً
6.....	القسم الأول مقدمة
7.....	القسم الثاني كيف تصبح مؤهلاً لتكون عضواً في الخطة؟
8.....	القسم الثالث مواد مهمة للعضوية سوف تتلقاها
10.....	القسم الرابع تكاليفك الشهرية لخطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel
12.....	القسم الخامس المزيد من المعلومات عن قسطك الشهري
13.....	القسم السادس التحديث المستمر لسجل عضويتك في الخطة
15.....	القسم السابع كيفية عمل أي تأمين آخر مع خطتنا
16.....	الفصل الثاني: أرقام الهواتف والموارد المهمة
17.....	القسم الأول جهات اتصال خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى قسم خدمات الأعضاء)
23.....	القسم الثاني برنامج Medicare (كيفية الحصول على مساعدة ومعلومات مباشرة من برنامج Federal Medicare)
25.....	القسم الثالث برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (مساعدة مجانية ومعلومات وإجابات عن أسئلتك المتعلقة ببرنامج Medicare)
26.....	القسم الرابع منظمة تحسين الجودة
27.....	القسم الخامس الضمان الاجتماعي
28.....	القسم السادس Medicaid
29.....	القسم السابع معلومات عن البرامج التي تساعد الأشخاص على دفع ثمن الأدوية الموصوفة لهم
32.....	القسم الثامن كيفية الاتصال بمجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية
33.....	القسم التاسع هل لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من صاحب العمل؟
34.....	الفصل الثالث: استخدام الخطة من أجل خدماتك الطبية
34.....	القسم الأول أمور يجب معرفتها بشأن حصولك على رعايتك الطبية باعتبارك عضواً في خطتنا
36.....	القسم الثاني الاستعانة بمقدمي خدمات داخل شبكة الخطة للحصول على رعايتك الطبية
38.....	القسم الثالث كيفية الحصول على الخدمات عندما تكون لديك حالة طارئة أو حاجة ملحة للرعاية أو في أثناء وقوع كارثة
41.....	القسم الرابع ماذا لو تمت محاسبتك مباشرة على تكلفة خدماتك الكاملة؟
42.....	القسم الخامس كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية؟
44.....	القسم السادس قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية
45.....	القسم السابع قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة
47.....	الفصل الرابع: مخطط المزايا الطبية (ما الأشياء التي تخضع للغطاء التأميني وما الذي تدفعه)
48.....	القسم الأول فهم تكاليفك النظرية للخدمات الخاضعة للغطاء التأميني
49.....	القسم الثاني استخدم مخطط المزايا الطبية لمعرفة ما الذي تتم تغطيته والمبلغ الذي ستدفعه

القسم الثالث ما الخدمات التي لا تغطيها الخطة؟ 94

97..... الفصل الخامس: استخدام الغطاء التأميني الذي توفره الخطة للأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)

القسم الأول مقدمة 93

القسم الثاني صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد التابعة للخطة 93

القسم الثالث يجب أن تكون أدويةك مدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة 97

القسم 3.3 كيف يمكنك معرفة ما إذا كان هناك دواء معين مدرج في "قائمة الأدوية"؟ 98

القسم الرابع هناك قيود على الغطاء التأميني لبعض الأدوية 99

القسم الخامس ماذا لو كان أحد أدويةك غير خاضع للغطاء التأميني بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها؟ 100

القسم السادس ماذا لو تغير الغطاء التأميني الذي يشمل أحد أدويةك؟ 102

القسم السابع ما أنواع الأدوية التي لا تغطيها الخطة؟ 104

القسم الثامن صرف الوصفات الطبية 105

القسم التاسع الغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) في حالات خاصة 106

القسم العاشر البرامج المتعلقة بسلامة الأدوية وإدارة العلاجات 107

109..... الفصل السادس: ما الذي ستدفعه مقابل الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)

القسم الأول مقدمة 110

القسم الثاني يتوقف المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء على المرحلة التي تكون بها من مراحل دفع تكاليف الأدوية وقت حصولك على الدواء 112.....

القسم الثالث نرسل إليك تقارير توضح المدفوعات الخاصة بأدويةك ومرحلة الدفع التي أنت فيها 113

القسم الرابع لا يوجد مبلغ تحمل لخطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel 114

القسم الخامس خلال مرحلة الغطاء التأميني الأولي، تدفع الخطة حصتها من تكاليف أدويةك، وتدفع أنت حصتك 114

القسم السادس التكاليف في مرحلة فجوة الغطاء التأميني 119

القسم السابع خلال مرحلة الغطاء التأميني للكوارت، تدفع الخطة كامل تكلفة أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني 120

القسم الثامن لقاحات الجزء (د). يتوقف المبلغ الذي تدفعه على كيفية الحصول على تلك اللقاحات ومكان الحصول عليها 120

122..... الفصل السابع: مطالبتنا بدفع حصتنا من فاتورة استلمتها مقابل خدمات طبية أو أدوية خاضعة للغطاء التأميني

القسم الأول المواقف التي ينبغي أن تطلب منا فيها أن ندفع حصتنا في تكلفة خدماتك أو أدويةك الخاضعة للغطاء التأميني 123

القسم الثاني كيف تطلب منا أن نرد لك مبلغ الفاتورة أو أن نسد لك قيمة الفاتورة التي استلمتها 125

القسم الثالث سوف ننظر في طلب الدفع الذي قدمته وسنرد بنعم أو لا 126

127..... الفصل الثامن: حقوقك ومسؤولياتك

القسم الأول يجب أن تراعي خطتنا حقوقك وحساسياتك الثقافية كعضو في الخطة 128

القسم الثاني تقع على عاتقك بعض المسؤوليات باعتبارك عضوًا في الخطة 133

135..... الفصل التاسع: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات غطاء تأميني، أو تظلمات، أو شكاوى)

القسم الأول مقدمة 136

القسم الثاني من أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة التي تناسب احتياجاتك 136

القسم الثالث للتعامل مع مشكلتك، ما هي العملية التي يجب عليك استخدامها؟ 137

القسم الرابع دليل أساسيات قرارات الغطاء التأميني والتظلمات 138

- القسم الخامس رعايتك الطبية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم على قرار غطاء تأميني..... 141
- القسم السادس أدويتك الموصوفة طبيباً الخاضعة للجزء (د): كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم 148
- القسم السابع كيف تطلب منا أن نغطي إقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أن الطبيب سيخرجك من المستشفى قريباً جداً .. 156
- القسم الثامن كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن غطاءك التأميني سينتهي قريباً جداً 162
- القسم التاسع نقل تظلمك إلى الدرجة الثالثة والدرجات التي تليها 167
- القسم العاشر كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو غيرها من المخاوف 169

174..... الفصل العاشر: إنهاء عضويتك في الخطة

- القسم الأول مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا 177
- القسم الثاني متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟ 177
- القسم الثالث كيف تنهي عضويتك في خطتنا؟ 180
- القسم الرابع يجب أن تستمر في الحصول على خدماتك الطبية وأدويتك من خلال خطتنا إلى أن تنتهي عضويتك 180
- القسم الخامس يجب أن تُنهي خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel عضويتك في الخطة في مواقف معينة 181

183..... الفصل الحادي عشر: الإشعارات القانونية

- القسم الأول إشعار عن القانون الحاكم 184
- القسم الثاني إخطار عدم التمييز 184
- القسم الثالث إشعار عن حقوق الحلول للدافع الثانوي التابع لبرنامج Medicare 184

185..... الفصل الثاني عشر: تعريفات الكلمات المهمة

الفصل الأول:

البدء باعتبارك عضوًا

القسم الأول مقدمة

القسم 1.1 إنك مسجل في خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) وهي إحدى خطط Medicare HMO Point-of-Service

إنك تخضع لغطاء تأميني من Medicare، وقد اخترت الحصول على رعايتك الصحية من Medicare وغطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا من خلال خطتنا CCA Medicare Excel (HMO-POS). 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 Excel (HMO-POS) هي إحدى خطط Medicare Advantage HMO (يشير مصطلح HMO إلى منظمة الحفاظ على الصحة) المعتمدة من برنامج Medicare وتديره شركة خاصة. نقطة الخدمة تعني أنه يمكنك استخدام مقدمي خدمات خارج الشبكة التابعة للخطة مقابل تكلفة إضافية. (انظر الفصل الثالث، القسم 2.4 للحصول على معلومات عن استخدام خيار نقطة الخدمة).

يعتبر الغطاء التأميني الذي تقدمه هذه الخطة غطاءً تأمينيًا صحيًا 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.

القسم 1.2 ما هو مستند الدليل الإرشادي للغطاء التأميني؟

يوضح لك مستند الدليل الإرشادي للغطاء التأميني المائل كيفية الحصول على رعايتك الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا. 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 بصفقتك عضوًا في خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS).

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 كانت لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.3 المعلومات القانونية عن الدليل الإرشادي للغطاء التأميني

هذا الدليل الإرشادي للغطاء التأميني هو جزء من عقدنا المبرم معك بشأن الطريقة التي تغطي بها خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) رعايتك. 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 Excel (HMO-POS) في الفترة فيما بين 1 يناير 2024 و31 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 Excel (HMO-POS) ومزاياها بعد 31 ديسمبر 2024. يمكننا أيضًا بعد 31 ديسمبر 2024 اختيار التوقف عن تقديم الخطة في منطقة خدمتك.

يجب أن يعتمد برنامج Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) في 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.

القسم الثاني كيف تصبح مؤهلاً لتكون عضوًا في الخطة؟

القسم 2.1 متطلبات أهليتك

تظل مؤهلاً للحصول على عضوية خطتنا طالما توافرت الشروط التالية:

- كنت مشتركًا في كلٍ من Medicare الجزء (أ) والجزء (ب)
- -- و -- كنت تعيش في المنطقة الجغرافية التي نقدم بها خدمتنا (يصف القسم 2.2 أدناه المنطقة التي نقدم بها خدمتنا). لا يُعتبر الأفراد المحبوسون يعيشون في منطقة الخدمة الجغرافية حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا.
- -- و -- كنت مواطنًا أمريكيًا أو كنت متواجدًا في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل قانوني

القسم 2.2 فيما يلي منطقة خدمة خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)

تتوافر خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) 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: جينيبي و لابير وماكومب ومونرو وأوكلاند وسانت كلير وواين.

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.

القسم 2.3 مواطن أمريكي متواجد بشكل قانوني

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

القسم الثالث مواد مهمة للعضوية سوف تتلقاها

القسم 3.1 بطاقة عضويتك في الخطة

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، إن وجدت. فيما يلي نموذج لبطاقة العضوية يوضح لك شكل بطاقة عضويتك:

<00000>	
	MedicareRx <small>Prescription Drug Coverage</small>
Member Name: <Member Name>	RxBIN: 810011 RxPCN: CTRXMEDD RxGrp: RHPMD
Member ID: <0000000>	Health Plan: <00000> Plan ID: <000> Plan Name: <Plan>
PCP Name: <Provider Name> PCP Phone: <555-555-5555>	Members: ccahealthmi.org Member/Provider Service: 855-959-5855 Pharmacy Customer Service: 844-705-7498 TTY/TDD: 711 Delta Dental: 800-330-2732 OTC/Vision/Food: <555-555-5555>
Member: Present this card to receive services from network providers. For Benefits, provider network or general information call Customer Service. If you have a medical emergency, dial 911 or go to nearest urgent care/emergency room and call your PCP within 48 hours.	
Mail Provider Claims to: CCA Health Michigan P.O. Box 94370 Lubbock, TX 79493	Mail Dental Claims to: Delta Dental PO Box 9298 Farmington Hills, MI 48333-9298
PAYER ID: RHP01	
 Medicare Advantage HMO PCP Copay: \$0	

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 Excel (HMO-POS)، فقد تضطر إلى أن تتحمل بنفسك دفع تكلفة الخدمات الطبية كاملة. احتفظ ببطاقة Medicare في مكان آمن. قد يُطلب منك إظهارها إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات رعاية أصحاب الأمراض المزمنة 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 الطبية والصيديات

القسم 3.2

يحتوي دليل مقدمي الخدمات الطبية والصيديات على قائمة بمقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا وموردي المعدات الطبية المعمرة. مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم الأطباء وغيرهم من اختصاصيي الرعاية الصحية والمجموعات الطبية وموردي المعدات الطبية المعمرة والمستشفيات وغيرها من مرافق الرعاية الصحية التي أبرمت اتفاقاً 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. الاستثناءات 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 Excel (HMO-POS) بالاستعانة بمقدمي خدمات من خارج الشبكة.

الصيديات التابعة للشبكة هي جميع الصيديات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية الخاضعة للغطاء التأميني لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام دليل مقدمي الخدمات الطبية والصيديات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي تريد استخدامها. انظر الفصل الخامس، القسم 2.5 للحصول على معلومات بشأن الحالات التي يمكنك فيها استخدام الصيديات غير المدرجة في شبكة الخطة.

سيخبرك دليل مقدمي الخدمات الطبية والصيديات أيضاً بالصيديات التابعة لشبكتنا التي لديها نسبة تقاسم تكلفة تفضيلية، والتي قد تكون أقل من نسبة تقاسم التكلفة المعتادة في التكاليف التي تقدمها الصيديات الأخرى التابعة للشبكة لبعض الأدوية. تتوفر أحدث قائمة بمقدمي الخدمات والموردين على موقعنا الإلكتروني على www.ccahealthmi.org.

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

قائمة الأدوية التي تغطيها الخطة (كتيب الوصفات)

القسم 3.3

تحتوي الخطة على قائمة بالأدوية التي تغطيها الخطة (كتيب الوصفات) ونطلق عليها اختصاراً "قائمة الأدوية". توضح الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) التي تغطيها مزايا الجزء (د) التي تشملها خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS). 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 Excel (HMO-POS).

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 عن الأدوية التي تغطيها الخطة، يمكنك زيارة موقع الخطة الإلكتروني (www.ccahealthmi.org) أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

تكاليفك الشهرية لخطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)

القسم الرابع

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 شهرياً المرتبط بالدخل (القسم 4.4)

تختلف أقساط الجزء (ب) والجزء (د) من برنامج Medicare بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المختلف. إذا كانت لديك أسئلة بشأن تلك الأقساط، فراجع نسختك من دليل Medicare & You لعام 2024، تحت القسم المسمى تكاليف Medicare لعام 2024. إذا كنت بحاجة إلى نسخة، فيمكنك تنزيلها من موقع Medicare على الويب (www.medicare.gov). أو يمكنك طلب نسخة مطبوعة عبر الهاتف 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.

القسم 4.1 قسط الخطة

إنك لا تدفع قسطاً شهرياً منفصلاً لخطة CCA Medicare Excel (HMO-POS).

القسم 4.2 القسط الشهري للجزء (ب) من Medicare

يتعين على العديد من الأعضاء دفع أقساط Medicare أخرى

يجب أن تستمر في دفع أقساط برنامج Medicare لتظل عضواً في الخطة. ويشمل ذلك قسط الجزء (ب) الذي يتوجب عليك دفعه. وقد يشمل أيضاً قسط الجزء (أ) والذي يؤثر على الأعضاء غير المؤهلين للحصول على الجزء (أ) مجاناً دون أقساط.

القسم 4.3 عقوبة تأخر التسجيل في الجزء (د)

يلتزم بعض الأعضاء بدفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د). غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) هي قسط إضافي يجب دفعه ليغطي الجزء (د) إذا كانت هناك فترة 63 يوماً 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 طبياً. الغطاء التأميني الجدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبياً

هو الغطاء الذي يفى بالحد الأدنى من معايير Medicare، حيث من المتوقع أن يدفع، في المتوسط، ما يعادل على الأقل الغطاء التأميني القياسي من Medicare للأدوية الموصوفة طبياً. تعتمد تكلفة غرامة تأخر التسجيل على المدة التي قضيتها بدون غطاء تأميني لأدوية الجزء (د) أو أي غطاء آخر جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبياً. سيتعين عليك دفع تلك الغرامة طالما ظلت تتمتع بغطاء تأميني للجزء (د).

عند تسجيلك لأول مرة في برنامج CCA Medicare Excel (HMO-POS)، سنخبرك بمبلغ العقوبة.

ولن تضطر إلى دفعه في الحالات التالية:

- إذا كانت تتلقى "مساعدة إضافية" من برنامج Medicare في دفع تكاليف أدويةك الموصوفة طبياً.
- إذا كنت قد قضيت مدة أقل من 63 يوماً 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 غطاءً جديرًا بالثقة أم لا. قد يتم إرسال تلك المعلومات إليك في رسالة أو ضمن نشرة إخبارية من الخطّة. احتفظ بهذه المعلومات، لأنك قد تحتاج إليها في حالة انضمامك لاحقًا إلى إحدى خطط الأدوية التابعة 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:

- إذا قضيت 63 يومًا أو أكثر دون غطاء تأميني لأدوية الجزء (د) أو أي غطاء تأميني آخر جدير بالثقة للأدوية الموصوفة طبيًا بعد أن أصبحت مؤهلاً لأول مرة للتسجيل في الجزء (د)، فستحسب الخطّة عدد الأشهر الكاملة التي لم يكن لديك فيها غطاء تأميني. تبلغ الغرامة 1% عن كل شهر لم يكن لديك فيه غطاءً تأمينيًا جديرًا بالثقة. على سبيل المثال، إذا قضيت 14 شهرًا بدون غطاء تأميني، فستكون العقوبة 14%.
- ثم يحدد برنامج Medicare مبلغ متوسط القسط الشهري لخطط 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.

القسم 4.4 مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل

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 ذلك الإجمالي المعدل كما ورد في إقرارك الضريبي لدائرة الإيرادات الداخلية منذ عامين. إذا كان هذا المبلغ يتجاوز مبلغًا معينًا، فستدفع مبلغ القسط القياسي وكذلك المبلغ الإضافي للتسوية الشهرية المرتبط بالدخل. لمزيد من المعلومات بشأن المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه بناءً على ذلك، تفضل بزيارة <https://wovrage/monthly-premium-for-drug-ww.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-cplans>.

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 شيك المزايا كافيًا ليغطي المبلغ الإضافي، فستُرسل لك 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 الخطة وستفقد الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا.

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

القسم الخامس المزيد من المعلومات عن قسطك الشهري

القسم 5.1 في حالة دفعك لغرامة تأخر التسجيل في الجزء (د)، فهناك عدة طرق يمكنك من خلالها دفع الغرامة

هناك طريقتان يمكنك بهما دفع الغرامة.

الخيار الأول: الدفع باستخدام شيك

يمكنك أن تقرر دفع غرامة التسجيل المتأخر الشهرية في الجزء (د) من خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) إلى خطتنا مباشرةً. سنرسل لك فاتورة كل شهر.

أرسل شيكك أو شيك أمين الصندوق أو حوالة بريدية مستحقة الدفع إلى خطة CCA Health Michigan. يجب استلام المدفوعات بحلول اليوم الأول من كل شهر. إننا لا نقلل المدفوعات النقدية سواء عن طريق البريد أو في مراكز خدمات الأعضاء لدينا. أرفق مدفوعاتك والكوبون الموجود أسفل فاتورتك في مطروف مسجل بعلم الوصول وأرسله بالبريد إلى: CCA Health Michigan

PO Box 778966
Chicago, IL 60677-8966

الخيار الثاني: خصم عقوبة تأخر التسجيل في الجزء (د) من خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) من شيك الضمان الاجتماعي الشهري

تغيير الطريقة التي تدفع بها غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د). إذا قررت تغيير الخيار الذي تدفع من خلاله غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) من خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى ثلاثة أشهر لسريان طريقة الدفع الجديدة. في الوقت الذي نقوم فيه بمعالجة طلبك لطريقة الدفع الجديدة، فإنك تتحمل مسؤولية التأكد من دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) في الوقت المحدد. لتغيير طريقة الدفع الخاصة بك، اتصل بقسم خدمات الأعضاء. (أرقام هواتف قسم خدمات الأعضاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب).

ماذا تفعل إذا كنت تواجه مشكلة في دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) من خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)

تكون غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) مستحقة في مكتبنا بحلول أول الشهر. إذا لم نتلق مدفوعاتك بحلول أول يوم في الشهر، فسنرسل إليك إشعارًا يفيد بأن عضويتك في الخطة ستنتهي إذا لم نتلق غرامة تأخر التسجيل، إذا كانت مستحقة، في غضون 3 أشهر. إذا طلب منك دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د)، فيتعين عليك دفع الغرامة للحفاظ على الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا.

إذا كنت تواجه مشكلة في دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د)، عند استحقاقها، في الوقت المحدد، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان بإمكاننا توجيهك إلى البرامج التي ستساعدك في تحمل تكاليفك.

إذا أنهينا عضويتك لأنك لم تدفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د)، إذا كانت مستحقة، فستحصل على غطاء تأميني صحي بموجب Original Medicare. بالإضافة إلى ذلك، قد لا تتمكن من الحصول على غطاء تأميني وفقًا للجزء (د) حتى العام التالي إذا قمت بالتسجيل في خطة جديدة خلال فترة التسجيل السنوية. (إذا ظللت دون غطاء تأميني جدير بالثقة للأدوية لأكثر من 63 يومًا، فقد تضطر إلى دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء (د) طوال الفترة التي تتمتع فيها بغطاء تأميني وفقًا للجزء (د)).

في الوقت الذي ننهي فيه عضويتك، قد تظل مدينًا لنا بالغرامة التي لم تدفعها. يحق لنا متابعة تحصيل المبلغ الذي تدين به. في المستقبل، إذا كنت ترغب في التسجيل مرة أخرى في خطتنا (أو خطة أخرى نقدمها)، فيجب أن تدفع المبلغ الذي في ذمتك لنا قبل أن تتمكن من التسجيل.

إذا كنت تعتقد أننا أخطأنا بإنهاء عضويتك، فيمكنك تقديم شكوى (تسمى أيضًا مظلمة)؛ راجع الفصل التاسع لمعرفة كيفية تقديم شكوى. إذا تعرضت لظرف طارئ خارج عن سيطرتك تسبب في عدم قدرتك على دفع غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د)، إذا كانت مستحقة، خلال فترة السماح التي منحناها لك، فيمكنك تقديم شكوى. بالنسبة للشكاوى، سنراجع قرارنا مرة أخرى. يوضح القسم العاشر من الفصل التاسع من هذا المستند كيفية تقديم شكوى، أو يمكنك الاتصال بنا على الرقم 855-959-8555 في الفترة فيما بين 1 أكتوبر إلى 31 مارس: سبعة أيام في الأسبوع من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً. (بتوقيت المنطقة الشرقية) 1 أبريل - 30 سبتمبر: من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا حتى الساعة 8:00 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية، يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 711. يجب عليك تقديم طلبك في موعد أقصاه 60 يومًا من تاريخ انتهاء عضويتك.

هل يمكننا تغيير قسط خطتك الشهري خلال العام؟

القسم 5.2

لا. غير مسموح لنا بتغيير المبلغ الذي نتقاضاه منك عن قسط الخطة الشهري خلال العام. إذا تغير قسط الخطة الشهري للعام القادم، فسنخبرك في سبتمبر، وسيجري التغيير في 1 يناير.

ومع ذلك، في بعض الحالات، قد تتمكن من التوقف عن دفع غرامة تأخر التسجيل، إذا كانت مستحقة، أو تحتاج إلى البدء في دفع غرامة تأخر التسجيل. قد يحدث ذلك إذا أصبحت مؤهلاً لبرنامج "المساعدة الإضافية" أو إذا فقدت أهليتك لبرنامج "المساعدة الإضافية" خلال العام:

- إذا كنت تدفع حاليًا غرامة تأخر التسجيل في الجزء (د) وأصبحت مؤهلاً للحصول على "مساعدة إضافية" خلال العام، فستتمكن من التوقف عن دفع غرامتك.
- 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. يمكنك معرفة المزيد عن برنامج "المساعدة الإضافية" في القسم السابع من الفصل الثاني.

القسم السادس التحديث المستمر لسجل عضويتك في الخطة

يحتوي سجل عضويتك على معلومات مستمدة من نموذج التسجيل الخاص بك، من بينها عنوانك ورقم هاتفك ومقدم الخدمة الأساسي لك. وهو يوضح الغطاء التأميني المحدد المقدم من خطتك.

يحتاج الأطباء والمستشفيات والصيدلة ومقدمو الخدمات الآخرون في شبكة الخطّة 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
- التغييرات في أي غطاء تأمين صحي آخر لديك (على سبيل المثال من صاحب العمل أو الزوج/الزوجة أو صاحب عمل شريكك في المنزل أو تعويض عمال 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 نحتك 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.

القسم السابع كيفية عمل أي تأمين آخر مع خطتنا

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 تحتاج 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 تحتاج 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 كانت لديك غطاءً تأمينياً للمتقاعدين، فإن برنامج Medicare يدفع أولاً.
- أما إذا كان الغطاء التأميني للخطة الصحية لمجموعتك يعتمد على عمالك الحالي أو عمل أحد أفراد أسرته، 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 عاماً وتعاني من إعاقة وكنت أنت أو أحد أفراد أسرته 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 عاماً، وكنت أنت أو أحد أفراد أسرته 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 الأغذية التأمينية هي التي تدفع أولاً مقابل الخدمات المتعلقة بكل نوع:

- تأمين بغض النظر عن المسؤول عن الأضرار (بما في ذلك التأمين على السيارات)
- المسؤولية (بما في ذلك تأمين السيارات)
- مزايا تأمين الرئة السوداء
- تعويض العمال

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

الفصل الثاني: أرقام الهواتف والموارد المهمة

القسم الأول

جهات اتصال خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)

(كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى قسم خدمات الأعضاء)

كيفية الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطينا

للحصول على مساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو الأسئلة المتعلقة ببطاقة العضوية، يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء التابع لخطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) أو الكتابة إليهم. يسعدنا مساعدتك.

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).</p> <p>يوفر قسم خدمات الأعضاء كذلك خدمات ترجمة فورية مجانية لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.</p>
الهاتف النصي	<p>711</p> <p>المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.</p> <p>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 Eagan, MN 55121</p>
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 مزايك 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 للرعاية 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 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

الطريقة	التنظيمات من الرعاية 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
	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

الطريقة	قرارات الغطاء التأميني والتنظيمات المتعلقة بالأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) - معلومات الاتصال
الاتصال	844-705-7498
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
الهاتف النصي	711
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.
الفاكس	877-239-4565
الكتابة	Optum Rx P.O. Box 25184 Santa Ana, California 92799
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. لا ينطوي هذا النوع من الشكاوى على نزاعات بشأن 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
الهاتف النصي	711
الفاكس	888-918-2993
الكتابة	CCA Health Michigan AP/GR PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121
موقع Medicare الإلكتروني	يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel أو مباشرةً 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
<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).</p>	الاتصال
<p>711</p> <p>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).</p>	الهاتف النصي
813-472-8203	الفاكس
<p>CCA Health Michigan PO BOX 21063 EAGAN, MN 55121</p>	الكتابة
<p>يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) أو مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، يرجى الانتقال إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.</p>	موقع Medicare الإلكتروني

إلى أين تُرسل طلبًا لتطلب منا دفع حصتنا في 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 حصتنا في 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 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 برنامج Medicare (كيفية الحصول على مساعدة ومعلومات مباشرة من برنامج (Federal 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 مراحله 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 على هذا الرقم مجانية 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في 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.

Medicare - معلومات الاتصال	الطريقة
<p>www.medicare.gov</p> <p>هذا هو الموقع الحكومي الرسمي لبرنامج Medicare. فهو يقدم لك أحدث المعلومات عن Medicare ومشكلات Medicare الحالية. كما يحتوي على معلومات عن المستشفيات ودور الرعاية والأطباء ووكالات الصحة المنزلية ومنتشآت الغسيل الكلوي. ويشتمل على مستندات يمكنك طباعتها مباشرة من جهاز الكمبيوتر لديك. يمكنك أيضًا العثور على جهات اتصال برنامج Medicare في ولايتك.</p> <p>يحتوي الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare أيضًا على معلومات تفصيلية بشأن خيارات الأهلية والتسجيل في برنامج Medicare باستخدام الأدوات التالية:</p> <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. <p>يمكنك أيضًا استخدام الموقع الإلكتروني لإخبار برنامج Medicare بأي شكاوى لديك تتعلق بخطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • أخبر Medicare عن شكواك: يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) مباشرة 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 مكتبتك 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 مستخدم الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

القسم الثالث برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (مساعدة مجانية ومعلومات وإجابات عن أسئلتك المتعلقة ببرنامج 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 (MMAP).

برنامج MMAP هو برنامج مستقل بالولاية (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 MMAP على فهم حقوقك في برنامج Medicare، ومساعدتك على تقديم شكاوى بشأن رعايتك الطبية أو علاجك، ومساعدتك على تسوية المشكلات المتعلقة بفواتير برنامج Medicare. 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 www.medicare.gov (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 (MMAP) - 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

منظمة تحسين الجودة

القسم الرابع

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

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

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 عصرًا (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 عصرًا (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

القسم الخامس الضمان الاجتماعي

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 مراحله 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. بعض الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare مؤهلون أيضاً للاشتراك في برنامج Medicaid. البرامج المقدمة من برنامج Medicaid تساعد الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare على دفع تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare التي يجب عليهم سدادها. تشمل برامج **Medicare Savings** ما يلي:

- برنامج **Qualified Medicare Beneficiary (QMB)**: يساعد في دفع أقساط برنامج Medicare الجزء (أ) والجزء (ب)، وغير ذلك من تقاسم التكاليف (مثل مبالغ التحمل ونسبة المشاركة في السداد ومبالغ السداد المشترك). (بعض الأشخاص المشتركين في QMB مؤهلون أيضاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة (+QMB)).
- برنامج **Specified Low-Income Medicare Beneficiary (SLMB)**: يساعد في دفع أقساط الجزء (ب). (بعض الأشخاص المشتركين في SLMB مؤهلون أيضاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة (+SLMB)).
- برنامج **Qualifying Individual (QI)**: يساعد في دفع أقساط الجزء (ب).
- برنامج **Qualified Disabled & Working Individuals (QDWI)**: يساعد في دفع أقساط الجزء (أ).

لمعرفة المزيد عن برنامج Medicaid وبرامجه، اتصل بإدارة الخدمات الطبية المجتمعية في ميشيغان.

الطريقة	إدارة الخدمات الطبية الصحية المجتمعية في ميشيغان - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-642-3195 من الساعة 8:00 صباحاً 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

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-medicare-drug-coverage/costs-in-the-coverage-gap/6-ways-to-get-help-with-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

يقدم برنامج Medicare "مساعدة إضافية" لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا للأشخاص محدودي الدخل والموارد. تشمل الموارد مدخراتك وأسهمك، ولكن ليس منزلك أو سيارتك. إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على مساعدة في دفع أي قسط شهري لخطة أدوية Medicare، ومبلغ التحمل السنوي، ومبلغ السداد المشترك للوصفات الطبية. تُحتسب "المساعدة الإضافية" أيضًا ضمن التكاليف النثرية.

إذا كنت مؤهلاً تلقائيًا للحصول على "المساعدة الإضافية"، فسيُرسل لك برنامج Medicare خطابًا بالبريد. لن تضطر إلى تقديم طلب. إذا لم تكن مؤهلاً تلقائيًا، فقد تتمكن من الحصول على "مساعدة إضافية" لدفع أقساط وتكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا. لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على "مساعدة إضافية" أم لا، اتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-633-4227 على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع؛
- مكتب الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213، بين الساعة 8 صباحًا و7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-325-0778؛ أو
- مكتب Medicaid في ولايتك (الطلبات) (انظر القسم السادس من هذا الفصل للحصول على معلومات الاتصال).

إذا كنت تعتقد أنك مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية" وتعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح كنسبة تقاسم تكاليف 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 المشتركة، 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 كالصيدي 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

- (أ) نسخة من بطاقة Medicaid الخاصة بك، والتي تحتوي على اسمك وتاريخ الأهلية خلال الفترة محل التناقص؛
- (ب) تقرير جهة الاتصال، بما في ذلك تاريخ إجراء مكاملة التحقق إلى وكالة Medicaid الحكومية واسم موظف الولاية الذي تحقق من حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقص ووظيفته ورقم هاتفه؛
- (ج) نسخة من وثيقة الولاية التي تؤكد حالة Medicaid النشطة خلال الفترة محل التناقص؛

- (د) نسخة مطبوعة من ملف التسجيل الإلكتروني الخاص بالولاية توضح حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- (هـ) طباعة شاشة من أنظمة Medicaid بالولاية توضح حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- (و) الوثائق الأخرى التي تقدمها الولاية، والتي توضح حالة Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛
- (ز) تحويل من المنشأة يوضح دفع Medicaid لشهر تقويمي كامل لك خلال الفترة محل التناقض؛
- (ح) نسخة من وثائق الولاية تؤكد دفع Medicaid للمنشأة لمدة شهر تقويمي كامل نيابةً عنك؛
- (ط) طباعة شاشة من نظام Medicaid الخاص بالولاية توضح الحالة المؤسسية لهذا الفرد بناءً على إقامة لمدة شهر تقويمي كامل على الأقل لأعراض الدفع في Medicaid خلال الفترة محل التناقض؛

إذا لم تتمكن من تقديم دليل على 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 سنقوم بمقاصة مبالغ السداد المشتركة 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 المساعدة 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 ADAP مؤهلة لتقديم المساعدة في تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال برنامج Michigan HIV/AIDS Drug Assistance Program - MIDAP.

ملاحظة: لكي يكون الأفراد مؤهلين للحصول على برنامج ADAP في ولايتك، 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/وجود تأمين غير كافٍ. إذا قمت بتغيير الخطط، فيرجى إخطار موظف التسجيل المحلي في برنامج ADAP حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات بشأن معايير الأهلية، أو الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني، أو كيفية التسجيل في البرنامج، فيرجى الاتصال ببرنامج MIDAP على الرقم 1-888-826-6565 من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 5 مساءً من الاثنين إلى الجمعة.

كيفية الاتصال بمجلس رعاية متقاعدي السكك الحديدية

القسم الثامن

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. إذا ضغطت على الرقم 0، فيمكنك التحدث مع ممثل RRB من الساعة 9:00 صباحًا إلى 3:30 مساءً، في أيام الاثنين، والثلاثاء، والخميس، والجمعة، ومن الساعة 9:00 صباحًا إلى 12:00 مساءً يوم الأربعاء. إذا ضغطت على "1"، فيمكنك الوصول إلى خط مساعدة RRB التلقائي وإلى المعلومات 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.gc

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 (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE؛ الهاتف النصي: (1-877-486-2048) لطرح 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 من أجل
خدماتك الطبية

القسم الأول أمور يجب معرفتها بشأن حصولك على رعايتك الطبية باعتبارك عضواً في خطتنا

يشرح هذا الفصل ما تحتاج إلى معرفته بشأن استخدام الخطة للحصول على رعايتك الطبية 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، والمبلغ الذي ستدفعه حينما تحصل على تلك الرعاية، استخدم مخطط المزايا الوارد في الفصل التالي، الفصل الرابع (مخطط المزايا الطبية، ما الخاضع للغطاء التأميني وما الذي ستدفعه).

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 أيضاً 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 اتفاقاً معنا لقبول مدفوعاتنا ومبالغ مشاركتك في التكلفة 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 المسجلين بالشبكة، فإنك لا تدفع سوى حصتك من تكلفة خدماته.
- 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 طبياً التي يشملها غطاءك التأميني في الفصل الخامس.

القسم 1.2 القواعد الأساسية لحصولك على رعايتك الطبية التي تغطيها الخطة

يجب أن تغطي خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel، باعتبارها إحدى الخطط الصحية التابعة لبرنامج Medicare، جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare ويجب أن تتبع قواعد الغطاء التأميني الذي يوفره برنامج Original Medicare.

تغطي خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel 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 طبياً. ويُقصد بقولنا ضرورية طبياً أن تكون الخدمات أو المستلزمات أو المعدات أو الأدوية مطلوبة لوقاية حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها، وأن تستوفي معايير الممارسة الطبية المقبولة.

- **كان 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).
- في معظم الحالات، يجب أن تحصل من خطتنا على موافقة مسبقة قبل أن تتمكن من استخدام مقدمي خدمات آخرين تابعين لشبكة الخطة، مثل المتخصصين أو المستشفيات أو مرافق التمريض المتخصص أو وكالات الرعاية الصحية المنزلية. وهذا ما يُسمى بإحالتك. انظر القسم 2.3 من هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات عن ذلك.
- 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).
- **ستغطي خطتنا الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات داخل الشبكة أو خارجها** إذا كانت الخدمات هي مزايا خاضعة للغطاء التأميني وكانت ضرورية طبيًا (لمزيد من المعلومات عن هذا الأمر، راجع القسم الثاني في هذا الفصل). تغطي خطتنا أيضًا الرعاية خارج الشبكة بموجب ميزة نقطة الخدمة (POS). ومع ذلك، إذا كنت تستخدم مقدم خدمات طبية من خارج الشبكة، فقد تكون حصة مشاركتك في التكاليف عن خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني أعلى. انظر الفصل الرابع (مخطط المزايا الطبية (ما الذي نغطيه وما الذي تدفعه)) لمزيد من المعلومات. في بعض الحالات، لن نغطي الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة خارج الشبكة (ويُقصد بذلك أي مقدم خدمة ليس تابعًا لشبكة خطتنا). وهذا يعني أنه سيتعين عليك أن تدفع لمقدم الخدمة قيمة الخدمات المقدمة بالكامل. *والبيك 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 يشترط برنامج Medicare على خطتنا أن تغطيها ولكن لا يوجد اختصاصيون في شبكتنا يقدمون تلك الرعاية، فيمكنك الحصول على تلك الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة بنفس حصة التكلفة التي تدفعها عادةً داخل الشبكة. يجب الحصول على تصريح من الخطة قبل طلب الرعاية. في تلك الحالة، ستدفع نفس المبلغ الذي ستدفعه إذا حصلت على الرعاية من مقدم خدمة تابع للشبكة. 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 من منشأة غسيل كلوي معتمدة 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 وقمت بإجراء الغسيل الكلوي لدى مقدم خدمة من خارج شبكة الخطة، لا يمكن أن تتجاوز حصتك في التكلفة نفس الحصة 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 خدمات داخل شبكة الخطة للحصول على رعايتك الطبية

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

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

• ما هو مقدم الرعاية الأساسي؟

يُشير الاختصار PCP إلى مُقدِّم الرعاية الأساسي. مُقدِّم الرعاية الأساسي هو اختصاصي رعاية صحية يمارس الطب العام وعادةً ما يكون أول محطة للرعاية الطبية.

• ما أنواع مقدمي الخدمات الذين قد يعملون كمقدمي رعاية أساسيين؟

مُقدِّمو الرعاية الأساسيون لدينا هم أطباء أو أطباء عظام (أطباء تقويم عظام) متخصصون في أحد المجالات التالية: طب الأسرة، أو الممارسة العامة، أو الطب الباطني، أو طب الأطفال، أو طب التوليد، أو أمراض النساء، أو طب الشيخوخة. كما يُعتبر الممرضون الممارسون المعتمدون ومساعدو الأطباء المسجلون في شبكة مقدمي الخدمات لدينا في أحد هذه المجالات المتخصصة من مقدمي الرعاية الأساسيين.

• ما هو دور مقدم الرعاية الأساسي في خطتك؟

يمكن لمقدم الرعاية الأساسي المتابع لك مساعدتك في تنسيق جميع احتياجات رعايتك الصحية. فهم موجودون للمساعدة في تشخيص حالتك والتوصية بخيارات العلاج. وسيساعدونك في اختيار اختصاصي عند الحاجة. وسيقدمون لك المشورة بشأن الحفاظ على صحتك وسيساعدون في تثقيفك بشأن كيفية التعامل مع حالاتك المزمنة. سيساعدك مقدم الرعاية الأساسي الذي تختاره في الحصول على الرعاية المناسبة في الوقت المناسب وفي المكان المناسب.

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

يمكن لمقدم الرعاية الأساسي المتابع لك تنسيق الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني والتي تحصل عليها باعتبارك عضوًا في خطة CCA Health Michigan. إن تنسيق خدماتك يشمل العمل مع خطة أخرى أو التشاور مع مقدمي الرعاية الآخرين التابعين للخطة.

بشأن حالتك الصحية واحتياجاتك المحددة من الرعاية الصحية وترتيبات الحصول على تصاريح مسبقة حسب الحاجة. نظرًا لأن مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك قد يقدم رعايتك الطبية وينسقها، فيجب أن تُرسل جميع سجلاتك الطبية السابقة إلى عيادة مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك.

كيف تختار مُقدِّم الرعاية الأساسي المتابع لك؟

يمكنك اختيار مقدم رعاية أساسي من دليل مقدمي الخدمات أو يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مساعدة. تذكر إخطار قسم خدمات الأعضاء عند اختيار مقدم رعاية أساسي.

تغيير مُقدّم الرعاية الأساسي المتابع لك

يمكنك تغيير مُقدّم الرعاية الأساسي المتابع لك لأي سبب في أي وقت. كما قد يغادر أيضًا مقدم الرعاية الأساسي شبكة مقدمي الخدمات التابعين لخطّتنا، وفي تلك الحالة، سيتعين عليك البحث عن مقدم رعاية أساسي جديد. يُرجى تذكر إخطار قسم خدمات الأعضاء إذا كنت ترغب في تغيير مقدم الرعاية الأساسي المتابع لحالتك، وذلك قبل زيارتك الأولى إلى مقدم الرعاية الأساسي الجديد. تسري التغييرات التي تطرأ على مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك في اليوم الأول من الشهر التالي لتاريخ الطلب. يسر قسم خدمات الأعضاء لدينا مساعدتك في تغيير مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك. في حالة وجود تغيير في مقدم الرعاية الأساسي، فستنتهي جميع الإحالات إلى الاختصاصيين التابعين لمقدم الرعاية الأساسي الحالي/السابق في تاريخ العمل بمقدم الرعاية الأساسي الجديد.

القسم 2.2 كيفية الحصول على الرعاية من المتخصصين وغيرهم من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو لجزء معين 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.

لست ملزمًا بالحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأساسي المتابع لك قبل أن تتلقى الرعاية من المتخصصين أو من غيرهم من مقدمي الخدمة التابعين للشبكة.

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

قد نقوم بإجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والاختصاصيين (مقدمي الخدمات) الذين يشكلون جزءًا من خطّتنا خلال العام. إذا ترك طبيبك أو الاختصاصي خطّتنا، 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 خطّتنا بحيث يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمة جديد.
 - إذا ترك مقدم الرعاية الأساسي أو الصحة السلوكية خطّتنا، فسنخاطبك إذا كنت قد زرت مقدم الرعاية المذكور خلال السنوات الثلاث الماضية.
 - إذا ترك أي من مقدمي الخدمة الآخرين خطّتنا، فسنخاطبك إذا تم تعيين مقدم خدمة لك، أو كنت تتلقى الرعاية منه حاليًا، أو كنت قد زرت خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك في اختيار مقدم رعاية مؤهل جديد لمواصلة إدارة احتياجاتك الصحية.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمة الحالي لديك، فيحق لك أن تطلب استمرار تلقي العلاج أو العلاجات الضرورية طبيًا التي تتلقاها، وسنعمل معك لضمان ذلك.
- 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 حصدتك 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 خطّتنا، فيُرجى الاتصال بنا حتى تتمكن 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 التاسع.

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي رعاية من خارج الشبكة

في حالات الطوارئ الطبية والخدمات المطلوبة بشكل عاجل، تغطي الخطة الخدمات المقدمة من مقدمي خدمات من خارج الشبكة دون الحصول على تصريح. تغطي الخطة أيضًا بعض الخدمات خارج الشبكة على مستوى مزايا نقطة الخدمة (POS). أي خدمات غير خاضعة للغطاء التأميني على مستوى المزايا داخل الشبكة فلن يتم تغطيتها على مستوى مزايا نقاط البيع. انظر الفصل الرابع للحصول على قائمة بالخدمات الخاضعة للغطاء التأميني المدرجة في ميزة نقاط البيع (خارج الشبكة) وحصتك في تحمل التكلفة عند استخدامها.

إذا أرسل لك مقدم خدمات طبية من خارج الشبكة فاتورةً تعتقد أنه يجب علينا دفعها، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء أو إرسال الفاتورة إلينا لدفعها. سندفع لطبيبك الحصة التي تتحملها من تكلفة الفاتورة، وقد يُصدر لك طبيبك فاتورة بالمبلغ المستحق عليك، إن وجد. لا يمكن لمقدمي الرعاية من خارج الشبكة الذين يقبلون برنامج Medicare إصدار فواتير بمبالغ تتجاوز المبالغ التي يسمح بها برنامج Original Medicare. من الأفضل أن تطلب من مقدم الخدمة الذي لا ينتمي إلى الشبكة أن يرسل لنا فاتورة أولاً، ولكن إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل خدمات خاضعة للغطاء التأميني، فسنعوضك عن حصة مشاركتنا في التكلفة. (يُرجى ملاحظة أنه لا يمكننا الدفع لمقدم خدمة اختار الانسحاب من برنامج Medicare. راجع مع مقدم الرعاية قبل تلقي الخدمات للتأكد من عدم انسحابه من Medicare). إذا قررنا أن تلك الخدمات غير خاضعة للغطاء التأميني أو أنها لم تكن ضرورية طبيًا، فقد نرفض أن نغطيها وستتحمل مسؤولية دفع التكلفة بأكملها. انظر الفصل الرابع للحصول على مزيد من المعلومات التفصيلية بشأن مزاياك الطبية، والفصل السابع للحصول على معلومات بشأن دفع مقابل الخدمات التي يقدمها لك مقدمو خدمات من خارج الشبكة. إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن الرعاية الطبية الخاضعة للغطاء التأميني في أثناء السفر، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب).

ضع في اعتبارك أن الخطة تتفاوض على أسعار أقل مع مقدمي الخدمات المسجلين بالشبكة وتغطي نسبة أكبر من تكاليف الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني التي تحصل عليها من مقدمي الخدمات المسجلين بالشبكة مقارنةً بحصة الأعضاء من التكلفة المدفوعة لمقدمي الخدمات من خارج الشبكة.

ونظرًا لأن خطتك تحتوي على خيار نقاط البيع، يُرجى العلم بما يلي:

- ستدفع مبالغ أكبر مقابل الخدمات التي تتلقاها من مقدمي خدمات من خارج الشبكة (ويُستثنى من ذلك الظروف الخاصة التي تمت مناقشتها سابقًا في هذا القسم).
- عندما تستخدم ميزة نقاط البيع الخاصة بك، فإنك تختار أن تطلب الرعاية من خارج الشبكة المتعاقد عليها مع الخطة. قد يختار مقدمو الخدمة من خارج الشبكة عدم قبول أعضاء خطتنا كمرضى. إذا رفض مقدم خدمة من خارج الشبكة قبول خطتنا، فإننا نوصيك بطلب الرعاية من داخل شبكتنا المتعاقد معها.
- عندما تستخدم ميزة نقاط البيع الخاصة بك، فإنك تدفع نسبة مشاركة في السداد لميزة نقاط البيع لأنك تحصل على المنتج أو الخدمة الخاضع للغطاء التأميني من مقدم خدمة خارج الشبكة.

حتى رغم أن الخطة لم تتعاقد مع مقدمي الخدمة من خارج الشبكة، إلا أنهم يخضعون للقوانين التي تحكم برنامج Original Medicare.

- إصدار فواتير بالفرق يحدث عندما يرسل مقدم الخدمة فاتورة لك بالفرق بين المبلغ الذي يتقاضاه مقدم الخدمة المتابع لك والمبلغ الذي ستدفعه الخطة نيابةً عنك. يُحظر على جميع مقدمي الخدمات الذين يقبلون Medicare إصدار فواتير بالفرق. ويشمل ذلك مقدمي الخدمات الذين تتم زيارتهم من خلال ميزة نقاط البيع المقدمة إليك، حيث يمكنهم فقط أن يتقاضوا منك نسبة مشاركتك في السداد في نقاط البيع.

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 حبيب 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.

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 تابعًا لشبكتنا.
- **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. يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء (أرقام الهواتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب).

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

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 خططًا لرعاية إضافية. ستغطي خدمتنا 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 أحيانًا معرفة ما إذا كنت تعاني من حالة طبية طارئة أم لا. على سبيل المثال، قد تذهب للحصول على رعاية طوارئ - معتقدًا 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، فسغطي رعايتك.

ومع ذلك، سنغطي الرعاية الإضافية حتى بعد أن يقول الطبيب أنها ليست حالة طارئة. في حالة واحدة إذا حصلت على الرعاية الإضافية بإحدى هاتين الطريقتين:

- 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).

القسم 3.2 الحصول على الرعاية عندما تكون تلك الخدمات مطلوبة بشكل عاجل

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 ما يلي: (1) التهاب شديد في الحلق وقع خلال عطلة نهاية الأسبوع أو (2) تفاقم غير متوقع لحالة معروفة لديك عندما كنت خارج منطقة الخدمة مؤقتًا.

ينبغي أن تحاول دائمًا الحصول على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل من مقدمي الخدمات المسجلين بالشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدمو الخدمة غير متاحين مؤقتًا 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 بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 855-959-5855؛ ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.

ساعات العمل من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 8:00 مساءً بالتوقيت الشرقي، طوال أيام الأسبوع. قد تتلقى خدمة مراسلة في عطلات نهاية الأسبوع والعطلات من 1 أبريل حتى 30 سبتمبر. يُرجى ترك رسالة وسيتم الرد على مكالماتك في يوم العمل التالي.

عندما تكون خارج منطقة الخدمة ولا يمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات طبية مسجل في الشبكة، سنغطي خطتنا للخدمات المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي مقدم خدمات.

تغطي خطتنا خدمات الطوارئ في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة. يوجد حد أقصى قيمته 100,000 دولار أمريكي لخدمات الطوارئ المقدمة خارج الولايات المتحدة. لمزيد من المعلومات، راجع مخطط المزايا الطبية الوارد في الفصل الرابع من هذا الكتيب.

القسم 3.3 الحصول على الرعاية في أثناء الكوارث

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

يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: www.ccahealthmi.org للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية اللازمة في أثناء وقوع كارثة.

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 حصتنا من تكلفة الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني

إذا كنت قد دفعت مبلغًا أكبر من حصتك في تحمل تكلفة خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني، أو كنت قد تلقيت فاتورة لدفع كامل التكلفة عن خدمات طبية خاضعة للغطاء التأميني، فانقل إلى الفصل السابع (مطالبتنا بدفع حصتنا في فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات الطبية أو الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني) للحصول على معلومات بشأن ما ينبغي عليك القيام به.

القسم 4.2 إذا لم تكن الخدمات خاضعة للغطاء التأميني المقدم من خطتنا، فيجب عليك أن تدفع التكلفة كاملة

تغطي خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel جميع الخدمات الضرورية طبيًا الموضحة 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. بالنسبة لجميع الخدمات التي تغطيها الخطة، سيتم احتساب التكلفة النظرية لتلك المزايا بعد وصولك إلى الحد الأقصى للمزايا ضمن الحد الأقصى السنوي للتكاليف النظرية البالغة 3,800 دولار. يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء عندما تريد معرفة مقدار ما استخدمته بالفعل من الحد الأقصى للمزايا.

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

5.1 القسم 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 تشارك 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، فسنعوذك 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. يُرجى ملاحظة أن هذا لا يشمل المزايا التي تتحمل خطتنا مسؤوليتها، والتي تشمل من بين مكوناتها تجربة سريرية أو التسجيل لتقييم المزايا. ويشمل ذلك بعض المزايا المحددة بموجب مقررات الغطاء التأميني الوطني (NCDs) وتجارب الأجهزة البحثية (IDE) وقد تخضع لتصريح مسبق وقواعد الخطة الأخرى.

على الرغم من أنك لست بحاجة إلى الحصول على إذن من خطتنا للمشاركة في إحدى الدراسات البحثية السريرية، إلا أننا نشجعك على إخبارنا 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.

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

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 تدفع Medicare حصتها من تكلفة تلك الخدمات، ستدفع خطتنا الفرق بين نسبة تقاسم التكلفة في Original Medicare ونسبة تقاسم التكلفة داخل الشبكة بصفتك عضوًا في خطتنا. وهذا يعني أنك ستدفع نفس المبلغ مقابل الخدمات التي تتلقاها كجزء من الدراسة كما لو كنت قد تلقيت تلك الخدمات من خطتنا. ومع ذلك، يتعين عليك تقديم وثائق توضح مقدار حصتك في التكلفة التي دفعتها. يُرجى الاطلاع على الفصل السابع لمزيد من المعلومات عن تقديم طلبات الدفع.

فيما يلي مثال على كيفية تقاسم التكاليف: لنفترض أن لديك اختبار معلمي تبلغ تكلفته 100 دولار كجزء من الدراسة البحثية. لنفترض أيضاً أن حصتك من تكاليف ذلك الاختبار هي 20 دولاراً بموجب Original Medicare، ولكن الاختبار ستكون تكلفته 10 دولارات بموجب مزايا خطتنا. في تلك الحالة، سيدفع برنامج Original Medicare مبلغ 80 دولاراً نظير الاختبار، وستدفع أنت مبلغ 20 دولاراً وهو مبلغ السداد المشترك المطلوب دفعه بموجب برنامج Original Medicare. ثم ستخطر خطتك بأنك تلقيت خدمة تجربة سريرية مؤهلة وتقدم وثائق مثل فاتورة مقدم الخدمة إلى الخطة. ستدفع الخطة بعد ذلك لك مباشرة مبلغ 10 دولارات. لذلك، فإن صافي مدفوعاتك هو 10 دولارات، وهو نفس المبلغ الذي كنت ستدفعه بموجب مزايا خطتنا. يُرجى ملاحظة أنه لكي تتلقى مدفوعات من خطتك، يجب عليك تقديم الوثائق إلى خطتك مثل فاتورة مقدم الخدمة.

عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، لن تدفع Medicare ولا خطتنا 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 مشاركاً 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 أيضاً الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE (على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع). يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

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

القسم 6.1 ما هي مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية؟

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 يبدلاً من ذلك غطاءً تأمينياً 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).

القسم 6.2 الحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

للحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب عليك أن توقع على وثيقة قانونية تنص على أنك تتعارض 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.
- العلاج الطبي غير المطلوب هو الرعاية الطبية أو العلاج الذي تحصل عليه وهو ليس طوعياً أو مطلوباً بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

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

- يجب أن تكون المنشأة التي تقدم الرعاية معتمدة من برنامج Medicare.
- يقتصر الغطاء التأميني الذي تقدمه خطتنا 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 الترميز المتخصصة.
 - - و - يجب أن تحصل على موافقة مسبقة من خطتنا قبل دخولك إلى المنشأة، وإلا فلن نغطي إقامتك.

لا تتضمن خطتنا حدوداً قصوى للغطاء التأميني لمستشفيات المرضى الداخليين في Medicare؛ يُرجى الاطلاع على مخطط المزايا الطبية في الفصل الرابع لمزيد من المعلومات.

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 دائمًا، مثل الأطراف الصناعية. في هذا القسم، نناقش أنواعًا أخرى من المعدات الطبية المعمرة التي يجب عليك استئجارها.

في برنامج Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من المعدات الطبية المعمرة تلك المعدات بعد دفع مبالغ السداد المشترك لذلك المنتج لمدة 13 شهرًا. ومع ذلك، وبصفتك عضوًا في CCA Medicare (HMO-POS) Excel، فلن تمتلك في المعتاد 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.

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 التبديل إلى برنامج Original Medicare لكي تمتلك المنتج. لا تُحتسب المدفوعات التي يتم سدادها في أثناء التسجيل في خطتنا.

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. سيتعين عليك سداد 13 دفعة إلى خطتنا قبل امتلاك المنتج.

المثال الثاني: دفعت 12 دفعة متتالية أو أقل مقابل المنتج في برنامج Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. كنت مشتركًا في خطتنا ولكنك لم تحصل على ملكية المنتج في أثناء وجودك في خطتنا. ثم عدت مرةً أخرى إلى برنامج Original Medicare. يتعين عليك بمجرد انضمامك إلى Original Medicare مرةً أخرى سداد 13 دفعة جديدة متتالية لامتلاك 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 (HMO-POS) Excel 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 Excel (HMO-POS) أو لم تعد 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 وما الذي تدفعه)

القسم الأول فهم تكاليفك النثرية للخدمات الخاضعة للغطاء التأميني

يقدم هذا الفصل مخطط المزايا الطبية الذي يوفر لك قائمة بالخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ويوضح المبلغ الذي ستدفعه مقابل كل خدمة خاضعة للغطاء التأميني، وذلك باعتبارك عضوًا في برنامج CCA Medicare Excel (HMO-POS). يمكنك، لاحقًا في هذا الفصل، العثور على معلومات عن الخدمات الطبية غير الخاضعة للغطاء التأميني. كما يوضح أيضًا القيود المفروضة على خدمات معينة.

القسم 1.1 أنواع التكاليف النثرية التي قد تدفعها مقابل خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني

لفهم معلومات الدفع التي نقدمها لك في هذا الفصل، ينبغي أن تعرف أنواع التكاليف النثرية التي قد تدفعها مقابل خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني.

- **مبلغ السداد المشترك** هو المبلغ الثابت الذي تدفعه في كل مرة تتلقى فيها خدمات طبية معينة. تدفع مبلغ السداد المشترك في وقت حصولك على الخدمة الطبية. (يوضح لك مخطط المزايا الطبية في القسم الثاني المزيد عن مبالغ السداد المشترك التي تدفعها).
- **نسبة المشاركة في السداد** هو النسبة المئوية التي تدفعها من إجمالي تكلفة خدمات طبية معينة. تدفع نسبة المشاركة في السداد في وقت حصولك على الخدمة الطبية. (يوضح لك مخطط المزايا الطبية في القسم الثاني المزيد عن نسبة المشاركة في السداد التي تدفعها).

يجب على معظم الأشخاص المؤهلين لبرنامج Medicaid أو لبرنامج Qualified Medicare Beneficiary (QMB) عدم دفع أي مبالغ تحمل أو مبالغ مشاركة في سداد التكاليف أو نسبة مشاركة في السداد. تأكد من إظهار ما يثبت أهليتك لبرنامج Medicaid أو QMB لمقدم الخدمة الخاص بك، إن وجد.

القسم 1.2 ما أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الخدمات الطبية الخاضعة للغطاء التأميني الطبي؟

ونظرًا لأنك مسجل في خطة Medicare Advantage، فهناك حد للمبلغ الإجمالي الذي يتعين عليك دفعه من مالك الخاص كل عام في مقابل الخدمات الطبية داخل الشبكة التي تغطيها خطتنا. ويُسمى هذا الحد باسم الحد الأقصى للمبلغ النثري (MOOP) عن الخدمات الطبية. ويبلغ هذا المبلغ 3,800 دولار أمريكي عن السنة التقويمية 2024.

يتم احتساب المبالغ التي تدفعها كمبالغ سداد مشتركة ونسبة مشاركة في السداد للخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ضمن هذا الحد الأقصى للمبلغ النثري. لا يتم احتساب المبالغ التي تدفعها مقابل أقساط خطتك وأدويتك الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د) ضمن الحد الأقصى لمبلغك النثري. إذا وصلت إلى الحد الأقصى للمبلغ النثري البالغ 3,800 دولار أمريكي، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف نثرية لبقية العام مقابل الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني داخل الشبكة. ومع ذلك، يجب أن تستمر في دفع قسط الجزء (ب) من برنامج Medicare (ما لم يتم دفع قسط الجزء (ب) نيابةً عنك من جانب برنامج Medicaid أو من أي طرف خارجي آخر).

القسم 1.3 لا تسمح خطتنا لمقدمي الخدمات بإصدار فواتير لك بالفرق

بصفتك عضوًا في برنامج CCA Medicare Excel (HMO-POS)، فإن إحدى جوانب الحماية المهمة بالنسبة لك هي أنه لا يتعين عليك أن تدفع شيئاً سوى مبلغ المشاركة في التكاليف عندما تحصل على الخدمات التي تغطيها خطتنا. لا يجوز لمقدمي الخدمات إضافة رسوم منفصلة إضافية، تُسمى فواتير الفرق. تنطبق هذه الحماية حتى إذا دفعنا لمقدم الخدمة أقل من الرسوم التي يتقاضاها مقدم الخدمة مقابل الخدمة، وحتى إذا كان هناك نزاع ولم ندفع بعض رسوم مقدم الخدمة.

إليك طريقة عمل هذه الحماية.

- إذا كانت حصتك في التكلفة عبارة عن مبلغ سداد مشترك (مبلغ محدد من الدولارات، على سبيل المثال، 15 دولارًا)، فإنك تدفع هذا المبلغ فقط مقابل أي خدمات خاضعة للغطاء التأميني تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.
- إذا كانت حصتك في التكلفة عبارة عن نسبة مشاركة في السداد (نسبة مئوية من إجمالي الرسوم)، فلن تدفع أبداً أكثر من تلك النسبة المئوية. ومع ذلك، فإن تكلفتك تتوقف على نوع مقدم الخدمة الذي تزوره:
 - إذا تلقيت الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من مقدم خدمة داخل الشبكة، فإنك ستدفع نسبة المشاركة في السداد مضروبة في نسبة التعويض التي تدفعها الخطة (كما هو محدد في العقد المبرم بين مقدم الخدمة والخطة).
 - إذا تلقيت الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من مقدم خدمة من خارج الشبكة يشارك في برنامج Medicare، فستدفع نسبة المشاركة في السداد مضروبة في معدل دفع برنامج Medicare لمقدمي الخدمة المشاركين. (تذكر أن الخطة لا تغطي الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة إلا في حالات معينة، على سبيل المثال عندما تحصل على إحالة أو لحالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل).
 - إذا تلقيت الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني من مقدم خدمة من خارج الشبكة غير مشارك في برنامج Medicare، فستدفع نسبة المشاركة في السداد مضروبة في معدل دفع برنامج Medicare لمقدمي الخدمة غير المشاركين. (تذكر أن الخطة لا تغطي الخدمات المقدمة من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة إلا في حالات معينة، على سبيل المثال عندما تحصل على إحالة أو لحالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل).
- إذا كنت تعتقد أن مقدم الخدمة قد أرسل لك فاتورة بالفرق، فاتصل بقسم خدمات الأعضاء.

القسم الثاني استخدم مخطط المزايا الطبية لمعرفة ما الذي تتم تغطيته والمبلغ الذي ستدفعه

القسم 2.1 مزاياك الطبية وتكاليفك بصفتك عضوًا في الخطة

يقدم لك مخطط المزايا الطبية في الصفحات التالية قائمة بالخدمات التي تغطيها خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) وما تدفعه من أموال نثرية نظير كل خدمة. ورد الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا 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 طبيًا وفقاً للجزء (ب)) ضرورية طبيًا. ويُقصد بقولنا ضرورية طبيًا أن تكون الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية مطلوبة لوقاية حالتك الطبية أو تشخيصها أو علاجها، وأن تستوفي معايير الممارسة الطبية المقبولة.
- أن يكون لديك مُقدِّم 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 (يسمى أحياناً تصريحاً مسبقاً).
- (منا. تم تمييز الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني والتي تحتاج إلى موافقة مسبقة بخط مائل سميك في مخطط المزايا الطبية).

أمور أخرى مهمة يجب معرفتها عن غطائنا التأميني:


- على غرار جميع خطط Medicare الصحية، فإننا نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. بالنسبة لبعض تلك المزايا، تدفع في خطتنا/أكثر مما تدفعه في برنامج Original Medicare. أما بالنسبة لمزايا أخرى، فإنك ستدفع مبلغاً/أقل. (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.

معلومات هامة عن المزايا للمُسجلين 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؛ والخرف؛ والسكري؛ وأمراض الكبد في مراحلها الأخيرة؛ والمرض الكلوي في مرحلته الأخيرة (ESRD)؛ والاضطرابات الدموية الشديدة؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ واضطرابات الرئة المزمنة؛ وحالات الصحة السلوكية المزمنة والمسببة للعجز؛ والاضطرابات العصبية؛ والسكتة الدماغية
 - تقرر الخطة 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 تشمل على وجود حالة مزمنة مؤهلة، ويتولى شريك رعاية CCA أو مقدم الخدمة التابع للشبكة تنسيق رعايتك. عند التحقق من استيفاء معايير الأهلية، ستخترك خطة 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>في الشبكة: لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمل للأعضاء المؤهلين لهذا الفحص الوقائي.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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>

الوخز بالإبر لألم أسفل الظهر المزمن

تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

تغطي خطة (ASH) American Specialty Health ما يصل إلى 12 زيارة في 90 يوماً للمستفيدين من برنامج Medicare في ظل الظروف التالية: لأغراض تلك الميزة، يُعرّف ألم أسفل الظهر المزمن بأنه:

- يستمر لمدة 12 أسبوعاً أو أكثر؛
- غير محدد، من حيث أنه ليس له سبب نظامي قابل للتحديد (وهذا يعني أنه غير مرتبط بمرض نقلي أو التهابي أو معدّي، وما إلى ذلك)؛
- غير مرتبط بالجراحة؛ و
- غير مرتبطة بالحمل.

سنغطي ثماني جلسات إضافية للمرضى الذين يظهر عليهم التحسن. لا يجوز إعطاء أكثر من 20 علاجاً بالوخز بالإبر سنوياً.

يجب إيقاف العلاج إذا كان المريض لا يتحسن أو يتراجع.

اشتراطات مقدم الخدمة:

يجوز للأطباء (على النحو المحدد في الفقرة 1861(ص)(1) من قانون الضمان الاجتماعي (القانون) إجراء الوخز بالإبر وفقاً لاشتراطات الولاية المعمول بها.

يمكن لمساعدتي الأطباء (PAs)، والمرضى الممارسين (NPs)/اختصاصيي التمريض السريري (CNSs) (وفقاً 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:

- 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 إحدى الولايات، أو في أحد الأقاليم، أو في كومونولث (أي، بورتوريكو) في الولايات المتحدة، أو مقاطعة كولومبيا.

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 وفقاً لما تشترطه لوائحنا في القسمين 410.26 و410.27 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية. يجب الحصول على جميع خدمات الوخز بالإبر من خلال (ASH) American Specialty Health.

في الشبكة:
20 دولارًا أمريكيًا كميلغ سداد
مشترك لكل زيارة علاج بالوخز
بالإبر يغطيها Medicare.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد
يلزم الحصول على تصريح مسبق

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>خدمات الإسعاف</p> <p>240 دولار كـمبلغ سداد مشترك لكل رحلة ذهاب فقط مقابل خدمات الإسعاف البري.</p> <p>300 دولار كـمبلغ سداد مشترك لكل رحلة ذهاب فقط مقابل خدمات الإسعاف الجوي.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق للنقل بالإسعاف الذي يغطيه برنامج Medicare في الحالات غير الطارئة.</p> <p>لا يوجد مبلغ سداد مشترك لكل رحلة ذهاب خاضعة للغطاء التأميني بموجب خدمة النقل في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم. يوجد حد أقصى مجمع قيمته 100,000 دولار أمريكي لخدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل أو خدمات النقل في حالات الطوارئ المقدمة خارج الولايات المتحدة. لا تغطي العودة إلى الولايات المتحدة من دولة أخرى.</p>	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>خدمات الإسعاف الخاضعة للغطاء التأميني، 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 صحته فيها للخطر في حالة استخدامه وسائل نقل أخرى، وأن النقل بالإسعاف مطلوب طبيًا.</p>
<p>في الشبكة: صفر دولار أمريكي كـمبلغ سداد مشترك نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</p>	<p>الفحص البدني السنوي</p> <p>يخضع للغطاء التأميني لمرة واحدة كل عام. فحص يجريه مقدم رعاية أساسي أو ممرضة ممارسة أو مساعد طبيب. يراجع هذا الفحص سجلك الطبي والعلاجي ويشتمل على فحص بدني شامل. الفحص البدني السنوي هو فحص أكثر شمولاً من الزيارة الصحية السنوية.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

الزيارة الصحية السنوية

في الشبكة:
لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ التحمل للزيارة الصحية السنوية.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

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.

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.

مكافأة الزيارة الصحية السنوية والفحص البدني

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.

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.

للحصول على تلك المكافأة، يجب أن تقوم بزيارة صحية سنوية أو فحص بدني سنوي، أي نوع من نوعي الزيارة السنوية أطول من الزيارات الروتينية لمقدم 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.

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.

يتم تغطيتها مرة واحدة في السنة التقويمية.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: لا يوجد مبلغ سداد مشترك عن منتجات سلامة الحمام الخاضعة للغطاء التأميني</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</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> <ul style="list-style-type: none">• دش/حوض استحمام• موسعات مقاعد المراض <p>لا يغطي الغطاء التأميني التركيب.</p>
<p>في الشبكة: لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ التحمل لقياس الكتلة العظمية الذي يعطيه برنامج Medicare.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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>في الشبكة: لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ التحمل للفحص من خلال صور الثدي بالأشعة الخاضع للغطاء التأميني.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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>في الشبكة: 30 دولارًا أمريكيًا كمبلغ سداد مشترك لكل زيارة</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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>في الشبكة: لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل مقابل العلاج السلوكي المكثف للمزايا الوقائية لأمراض القلب والأوعية الدموية.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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>في الشبكة: لا توجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل لاختبار أمراض القلب والأوعية الدموية الذي تتم تغطيته لمرة واحدة كل 5 سنوات.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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>في الشبكة: لا توجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل لفحوص عنق الرحم والحوض الوقائية التي يغطيها برنامج Medicare.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p>	<p> فحص سرطان عنق الرحم والمهبل</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لجميع 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>يغطيها برنامج Medicare:</p> <p>في الشبكة: 20 دولارًا أمريكيًا كمبلغ سداد مشترك لكل زيارة تقويم للعمود الفقري يغطيها برنامج Medicare.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p>	<p>خدمات تقويم العمود الفقري</p> <p>تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات العلاج بتقويم العمود الفقري غير الروتينية التي يغطيها برنامج Medicare والتي تشمل المعالجة اليدوية للعمود الفقري لتصحيح الخلع الفقري. يجب الحصول على جميع خدمات تقويم العمود الفقري من خلال American Specialty Health (ASH). <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>يلزم الحصول على تصريح مسبق للحصول على خدمات تقويم العمود الفقري خارج الشبكة.</p> <p>لا يغطيها برنامج Medicare:</p> <p>في الشبكة:</p> <p>20 دولارًا أمريكيًا ك مبلغ سداد مشترك لكل زيارة تقويم للعمود الفقري لا يغطيها برنامج Medicare.</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</p>	<p>خدمات تقويم العمود الفقري (تتمة)</p> <ul style="list-style-type: none"> تغطي خطتنا أيضًا 20 زيارة روتينية لتقويم العمود الفقري غير خاضعة للغطاء التأميني المقدم من برنامج Medicare

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

فحص سرطان القولون والمستقيم

تتم تغطية اختبارات الفحص التالية:

- 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.
- 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.
- 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.

في الشبكة:

لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل على فحص سرطان القولون والمستقيم أو حقن الباريوم الشرجية التي يغطيها برنامج Medicare. إذا اكتشف طبيبك وجود سلائل أو أنسجة أخرى وأزالها في أثناء تنظير القولون أو التنظير السيني المرن، فسيصبح اختبار الفحص اختبارًا تشخيصيًا.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

خدمات طب الأسنان

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، وتحديدًا عندما تكون تلك الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأساسية للمستفيد. من أمثلة ذلك إعادة 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.

خدمات طب الأسنان التي يغطيها Medicare

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.

خدمات طب الأسنان غير الروتينية غير الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من Medicare:

يلزم الحصول على تصريح مسبق لعلاج الأسنان الشامل الذي يغطيه برنامج Medicare.

في الشبكة:

صفر دولار أمريكي ك مبلغ سداد مشترك

نقطة الخدمة:

غير خاضع للغطاء التأميني

بالإضافة إلى ذلك، فإننا نغطي خدمات الأسنان الوقائية والشاملة الروتينية التالية غير التابعة لبرنامج Medicare: خدمات طب الأسنان الوقائية:

يلزم الحصول على تصريح مسبق لعلاج الأسنان الشامل الذي يغطيه برنامج Medicare.

- تُدفع قيمة فحوص الفم الدورية والتنظيف الوقائي والعلاج بالفلورايد مرتين في السنة التقويمية.
- 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.

خدمات طب الأسنان الروتينية غير الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من Medicare:

الحد الأقصى السنوي لمبلغ المزايا المجمعة البالغ 2,000 دولار أمريكي لخدمات الأسنان الوقائية والشاملة الروتينية (غير الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من Medicare)

خدمات العناية الوقائية بالأسنان داخل الشبكة: لن تدفع أي مبلغ، أو ستدفع مبلغًا لا يتجاوز الحد الأقصى السنوي المجمع للمزايا.

- 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).

(تابع)

خدمات طب الأسنان (تتمة)

خدمات طب الأسنان الشاملة داخل الشبكة: لن تدفع أي مبلغ، أو ستدفع مبلغًا لا يتجاوز الحد الأقصى السنوي المجمع للمزايا.

نقطة الخدمة (طب الأسنان الروتيني الوقائي والشامل): غير خاضع للغطاء التأميني

نغطي مبلغ 2,000 دولار سنويًا كحد أقصى لخدمات طب الأسنان الوقائية والشاملة.

تُطبق القيود والاستثناءات. يُرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء في Delta Dental of Michigan على الرقم 800-330-2732 لمزيد من المعلومات.

- خدمات علاج لب الأسنان
- دواعم الأسنان (يُدفع تخطيط الجذور والقياس مرة واحدة لكل ربعية كل 24 شهرًا. نغطي إنضار الفم بالكامل مرة واحدة في العمر).
- جراحة الفم: تُدفع قيمة الخلع (البسيط أو الجراحي) مرة واحدة لكل سن طوال العمر.
- الأسنان التعويضية: تقتصر تغطية أطقم الأسنان الكاملة والجزئية على مرة واحدة كل خمس سنوات. نغطي عمليات إعادة التثبيت/إصلاح أطقم الأسنان مرة واحدة كل 36 شهرًا.

لا يلزم الحصول على تصريح مسبق لخدمات طب الأسنان الشاملة (الروتينية) غير لتابعة لبرنامج Medicare.

تطبق قيود التكرار. هذه القائمة ليست ضمانًا للغطاء التأميني.

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 الأكواد المغطاة والقيود والاستثناءات.

فحص الاكتئاب

في الشبكة:
لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبالغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل لزيارة فحص الاكتئاب السنوية.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

نغطي فحصًا واحدًا للاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مكان للرعاية الأساسية يمكن أن يوفر علاج متابعة أو إحالات أو كليهما.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

فحص مرض السكري

في الشبكة:
لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبلغ تحمّل على اختبارات فحص السكري التي يغطيها برنامج Medicare.

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. بناءً على نتائج تلك الاختبارات، قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري، وخدمات ومستلزمات مرض السكري

في الشبكة:
لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير مستلزمات مرض السكري، والأحذية العلاجية المصبوبة حسب الطلب، والتدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

يلزم الحصول على تصريح مسبق لمستلزمات السكري والأحذية العلاجية المصبوبة حسب الطلب.

لجميع الأشخاص المصابين بمرض السكري (المستخدمين للأنسولين وغير المستخدمين للأنسولين). تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

- 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.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات ذات الصلة

(للاطلاع على تعريف المعدات الطبية المعمرة، انظر الفصل الثاني عشر وكذلك القسم السابع من الفصل الثالث من هذه الوثيقة).

في الشبكة:
20% نسبة مشاركة في السداد

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.

نقطة الخدمة:
30% نسبة مشاركة في السداد

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 على www.ccahealthmi.org.

يلزم الحصول على تصريح مسبق

بشكل عام، تغطي خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) أي معدات طبية معمرة تغطيها خطة Original Medicare من بين العلامات التجارية والمصنعين المدرجين في هذه القائمة. لن نغطي 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 جديداً في برنامج CCA Medicare Excel (HMO-POS) وتستخدم علامة تجارية لمعدات طبية معمرة غير مدرجة في قائمتنا، فسنستمر في تغطية تلك العلامة التجارية من أجلك لمدة تصل إلى 90 يوماً. خلال ذلك الوقت، ينبغي عليك أن تتحدث مع طبيبك لتحديد العلامة التجارية المناسبة لك طبيًا بعد تلك الفترة التي تبلغ 90 يوماً. (إذا اختلفت مع طبيبك، فيمكنك أن تطلب منه إحالتك للحصول على رأي ثانٍ).

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 صادر من مقدم الخدمة الخاص بك بشأن المنتج أو العلامة التجارية المناسبة لحالتك الطبية. (لمزيد من المعلومات عن التظلمات، انظر الفصل (9) ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات الغطاء التأميني، التظلمات، الشكاوى)).

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

رعاية الطوارئ

يشير مصطلح رعاية الطوارئ إلى الخدمات التي:

- يُقدّمها مقدم خدمة مؤهل من أجل تقديم خدمات الطوارئ، و
- تكون مطلوبة من أجل تقييم حالة طبية طارئة أو من أجل استقرارها.

ويُقصد بالحالة الطبية الطارئة الحالة التي تعتقد فيها، أو يعتقد فيها أي شخص عادي حصيد لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب، بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى رعاية طبية فورية لمنع فقدان حياتك (وإذا كنت امرأة حامل، لمنع فقد الجنين)، أو لمنع فقد أحد الأطراف أو وظيفته. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا، أو إصابة، أو ألمًا شديدًا، أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

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 مؤقتًا أو لا يمكن الوصول إليهم.

يجوز لك الحصول على رعاية طبية طارئة تغطيها الخطة متى احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أقاليمها.

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.

غير خاضعة للغطاء التأميني:

- النقل إلى الولايات المتحدة من دولة أخرى.
- أي علاجات تم وضع جداول زمنية أو خطط لها مسبقًا، أو إجراءات اختيارية.
- ويشمل ذلك غسيل الكلى، أو أي علاج آخر للحالات المستمرة/المعروفة.
- خدمات طب الأسنان.

90 دولارًا أمريكيًا دفعة سداد مشترك لكل زيارة
يتم التنازل عن مبلغ السداد المشترك إذا تم إدخالك إلى المستشفى في غضون يوم واحد عن نفس الحالة.
إذا تلقيت رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة وكنت بحاجة إلى رعاية مرضى داخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب أن تحصل على رعاية المرضى الداخليين في المستشفى من خارج الشبكة التي تصرح بها الخطة وتكون التكلفة التي تتحملها هي حصة مشاركتك في التكلفة التي كنت ستدفعها في مستشفى داخل الشبكة.


لا يوجد أي مبلغ سداد مشترك للزيارة بموجب تغطية الطوارئ العالمية

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

الخدمات الوقائية المقدمة من Medicare: عدم سداد أي مبلغ سداد مشترك

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

 برامج التثقيف الصحي
تغطي الخطّة 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.

تغطي خطتنا أيضًا خدمات وبرامج إضافية، من بينها على سبيل المثال لا الحصر:

• التثقيف الصحي والعيش الجيد بموارد المنزل

• برامج الإدارة الذاتية للرعاية المعقدة لمرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)، والسكري، وفشل القلب

• المقابلات التحفيزية

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 خطّة CCA Medicare Excel أو أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة.

اللياقة البدنية

تغطي الخطّة مزايا اللياقة البدنية من خلال **Silver & Fit Fitness** تشمل مزايا Silver & Fit عضوية لياقة بدنية مع إمكانية الدخول إلى مركز لياقة بدنية واحد داخل الشبكة من اختيارك شهريًا، وبرنامج Fit at Home للياقة البدنية المنزلية، مجموعة واحدة 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).

اللياقة البدنية:

في الشبكة:

لا يوجد مبلغ سداد مشترك لبرنامج

®Silver& Fit

نقطة الخدمة:

غير خاضع للغطاء التأميني

برنامج Silver&Fit توفره شركة American Specialty Health

(ASH Fitness, Inc.)، وهي إحدى الشركات التابعة لـ

American Specialty Health Incorporated (ASH). إن علامة

Silver&Fit هي إحدى العلامات التجارية المسجلة فيدراليًا لشركة ASH

وتُستخدم في هذه الوثيقة بموجب إذن منها. لا تتوفر جميع البرامج والخدمات في

جميع المناطق. قد تكون الأسماء الأخرى علامات تجارية لملكيها.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في داخل الشبكة: إنك لن تدفع أي مبالغ مقابل المنتجات التي يشملها الغطاء الصحي التي لا تتجاوز قيمتها 240 دولارًا أمريكيًا لكل ربع سنة تقويمية.</p> <p>لا يمكن ترحيل المبالغ غير المستخدمة من ربع إلى آخر.</p> <p>إذا تجاوزت تكلفة المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية التي تغطيها CCA Health حد المزايا الربع السنوية البالغ 240 دولارًا أمريكيًا في كل ربع سنة، فستحمل مسؤولية التكاليف الإضافية.</p> <p>سيتم إعادة تحميل البديل الربع السنوي على بطاقتك تلقائيًا في بداية كل ربع سنة تقويمية.</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</p>	<p>بطاقة Healthy Savings لشراء المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية الخاضعة للغطاء التأميني المقدم من CCA</p> <p>ستحصل على بطاقة Healthy Savings card مع بدل قدره 240 دولارًا أمريكيًا يُصرف في بداية كل ربع سنة تقويمية (كل ثلاثة أشهر) لشراء المنتجات المتداولة بدون وصفة طبية (OTC) التي تغطيها CCA مثل معقم اليدين، والأقنعة، ومستلزمات الإسعافات الأولية، وفرش الأسنان، واختبارات كوفيد 19، ومستلزمات أعراض البرد، وغيرها، دون وصفة طبية من تجار تجزئة المنتجات التي تصرف بدون وصفة طبية التابعين للشبكة.</p> <p>يجب أن تتعامل مع البطاقة على أنها أموال نقدية. لا يتم ترحيل أو استبدال أي أموال غير مستخدمة أو مسروقة.</p> <p>تصل بقسم خدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي استفسارات تتعلق بالمنتجات التي تغطيها CCA أو تفضل زيارة www.mybenefitscenter.com برقم بطاقة Healthy Savings card الخاصة بك.</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 بمقدّم الخطة للحصول على التفاصيل.</p>

خدمات رعاية السمع

السمع غير الروتيني:

الخدمات السمعية غير الروتينية:

داخل الشبكة: مبلغ سداد مشترك قدره 10 دولارات أمريكية لكل زيارة.

خارج الشبكة: 50% نسبة مشاركة في السداد

خدمات السمع الروتينية:

في الشبكة:
لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير فحوصات السمع الروتينية وتركيبات السمع الطبية والتقييمات

من مبلغ 0 دولار أمريكي حتى 1500 دولار أمريكي كحد أقصى مجمع للمزايا سنويًا للسماعات الطبية (سماعة واحدة لكل أذن)

نقطة الخدمة:
غير خاضع للغطاء التأميني

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.

بالإضافة إلى مزايا السمع غير الروتينية التي يغطيها Medicare، فإننا نغطي أيضًا مزايا السمع الروتينية من خلال NationsHearing:

- فحص السمع الروتيني: مرة واحدة كل عام
- السماعات الطبية: مبلغ لا يتجاوز 1500 دولار أمريكي من أجل دفع تكلفة سماعتين طبيبتين اثنتين كحد أقصى (سماعة واحدة لكل أذن) في كل عام. تقييمات تركيب السماعات الطبية: تقييم واحد/تركيب واحد للسماعة الطبية في كل عام.

تشمل مشتريات السماعات الطبية ما يلي:

- 3 زيارات متابعة خلال السنة الأولى من تاريخ التركيب الأولي
- فترة تجريبية مدتها 60 يومًا من تاريخ التركيب
- 48 بطارية سنويًا لكل سماعة طبية (كمية تكفي لمدة 3 سنوات)
- ضمان إصلاح المصنّع لمدة 3 سنوات
- غطاء تأميني للاستبدال لمرة واحدة للسماعات الطبية المفقودة أو المسروقة أو التالفة (قد يتم تطبيق مبالغ تحمّل حسب السماعات)

تتوفر سماعات طبية تُصرف بدون وصفة طبية بموجب ميزة السماعات الطبية الروتينية بمبلغ لا يتجاوز 1500 دولار أمريكي كحد أقصى من خلال NationsHearing.

يجب أن تحصل على السماعات الطبية من أحد مقدمي الخدمات التابعين لـ NationsHearing. يُرجى الاتصال بـ NationsHearing عبر الهاتف على لرقم (877) (391-7685) (الهاتف النصي: 711) أو على الويب على www.nationshearing.com/cca لتحديد موعد.

فحص فيروس نقص المناعة البشرية

في الشبكة:
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.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

بالنسبة للأشخاص الذين يطلبون إجراء اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية أو المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، فإننا نغطي:

- اختبار فحص واحد كل 12 شهرًا للنساء الحوامل، نغطي ما يلي:
- ثلاثة فحوصات كحد أقصى في أثناء الحمل

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: لا توجد أي مبلغ سداد مشترك يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> <p>نقطة الخدمة: صفر دولار أمريكي كمبلغ سداد مشترك</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 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 المتقطعة وخدمات المساعد الصحي المنزلي (تتم تغطيتها بموجب ميزة الرعاية الصحية المنزلية، ويجب أن يكون إجمالي خدمات التمريض المتخصص 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>في الشبكة: 20% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>نقطة الخدمة: 30% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>ستدفع مبلغ المشاركة في التكلفة الذي ينطبق على خدمات الرعاية الأساسية، أو خدمات الطبيب المتخصص، أو الصحة المنزلية (كما هو موضح في قسم "خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة مقدم الخدمة" أو "رعاية وكالة الصحة المنزلية" تبعًا للمكان الذي تلقت فيه خدمات الإدارة أو المراقبة.</p> <p>ستدفع تلك المبالغ حتى تصل إلى الحد الأقصى للمصروفات النثرية.</p> <p>انظر "المعدات الطبية المعمرة" سابقًا في الجدول للتعرف على أي مشاركة في التكاليف تنطبق عليك</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 والقسطر).</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 وتنقيب المرضى غير المشمول بمزايا المعدات الطبية المعمرة• المراقبة عن بُعد• خدمات المراقبة لتقديم العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالحقن في المنزل <p>(تابع في الصفحة التالية)</p>

العلاج بالحقن في المنزل (تتمة)

فيما يتعلق بالمعدات والمستلزمات المتعلقة بعلاج الحقن الوريدي في المنزل.

انظر "الأدوية الموصوفة طبيًا في الجزء (ب) من Medicare" لاحقًا في هذا الجدول لمعرفة أي مبلغ مشاركة في التكلفة معمول به للأدوية المتعلقة بالعلاج بالحقن الوريدي في المنزل.

يلزم الحصول على تصريح مسبق

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

رعاية أصحاب الأمراض المميّنة

عند التسجيل في برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّنة المعتمد من Medicare، يدفع تكاليف خدمات رعاية أصحاب الأمراض المميّنة وخدمات الجزء (أ) والجزء (ب) المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض مميت برنامج Original Medicare، وليس خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS).

يجب عليك استخدام برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّنة المعتمد من Medicare.

إنك مؤهل للحصول على ميزة رعاية أصحاب الأمراض المميّنة عندما يعطيك طبيبك والمدير الطبي لرعاية أصحاب الأمراض المميّنة 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 المميّنة. ويقع على عاتق خطتك التزام بمساعدتك في العثور على برامج معتمدة من Medicare لأصحاب الأمراض المميّنة 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 المميّنة المتابع لك مقدم خدمة ضمن الشبكة أو مقدم خدمة خارج الشبكة.

تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

- أدوية للسيطرة على الأعراض وتخفيف الألم
- رعاية قصيرة الأمد
- الرعاية المنزلية

عندما يتم قبولك في مأوى لرعاية أصحاب الأمراض المميّنة، يحق لك البقاء في خطتك؛ وإذا اخترت البقاء في خطتك، فيجب أن تستمر في دفع أقساط الخطة.

بالنسبة لخدمات رعاية أصحاب الأمراض المميّنة 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 المميّنة مقابل تلك الخدمة المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض مميت، كما سيدفع مقابل أي خدمة من خدمات الجزء (أ) أو الجزء (ب) تتعلق بمرضك المميّنة. في أثناء وجودك في برنامج رعاية أصحاب الأمراض المميّنة، سيقوم مقدم خدمة رعاية أصحاب الأمراض المميّنة 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.

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 ولا تتعلق بتشخيص مرضك بأنه مريض 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).

- إذا حصلت على خدمات خاضعة للغطاء التأميني من أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة واتبعت قواعد الخطة للحصول على الخدمة، فإنك لن تدفع إلى الخطة إلا مبلغ المشاركة في التكلفة الذي تدفعه للحصول على 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)

(تابع)

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

رعاية أصحاب الأمراض المميّنة (تتمة)

بالنسبة للخدمات التي تغطيها خطّة CCA Medicare Excel (HMO-POS) ولكن لا يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare: ستواصل خطّة CCA Medicare Excel (HMO-POS) تغطية الخدمات التي تغطيها الخطّة 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.

بالنسبة للأدوية التي قد تغطيها ميزة الجزء (د) من الخطّة: 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 كلٍ 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). **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.

التطعيمات

تشمل خدمات الجزء (ب) التي يغطيها برنامج Medicare ما يلي:

- 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 معرضاً لخطر كبير أو متوسط بالإصابة بالتهاب الكبد (ب)
 - لقاح كوفيد 19
 - لقاحات أخرى إذا كنت معرضاً للمخاطر وتفي بقواعد الغطاء التأميني المقدم من الجزء (ب) من Medicare
- إننا نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب ميزة الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د).

في الشبكة:

لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبالغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل مقابل لقاحات الالتهاب الرئوي، والأنفلونزا، والتهاب الكبد الوبائي (ب)، وكوفيد 19.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة:</p> <p>لا توجد مبلغ سداد مشترك نظير خدمات الدعم المنزلي التي تشملها التغطية بما لا يتجاوز 60 ساعة</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</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 فجوة 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 1-888-744-7813.</p>
<p>في الشبكة:</p> <p>مبلغ سداد مشترك قدره 295 دولارًا أمريكيًا في اليوم الواحد للأيام من 1 إلى 7 لكل إقامة للمرضى الداخليين</p> <p>لا يوجد أي مبلغ سداد مشترك للأيام من 8 إلى 90 لكل إقامة للمرضى الداخليين</p> <p>لا يوجد مبلغ سداد مشترك لأيام المستشفى الإضافية بعد اليوم 90</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق.</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين</p> <p>تشمل الحالات الحادة للمرضى الداخليين، وإعادة تأهيل المرضى الداخليين، ومستشفيات الرعاية طويلة 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>لا يوجد حد لعدد الأيام التي تغطيها الخطة. 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 <p>(تابع)</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى (تتمة)

إذا حصلت على رعاية مرضى داخليين مصرح بها في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فستكون تكلفتك هي حصتك في التكلفة التي كنت ستدفعها في مستشفى تابع للشبكة.

- في ظروف معينة، نغطي الأنواع التالية من عمليات زراعة الأعضاء: القرنية، والكلية، والبنكرياس، والقلب، والكبد، والرئة، والقلب/الرئة، ونخاع العظم، والخلايا الجذعية، والأمعاء/الأحشاء. إذا كنت بحاجة إلى عملية زراعة أعضاء، فسنترب لك 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. إذا كانت خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) تقدم خدمات زراعة الأعضاء في موقع خارج نمط الرعاية لعمليات زراعة الأعضاء في مجتمعك، واخترت الحصول على زراعة في ذلك الموقع البعيد، فستتخذ ترتيبات أو ندفع تكاليف الإقامة والنقل المناسبة لك ولمرافقك.
- الدم - بما في ذلك التخزين والإعطاء. يبدأ الغطاء التأميني للدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة مع أول كيس دم تحتاجه.
- خدمات الأطباء

ملاحظة: لكي تكون مريضًا داخليًا، يجب أن يكتب مقدم الخدمة أمرًا لقبولك رسميًا كمريض داخلي في المستشفى. 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.

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-](https://www.medicare.gov/sites/default/files/2021-10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf)

10/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf 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.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: مبلغ سداد مشترك قدره 295 دولارًا أمريكيًا في اليوم الواحد للأيام من 1 إلى 7 لكل إقامة للمرضى الداخليين</p> <p>لا يوجد أي مبلغ سداد مشترك للأيام من 8 إلى 90 لكل إقامة للمرضى الداخليين</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p>	<p>خدمات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية</p> <p>من بين الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تتطلب الإقامة في المستشفى.</p> <p>هناك حد أقصى للعمر بالكامل يبلغ 190 يومًا لخدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية. لا ينطبق الحد الأقصى البالغ 190 يومًا على خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين المقدمة في وحدة الطب النفسي في مستشفى عام</p>
<p>في الشبكة: بدون أي مبلغ سداد مشترك لكل وجبة</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</p>	<p>الوجبات بعد دخول المستشفى</p> <p>تغطي 7 أيام من الوجبات المنزلية (بعد أقصى وجبتين في اليوم) يتم تقديمها بعد كل جراحة أو دخول للمستشفى.</p>
<p>في الشبكة: لا توجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحصل للأعضاء المؤهلين للحصول على خدمات العلاج بالتغذية الطبية التي يغطيها Medicare.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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 خططنا، 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>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبالغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل لمزايا برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p>	<p>برنامج Medicare للوقاية من مرض السكري 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 تدريباً عملياً 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>في الشبكة: 20% - 0% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>نقطة الخدمة: 50% - 20% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>تخضع علاجات الجزء (ب) للعلاج التدريجي. يلزم الحصول على تصريح مسبق</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 ذاتياً ويتم حقنها أو تسريبها في أثناء حصولك على خدمات الطبيب أو العيادات الخارجية في المستشفى أو مركز الجراحة المتنقل • الأدوية التي تتناولها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل البخاخات) صرحت بها الخطة • عوامل التخثر التي تعطىها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت مصاباً بالهيموفيليا • الأدوية المثبطة للمناعة، إذا تمكنت مسجلاً 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 ذاتياً • المستحضرات • بعض الأدوية الفموية المضادة للسرطان والأدوية المضادة للغثيان • بعض الأدوية للغسيل الكلوي المنزلي، بما في ذلك الهيبارين، وترياق الهيبارين عند الضرورة الطبية، والمخدرات الموضعية، والعوامل المحفزة لتكوّن الكريات الحمراء (مثل أبوجين وبروكريت وإبوتين ألفا، وأرانيسب وداريبوتين ألفا) • الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية. <p>(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 (تنمة)</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>في الشبكة: لا يوجد نسبة مشاركة في السداد، أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل لفحص السمعة الوقائي وعلاجها.</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p>	<p>فحص وعلاج السمعة لتحسين استمرارية 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>في الشبكة: صفر دولار أمريكي كمبلغ سداد مشترك</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</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• العلاج الفردي والجماعي• اختبار السموم• أنشطة التعاطي• التقييمات الدورية

الاختبارات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية

تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي:

- الأشعة السينية
- العلاج الإشعاعي (الراديووم 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 بالكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة مع أول كيس دم تحتاجه.
- الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين

في الشبكة:

مبلغ سداد مشترك قيمته 35 دولارًا أمريكيًا لجميع خدمات الأشعة السينية الأخرى.

مبلغ سداد مشترك قيمته 20 دولارًا أمريكيًا للإجراءات والاختبارات التشخيصية التي يغطيها Medicare

مبلغ سداد مشترك بقيمة 35 دولارًا أمريكيًا لخدمات الأشعة العلاجية

نسبة المشاركة في السداد تبلغ 20% من المبلغ المعتمد للمستلزمات التي يغطيها برنامج Medicare (على سبيل المثال: المستلزمات الجراحية، والجبائر، وقوالب الجبس)

لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير الخدمات المعملية

لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير خدمات الدم

لا يوجد مبلغ سداد مشترك لخدمات صورة الثدي الشعاعية التشخيصية

مبلغ سداد مشترك قدره 100 دولار أمريكي مقابل جميع خدمات الأشعة التشخيصية الأخرى.

يلزم الحصول على تصريح مسبق

نقطة الخدمة:

نسبة مشاركة في السداد قدرها 50% للاختبارات التشخيصية والخدمات العلاجية للمرضى الخارجيين

نسبة مشاركة في السداد قدرها 30% للمستلزمات

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

ملاحظة المستشفى لمرضى العيادات الخارجية

في الشبكة:
200 دولار أمريكي دفعة سداد مشترك لكل إقامة

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.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

من أجل الحصول على غطاء تأميني لخدمات ملاحظة مرضى العيادات الخارجية في المستشفى، يجب أن تفي بمعايير Medicare وأن تعتبر تلك الخدمات معقولة وضرورية. لا نغطي خدمات الملاحظة إلا عندما يتم تقديمها بموجب أمر من طبيب أو شخص آخر مصرح له بموجب قانون الترخيص بالولاية واللوائح الداخلية لموظفي المستشفى بقبول دخول المرضى إلى المستشفى أو بطلب اختبارات لمرضى العيادات الخارجية.

ملاحظة: ما لم يكتب مقدم الخدمة أمرًا بقبولك كمريض 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 تعتبر مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا أم لا، فينبغي أن تسأل فريق عمل المستشفى.

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 - اسأل! تتوفر صحيفة الحقائق هذه على الويب على

<https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf>

أو بالاتصال على الرقم (1-800-633-1-800-MEDICARE)
(4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم (1-877-486-2048). يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: مبلغ سداد مشترك مقداره 200 دولار أمريكي</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</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. 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 العقلية، 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 • المستلزمات الطبية مثل الجبائر والجبس • بعض الأدوية والمستحضرات البيولوجية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك <p>ملاحظة: ما لم يكتب مقدم الخدمة أمرًا بقبولك كمريض 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 تعتبر 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 - اسأل! صحيفة الحقائق تلك متاحة على الويب على https://www.medicare.gov/publications/11435-Inpatient-or-Outpatient.pdf</p> <p>أو بالاتصال على الرقم 1-800-633-MEDICARE (1-800-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع.</p>
<p>في الشبكة: لا يوجد مبلغ سداد مشترك عن كل زيارة للجلسات الفردية والجماعية</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p>	<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 وأسرة مرخص (LMFT)، أو ممرضة ممارسة (NP)، أو مساعد طبيب (PA)، أو اختصاصي رعاية صحية عقلية آخر مؤهل من Medicare على النحو المسموح به بموجب قوانين الولاية المعمول بها.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: مبلغ سداد مشترك قدره 10 دولارات أمريكية لكل زيارة</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p>	<p>خدمات إعادة تأهيل المرضى الخارجيين</p> <p>تشمل الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني: العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج لغة النطق.</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>في الشبكة: لا يوجد مبلغ سداد مشترك عن كل زيارة للجلسات الفردية والجماعية</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p>	<p>خدمات إدمان المخدرات للمرضى الخارجيين</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>في الشبكة: مبلغ سداد مشترك قدره 175 دولارًا أمريكيًا مقابل الجراحة في مركز جراحي متنقل</p> <p>مبلغ سداد مشترك بقيمة 200 دولار أمريكي نظير الجراحة في العيادات الخارجية بالمستشفى</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p>	<p>جراحات العيادات الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفى ومراكز الجراحة المتنقلة</p> <p>ملاحظة: إذا كنت تخضع لجراحة في مرفق مستشفى، فيجب عليك مراجعة مقدم الرعاية المتابع لك لتعرف ما إذا كنت مريضًا داخليًا أو خارجيًا. ما لم يكتب مقدم الخدمة أمرًا بقبولك كمريض داخلي في المستشفى، ستظل مريضًا خارجيًا وتدفع مبالغ المشاركة في التكاليف عن جراحات المرضى الخارجيين. حتى إذا بقيت في المستشفى طوال الليل، فقد تظل تعتبر مريضًا خارجيًا.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: مبلغ سداد مشترك قدره 45 دولارًا أمريكيًا</p> <p>نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</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 عقلي مجتمعي، ورعايته أكثر كثافة من الرعاية التي يتم تلقيها في عيادة طبيب 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 طبيب أو المعالج ولكن أقل كثافة من الإقامة الجزئية في المستشفى.</p>

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب

تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

- 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
- الاستشارة والتشخيص والعلاج من جانب أحد الاختصاصيين
- فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها الاختصاصي، إذا طلب طبيبك تلك الفحوصات لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي أم لا
- بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك: طبيب الرعاية الأساسي (PCP) والخدمات المتخصصة
 - 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.
 - إذا اخترت الحصول على إحدى تلك الخدمات عن طريق خدمة الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب عليك الاستعانة بمقدم خدمة تابع للشبكة يقدم حاليًا الخدمة عن بُعد. ستكون تلك الخدمات متاحة عبر الهاتف أو الفيديو. سيتعين على الأعضاء السؤال عما إذا كانت عيادة الطبيب أو الاختصاصي تقدم خدمة الرعاية الصحية عن بُعد (الزيارات الافتراضية) وبدء الإعداد من خلالهم.
- 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 العقلية المصاحب، بغض النظر عن موقعهم
- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها في الحالات التالية:
 - إذا كانت لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل زيارتك الأولى للحصول على الرعاية الصحية عن بُعد
 - 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

في الشبكة:

لا يوجد مبلغ سداد مشترك لزيارات عيادة طبيب الرعاية الأساسي وزيارات الرعاية الصحية عن بُعد مبلغ سداد مشترك بقيمة 10 دولارات لكل زيارة إلى العيادة المتخصصة وكل زيارة رعاية صحية عن بُعد

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تتمة)

- خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة العقلية 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 في الحالات التالية:
 - 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 في الحالات التالية:
 - 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
- 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 لعلاجات أمراض الأورام الإشعاعية، أو الخدمات التي يمكن أن تخضع للغطاء التأميني عندما يقدمها الطبيب).

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

خدمات طب الأقدام

تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

- التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدمين (مثل الأصابع المطرقية أو نتوءات الكعب)
- الرعاية الروتينية للقدمين للأعضاء الذين يعانون من حالات طبية معينة تؤثر على الأطراف السفلية

تغطي الخطة خمس (5) زيارات روتينية داخل الشبكة لرعاية القدم سنويًا.

في الشبكة:

مبلغ سداد مشترك قدره 10 دولارات لكل زيارة نظير خدمات طب الأقدام التي يغطيها برنامج Medicare. لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير الرعاية الروتينية للقدمين بما لا يتجاوز خمس (5) زيارات في السنة.

نقطة الخدمة:

تبلغ نسبة المشاركة في السداد 50% لخدمات طب الأقدام التي يغطيها Medicare. العناية الروتينية بالقدمين خارج الشبكة غير خاضعة للغطاء التأميني.

يلزم الحصول على تصريح مسبق من أجل العناية بالأقدام التي يغطيها برنامج Medicare.

اختبارات فحص سرطان البروستاتا

بالنسبة للرجال الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا فأكثر، تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ما يلي - مرة واحدة كل 12 شهرًا:

- الفحص الرقمي للمستقيم
- اختبار المستضد الخاص بالبروستاتا (PSA)

في الشبكة:

لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك، أو مبالغ تحمّل لاختبار المستضد الخاص بالبروستاتا السنوي.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

الأجهزة التعويضية والمستلزمات ذات الصلة

في الشبكة: 20% نسبة مشاركة في السداد

نقطة الخدمة: 30% نسبة مشاركة في السداد

يلزم الحصول على تصريح مسبق

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). 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.

خدمات إعادة التأهيل الرئوي

في الشبكة: مبلغ سداد مشترك قدره 15 دولارًا أمريكيًا لكل زيارة

نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد

يلزم الحصول على تصريح مسبق

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.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

الفحص والاستشارات للحد من الإفراط في الكحول

في الشبكة:
لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل للمزايا الوقائية للفحص والاستشارات التي يغطيها برنامج Medicare للحد من الإفراط في شرب الكحول.

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 مؤهلًا ومنتبهًا أثناء الاستشارة) يقدمها طبيب أو ممارس رعاية أساسي مؤهل في مكان الرعاية الأساسي.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة (LDCT)

في الشبكة:
لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل عن زيارة الاستشارة واتخاذ القرار المشترك التي يغطيها برنامج Medicare أو مقابل التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة.

بالنسبة للأفراد المؤهلين، نغطي التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة مرة واحدة كل 12 شهرًا.

الأعضاء المؤهلون هم: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و77 عامًا والذين لا تظهر عليهم علامات أو أعراض سرطان الرئة، ولكن لديهم سجل تدخين للتبغ لا يقل عن 20 عبوة في العام ويدخنون حاليًا أو أقلعوا عن التدخين خلال الـ 15 عامًا الماضية، والذين حصلوا على أمر كتابي بإجراء التصوير المقطعي المحوسب منخفض الجرعة خلال زيارة استشارية لفحص سرطان الرئة واتخاذ قرار مشترك تستوفي معايير Medicare لتلك الزيارات، ويقدمها طبيب أو ممارس غير طبيب مؤهل.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

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.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

🍌 فحص العدوى المنقولة جنسياً (STIs) وتقديم المشورة للوقاية من العدوى المنقولة جنسياً

في الشبكة:
لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل للمزايا الوقائية بفحص العدوى المنقولة جنسياً والاستشارات المتعلقة بالعدوى المنقولة جنسياً والتي يغطيها برنامج Medicare.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

إننا نغطي فحوصات العدوى المنقولة جنسياً (STI) للكشف عن المُتَدَبِّرَة، والسيلان، والزهرى، والتهاب الكبد (ب). هذه الفحوصات تخضع للغطاء التأميني للنساء الحوامل ولبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بعدوى منقولة جنسياً عندما يطلب مقدم الرعاية الأساسي إجراء الاختبارات. نغطي إجراء تلك الاختبارات مرة واحدة كل 12 شهراً أو في أوقات معينة في أثناء الحمل. كما نغطي أيضاً ما يصل إلى جلستي استشارة سلوكية عالية الكثافة وجهاً لوجه كل عام لمدة تتراوح بين 20 إلى 30 دقيقة، للبالغين النشطين جنسياً المعرضين لخطر متزايد بالإصابة بالعدوى المنقولة جنسياً. لن نغطي جلسات الاستشارة هذه إلا كخدمة وقائية إذا قدمها مقدم رعاية أساسي وكانت تتم في مكان الرعاية الأساسي، مثل عيادة الطبيب.

خدمات لعلاج أمراض الكلى

تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

في الشبكة:
لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير الخدمات التنقيفية لمرض الكلى نسبة مشاركة في السداد تبلغ 20% لخدمات غسيل الكلى

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

يلزم الحصول على تصريح مسبق لخدمات الغسيل الكلوي

- خدمات تنقيف 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 التنقيف بشأن أمراض الكلى طوال العمر.
 - 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)
- نغطي أدوية معينة للغسيل الكلوي بموجب مزايا الأدوية الخاصة بالجزء (ب) من Medicare. للحصول على معلومات عن الغطاء التأميني لأدوية الجزء (ب)، يرجى الانتقال إلى قسم الأدوية الموصوفة طبياً في الجزء (ب) من Medicare.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

الرعاية في مرفق ترميز متخصص

(للاطلاع على تعريف رعاية مرفق الترميز المتخصص، انظر الفصل الثاني عشر من هذا المستند. ويُطلق أحيانًا على مرافق الترميز المتخصصة (SNFs)).

يتم تغطية 100 يوم عن كل فترة استحقاق. لا يلزم الإقامة في المستشفى قبل ذلك.

تضم الخدمات الخاضعة للغطاء التأميني ما يلي، على سبيل المثال لا الحصر:

- غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا)
 - وجبات، بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة
 - خدمات الترميز 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 بالكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة مع أول كيس دم تحتاجه.
 - المستلزمات الطبية والجراحية التي تقدمها عادةً مرافق الترميز المتخصصة
 - الاختبارات المعملية التي تقدمها عادةً مرافق الترميز المتخصصة
 - الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تقدمها عادةً مرافق الترميز المتخصصة
 - استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي توفرها عادةً مراكز الترميز المتخصصة
 - خدمات الطبيب/الممارس
- بشكل عام، ستحصل على رعاية مرفق الترميز المتخصص من مرافق الشبكة. ومع ذلك، في ظل ظروف معينة مدرجة أدناه، قد تتمكن من دفع حصتك في التكلفة داخل الشبكة إلى منشأة ليست من بين مقدمي الخدمة التابعين للشبكة، وذلك إذا قبلت المنشأة المبالغ التي تدفعها خطتنا.
- دار رعاية أو مجتمع للتقاعد يقدم الرعاية المستمرة في المكان الذي كنت تعيش فيه قبل ذهابك إلى المستشفى مباشرةً (طالما أنه يوفر رعاية مرافق الترميز المتخصصة)
 - مرفق ترميز متخصص في المكان الذي تعيش فيه زوجتك/زوجك وقت مغادرتك المستشفى

في الشبكة:

مبلغ السداد المشترك لكل فترة

استحقاق هي:

لا توجد مبالغ سداد مشترك بالنسبة

للأيام من 1 إلى 20

مبلغ سداد مشترك بقيمة 196 دولارًا

أمريكيًا في اليوم الواحد للأيام من 21

إلى 100

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

يلزم الحصول على تصريح مسبق

تبدأ فترة الاستحقاق من اليوم الذي يتم

فيه إدخالك كمريض داخلي في أحد

مرافق الترميز المتخصص وتنتهي

عندما لا تتلقى أي رعاية متخصصة

في أحد مرافق الترميز المتخصص

لمدة 60 يومًا على التوالي. إذا دخلت

في أحد مرافق الترميز المتخصص

بعد انتهاء فترة استحقاق واحدة، تبدأ

فترة استحقاق جديدة.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ (تقديم المشورة للإقلاع عن التدخين أو تعاطي التبغ)

في الشبكة:
لا يوجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل في مقابل المزايا الوقائية للإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ التي يغطيها Medicare.

نقطة الخدمة:
50% نسبة مشاركة في السداد

إذا كنت تتعاطي التبغ، ولكن لم تظهر عليك أي أعراض أو علامات على أمراض ترتبط بتعاطي التبغ: فإننا نغطي محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين كل 12 شهرًا كخدمة وقائية دون أن تتحمل أي تكلفة. كل محاولة استشارية تشتمل على ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.

إذا كنت تتعاطي التبغ وتم تشخيص حالتك بأنك مصاب بمرض متعلق بتعاطي التبغ أو كنت 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 حصتك في التكلفة المطبقة. تشمل كل محاولة استشارية ما يصل إلى أربع زيارات وجهًا لوجه.

مزايا تكميلية خاصة للمرضى بأمراض مزمنة

تشتمل خطّة CCA Medicare Excel (HMO-POS) على المزايا الإضافية التالية للأعضاء الذين يعانون من حالة مزمنة مؤهلة:

في الشبكة:
صفر دولار أمريكي كمبلغ سداد مشترك
نقطة الخدمة:
غير خاضع للغطاء التأميني

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 وتعويضك عن التكاليف التي قد تتحملها بسبب سرقة الهوية.

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 الخطّة الحالية. إذا اخترت إلغاء التسجيل، فلا يمكنك إعادة التسجيل حتى العام التالي.

يمكنك الاتصال بـ ID Watchdog (Equifax) عن طريق الاتصال على الرقم 866-513-1518.

تشمل الحالات المزمنة ما يلي: الاعتماد المزمّن على الكحول وغيره من الأدوية؛ واضطرابات المناعة الذاتية؛ والسرطان؛ واضطرابات القلب والأوعية الدموية؛ وفشل القلب المزمن؛ والخرف؛ والسكري؛ وأمراض الكبد في مراحلها الأخيرة؛ والمرض الكلوي في مراحلها الأخيرة (ESRD)؛ والاضطرابات الدموية الشديدة؛ وفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز؛ واضطرابات الرئة المزمنة؛ وحالات الصحة العقلية المزمنة والمسببة للعجز؛ والاضطرابات العصبية؛ والسكتة الدماغية.

(تابع)

مزايا تكميلية خاصة للمرضى بأمراض مزمنة (تتمة)

يجب أن يكون تشخيص المرض المزمن مسجلاً لدى CCA قبل الحصول على مزايا تكميلية خاصة للمرض المزمن.

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 والمرمضة الممارسين ومن يمثّلهم من مقدمي الخدمات. ليس كل الأعضاء مؤهلين.

العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (SET)

نغطي العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض.

إننا نغطي ما يصل إلى 36 جلسة على مدار 12 أسبوعاً في حالة استيفاء متطلبات برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف.

يجب أن تتوفر في برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف ما يلي:

في الشبكة:
مبلغ سداد مشترك قدره 25 دولارًا
أمريكياً لكل زيارة

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

يلزم الحصول على تصريح مسبق

- 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 الإضافيون 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

قد نغطي برنامج العلاج بالتمارين الرياضية فيما يتجاوز 36 جلسة على مدار 12 أسبوعاً، وذلك لعدد 36 جلسة إضافية على مدار فترة زمنية ممتدة إذا رأى مقدم الرعاية الصحية ضرورة طبية لذلك.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات	الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك
<p>في الشبكة: لا يوجد مبلغ سداد مشترك نظير خدمات دور العجزة الخاضعة للغطاء التأميني.</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p>	<p>دعم مقدمي الرعاية (دار العجزة) بعد الإقامة في المستشفى، إذا تم استيفاء المعايير، فإننا نغطي ما يصل إلى 14 يوماً في دور العجزة التابعة للشبكة.</p> <p>النقل (الطبي غير الطارئ) تغطي الخطة اثنتي عشرة (12) رحلة ذهاب فقط طبية 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 صباحاً إلى 8 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية من الاثنين إلى الجمعة، ومن 8 صباحاً إلى 12 مساءً بتوقيت المنطقة الزمنية الشرقية يومي السبت والأحد.</p> <p>يمكن للأعضاء تحديد مواعيد النقل عن طريق الاتصال على الرقم 833-402-0101.</p>
<p>في الشبكة: لا يوجد أي مبلغ سداد مشترك لكل رحلة</p> <p>نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق</p>	<p>الخدمات المطلوبة بشكل عاجل 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، نظراً 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.</p>

(تابع)

الخدمات المطلوبة بشكل عاجل (تتمة)

لا يوجد مبلغ سداد مشترك لكل زيارة بموجب تغطية الخدمات المطلوبة بشكل عاجل في جميع أنحاء العالم

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.

يوجد حد أقصى قيمته 100,000 دولار أمريكي لخدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل المقدمة خارج الولايات المتحدة.

يجب عليك إبلاغ مقدم الرعاية الأساسي/فريق الرعاية المتابع لك كلما أمكن ذلك إذا تلقيت رعاية عاجلة.

ما يجب عليك دفعه عند الحصول على تلك الخدمات

الخدمات التي يقدمها الغطاء التأميني لك

رعاية الإبصار

تشمل الخدمات التي تخضع للغطاء التأميني ما يلي:

خدمات الإبصار (غير الروتينية) التي يشملها غطاء Medicare:

إننا نغطي خدمات الإبصار غير الروتينية التالية التي يغطيها برنامج Medicare من خلال مقدم خدمة تابع للشبكة:

- 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
- بالنسبة للأشخاص المعرضين لخطر كبير بالإصابة بالجلوكوما، سنغطي فحصاً واحداً 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 عاماً أو أكثر، والأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عاماً أو أكثر
- 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).

خدمات الإبصار الروتينية:

نغطي خدمات الإبصار الروتينية التالية باستخدام بطاقة Healthy Savings card عبر متاجر الرؤية المسجلة لدى Visa والتي تقبل Visa كشكل من أشكال الدفع:

- نغطي فحص عين واحد سنوياً
- إننا نغطي النظارات الموصوفة طبيًا بما في ذلك الإطارات والعدسات والعدسات اللاصقة الضرورية بصرياً أو الترقيات بما لا يتجاوز مبلغ 300 دولار أميركي في السنة.

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 الخطة للحصول على التفاصيل.

خدمات الإبصار (غير الروتينية) التي يشملها غطاء Medicare:

في الشبكة:

ستدفع مبلغ 10 دولارات مقابل فحوصات العين التي يغطيها برنامج Medicare.

نقطة الخدمة:

تبلغ نسبة المشاركة في السداد 50% لفحوصات العين التي يغطيها Medicare.

فحص الجلوكوما:

داخل الشبكة: لا يوجد مبلغ سداد مشترك

نقطة الخدمة: 50% نسبة مشاركة في السداد

خدمات الإبصار الروتينية:

داخل الشبكة:

فحص العين الروتيني: تحصل على 300 دولار أمريكي على بطاقة Healthy Savings card الخاصة بك التي يمكنك استخدامها في متاجر الرؤية المسجلة لدى شركة Visa لدفع مقابل فحوصات العين الروتينية، وعدسات النظارات، وإطارات النظارات، والعدسات اللاصقة، وترقيات النظارات كل عام. إنك تتحمل المسؤولية عن جميع التكاليف التي تتجاوز البديل الذي تبلغ قيمته 300 دولار أمريكي.

النظارات (الإطارات، والعدسات، والعدسات اللاصقة، والترقيات): من 0 دولار أمريكي حتى فحص العين المجمع ومزايا النظارات بحد أقصى 300 دولار أمريكي لكل سنة استحقاق.

نقطة الخدمة: غير خاضع للغطاء التأميني

مرحبًا بك في زيارة Medicare الوقائية

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.

مهم: إننا نغطي الزيارة الوقائية *Welcome to Medicare* فقط خلال 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.

في الشبكة:

لا توجد نسبة مشاركة في السداد أو مبلغ سداد مشترك أو مبالغ تحمّل للزيارة الوقائية *Welcome to Medicare*.

نقطة الخدمة:

50% نسبة مشاركة في السداد

القسم الثالث

ما الخدمات التي لا تغطيها الخطّة؟

القسم 3.1

الخدمات التي لا تغطيها الخطّة (الاستثناءات)

يوضح لك هذا القسم الخدمات المستبعدة من غطاء Medicare التأميني، وبالتالي لا تغطيها هذه الخطّة.

يصف الجدول أدناه بعض الخدمات والمنتجات التي لا تغطيها تحت أي ظروف أو التي لا تغطيها 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 ندفع مقابل إحدى الخدمات الطبية أو نغطيها بسبب وضعك المحدد. (للحصول على معلومات عن التظلم على أحد القرارات التي اتخذناها بعدم تغطية خدمة طبية، انتقل إلى الفصل التاسع، القسم 5.3 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"> • متاح 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 الإصابة 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.

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	<p>الرعاية الوصائية. (الرعاية التي تساعد في أنشطة الحياة اليومية التي لا تتطلب مهارات مهنية أو تدريباً، مثل الاستحمام وارتداء الملابس).</p> <p>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.</p>
<ul style="list-style-type: none"> • قد تغطيها Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو من خطتنا. <p>(انظر الفصل الثالث، القسم الخامس لمزيد من المعلومات عن الدراسات البحثية السريرية).</p>		<p>الإجراءات الطبية التجريبية والجراحية والمعدات والعلاجات.</p> <p>الإجراءات والمنتجات التجريبية هي تلك المنتجات والإجراءات التي حدتها Original Medicare على أنها غير مقبولة بشكل عام من المجتمع الطبي.</p>
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	الرسوم المفروضة على الرعاية التي يقدمها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك.
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	رعاية تمرضية بدوام كامل في منزلك.
<p>تغطي 7 أيام من الوجبات المنزلية (بحد أقصى وجبتين في اليوم) يتم تقديمها بعد كل جراحة أو دخول للمستشفى.</p>		وجبات يتم توصيلها إلى المنزل
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	تشمل خدمات ربات البيوت المساعدة المنزلية الأساسية، بما في ذلك خدمة تنظيف الغرف الخفيفة أو إعداد الوجبات الخفيفة.
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	خدمات العلاج بالطبيعة (تستخدم علاجات طبيعية أو بديلة).
<ul style="list-style-type: none"> • قد تغطي رعاية الأسنان المطلوبة لعلاج المرض أو الإصابة كإصابة لمرضى داخلين أو خارجين. 		رعاية الأسنان غير الروتينية

تكون خاضعة فقط للغطاء التأميني في ظل ظروف محددة	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare
<ul style="list-style-type: none"> الأحذية التي تُعد جزءًا 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 تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	الأعراض الشخصية في غرفتك في المستشفى أو في مرفق التمريض المتخصص، مثل الهاتف أو التلفاز.
<ul style="list-style-type: none"> نغطيها فقط عند الضرورة الطبية. 		غرفة خاصة في المستشفى.
	لا تخضع للغطاء 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
<ul style="list-style-type: none"> يتم توفير غطاء تأميني محدود وفقًا لإرشادات Medicare (على سبيل المثال، إذا كنت مصابًا بالسكري). 		العناية الروتينية بالقدمين
	لا تخضع للغطاء التأميني تحت أي ظرف	الخدمات التي تعتبر غير معقولة وغير ضرورية، وفقًا لمعايير Original Medicare

الفصل الخامس:

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

القسم الأول مقدمة

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 المميّنة.

القسم 1.1 القواعد الأساسية للغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) من الخطّة

ستغطي الخطّة 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 للخطّة).
- يجب أن يكون دواؤك مدرجًا بقائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني الذي تقدمه الخطّة (كتيب الوصفات) (نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا). (انظر القسم الثالث، يجب أن تكون أدويةك مدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطّة).
- 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 للخطّة

القسم 2.1 استخدام صيدلية تابعة للشبكة

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

الصيدلية التابعة للشبكة هي صيدلية متعاقدة مع الخطّة 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 بالخطّة.

القسم 2.2 الصيدليات التابعة للشبكة

كيف تجد صيدلية تابعة للشبكة في منطقتك؟

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، يمكنك البحث في دليل الصيدليات، أو زيارة موقعنا الإلكتروني على www.ccahealthmi.org، أو الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

يمكنك الذهاب إلى أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

ماذا لو غادرت الصيدلية التي كنت تستخدمها الشبكة؟

إذا غادرت الصيدلية التي كنت تستخدمها شبكة الخطّة، فسيتمّ عليك العثور على صيدلية جديدة داخل الشبكة. أو إذا كانت الصيدلية التي كنت تستخدمها تابعة للشبكة ولكنها لم تعد تقدم نسبة تقاسم تكلفة تفضيلية، فقد ترغب في التحويل إلى شبكة مختلفة أو صيدلية مفضّلة، إذا كانت متاحة. للعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، يمكنك الحصول على مساعدة من قسم خدمات الأعضاء أو استخدام دليل الصيدليات. 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 مزايها الجزء (د) في أحد مرافق 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 ألاسكا 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 تنقيفًا بشأن استخدامها. ملاحظة: ينبغي أن يكون هذا السيناريو نادر الحدوث.

لتحديد موقع صيدلية متخصصة، ابحث في دليل الصيدليات أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء.

استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطّة

القسم 3.2

يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بشبكة الخطّة، وذلك بالنسبة لأنواع معينة من الأدوية. 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 بشأن صرف الوصفات الطبية الخاصة بك عن طريق البريد، اتصل بقسم خدمات الأعضاء (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب) أو تفضل بزيارة 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 مباشرة من عيادة طبيبك.

ستقوم الصيدلية تلقائيًا بصرف وتوصيل الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من مقدمي خدمات الرعاية الصحية، 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 مباشرة من مقدمي الرعاية الصحية. يمكنك طلب التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة في أي وقت بالإيعاز 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، فيرجى 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 مقدم الرعاية الصحية 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.

لإلغاء الاشتراك في عمليات التسليم التلقائية للوصفات الطبية الجديدة التي يتم تلقيها مباشرة من مكتب مقدم الرعاية الصحية المتابع لك، يُرجى الاتصال بنا عبر الهاتف على الرقم 844-705-7498.

إعادة الصرف بناءً على الوصفات الطبية المرسله عبر البريد. بالنسبة لعمليات إعادة صرف أدويةك، لديك خيار التسجيل في برنامج إعادة الصرف التلقائي. وبموجب هذا البرنامج، سنبداً في إعادة الصرف التالي تلقائيًا عندما تُظهر سجلاتنا أن دواءك قد أوشك على النفاذ. 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، فيرجى 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 لصرف بالطلب عبر البريد، يُرجى الاتصال بنا عن طريق الاتصال بالصيدلية المرسله للطلب عبر البريد التابعة بالخطة على الرقم 844-705-7498.

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

القسم 2.4 كيف يمكنك الحصول على كميات طويلة الأمد من الأدوية؟

عندما تحصل على كميات طويلة الأمد من الأدوية، فإن حصتك في التكلفة قد تكون أقل. توفر الخطة طريقتين للحصول على كميات طويلة الأمد (تُسمى أيضًا كميات ممتدة) من أدوية المداومة في "قائمة الأدوية" الخاصة بخطتنا. (وبصفة عامة، فإن أدوية المداومة التي تتناولها بشكل دوري، هي أدوية لحالة طبية مزمنة أو لحالة طبية طويلة الأمد).

1. يخبرك دليل الصيدليات بالصيدليات التابعة لشبكتنا والتي يمكنها أن تمنحك كميات طويلة الأمد 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.

القسم 2.5 متى يمكنك استخدام صيدلية غير تابعة لشبكة الخطة؟

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. لمساعدتك، لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة خدمتنا يمكنك منها صرف وصفاتك الطبية كعضو في خطتنا. يُرجى التحقق أولاً من قسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة قريبة منك أم لا. سيُطلب منك على الأرجح دفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الدواء في صيدلية خارج الشبكة والتكلفة التي كنا سنغطيها لصيدلية داخل الشبكة.

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

- الوصفة الطبية مخصصة لحالة طبية طارئة أو رعاية عاجلة.
- لا يمكنك الحصول على دواء يخضع للغطاء التأميني وقت احتياجك إليه لأنه لا توجد صيدليات تابعة للشبكة تعمل على مدار 24 ساعة ضمن مسافة قيادة معقولة.
- الوصفة الطبية خاصة بدواء غير متوفر في أحد منافذ البيع بالتجزئة التابعة للشبكة القريبة أو في صيدلية تقدم خدمة الطلب بالبريد قريبة (بما في ذلك الأدوية عالية التكلفة والفريدة من نوعها).
- تم إجلاؤك أو نزحت من منزلك بسبب كارثة فيدرالية أو إعلان طوارئ آخر للصحة العامة.

كيف تطلب تعويضًا من الخطّة؟

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

القسم الثالث يجب أن تكون أدويةك مدرجة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطّة

القسم 3.1 توضح "قائمة الأدوية" أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني

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

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

الأدوية الواردة في "قائمة الأدوية" هي فقط التي يغطيها الجزء (د) من برنامج Medicare.

سنغطي بشكل عام الأدوية الموجودة في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطّة 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 بدائل دوائية مكافئة أو بدائل بيولوجية شبيهة متاحة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية ولبعض المنتجات البيولوجية.

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 هناك خمس فئات سعرية للمشاركة في تكلفة الأدوية الواردة في "قائمة الأدوية"

كل دواء موجود في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة يندرج تحت أحد الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة. بشكل عام، كلما ارتفعت الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة، ارتفعت حصتك في التكلفة التي تدفعها من أجل الدواء:

- الفئة السعرية الأولى: تشمل الأدوية المكافئة المفضلة (أدنى فئة سعرية)
- الفئة السعرية الثانية: تشمل الأدوية المكافئة
- الفئة السعرية الثالثة: تشمل الأدوية التي تحمل علامة تجارية مفضلة (تشمل هذه الفئة السعرية الأنسولين المحدد)
- الفئة السعرية الرابعة: تشمل الأدوية غير المفضلة
- الفئة السعرية الخامسة: تشمل الأدوية المتخصصة (أعلى فئة سعرية)

لمعرفة الفئة السعرية لمبلغ المشاركة في التكلفة التي يندرج تحتها دواؤك، ابحث عنها في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة. يظهر المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل فئة سعرية من فئات المشاركة في التكلفة في الفصل السادس (ما الذي تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)).

القسم 3.3 كيف يمكنك معرفة ما إذا كان هناك دواء معين مدرج في "قائمة الأدوية"؟

لديك أربع (4) طرق لمعرفة ذلك:

1. تحقق من أحدث "قائمة أدوية" نقدمها إلكترونيًا.
2. تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني للخطة (www.ccahealthmi.org). "قائمة الأدوية" الموجودة على الموقع الإلكتروني تكون دائمًا هي أحدث النسخ.
3. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان هناك دواء معين مدرج في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة أم لا أو لطلب نسخة من القائمة.
4. استخدم "أداة المزايا اللحظية" الخاصة بالخطة (<https://www.optumrx.com/public/landing>) أو بالاتصال بقسم خدمات الأعضاء). 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.

هناك قيود على الغطاء التأميني لبعض الأدوية

القسم الرابع

لماذا تفرض بعض الأدوية قيودًا؟

القسم 4.1

بالنسبة لبعض الأدوية الموصوفة طبيًا، تقيد القواعد الخاصة بطريقة ووقت تغطية الخطة لها. وضع فريق من الأطباء والصيادلة 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 الخطة مصممة لتشجيعك أنت ومقدم الخدمة على استخدام هذا الخيار الأقل تكلفة.

يُرجى 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 العقار الذي وصفه لك مقدم الرعاية الصحية، وقد تسري قيود مختلفة أو نسب مختلفة لتفاسم التكلفة على الإصدارات المختلفة من الدواء (على سبيل المثال، 10 ملغ مقابل 100 ملغ؛ واحد يوميًا مقابل اثنين يوميًا؛ قرص مقابل سائل).

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 ومطابقتها بعمل استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على إسقاط ذلك القيد بالنسبة لك. (انظر الفصل التاسع)

تقييد صرف الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا عند توفر إصدار مكافئ

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. (قد تكون حصتك من التكلفة في الدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا أو المنتج البيولوجي الأصلي أكبر من حصتك في تكلفة الدواء الجينيس أو البديل الحيوي القابل للتبديل.)

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 العقاران (أ) و(ب) يعالجان نفس الحالة الطبية فإن الخطة قد تشترط عليك تجربة العقار (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 ينبغي 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.
- الدواء يخضع للغطاء التأميني، ولكنه يقع تحت إحدى الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة تجعلك تظن أن حصتك في التكلفة أكثر مما ينبغي.
- 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.
- إذا كان دواؤك يندرج تحت إحدى الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة بما يجعلك تظن أن التكلفة التي تتحملها أعلى مما ينبغي، فانتقل إلى القسم 5.3 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 أدويةك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
 - ستكون تلك الكميات المؤقتة كافية لمدة 30 يومًا كحد أقصى. إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لعدد أقل من الأيام، فسوف نسمح بإعادة صرف العلاج عدة مرات لمدة تصل إلى 30 يومًا كحد أقصى. يجب صرف الوصفة الطبية في صيدلية تابعة للشبكة. (يرجى ملاحظة أن صيدلية الرعاية طويلة الأمد قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لمنع الهدر).
 - بالنسبة للأعضاء المشتركين في الخطة منذ أكثر من 90 يومًا ويعيشون في مرفق رعاية طويلة الأجل ويحتاجون إلى كميات فورية:
- سنعطي 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 المدرجة 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 أيًا 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 تنتفد كمياتك المؤقتة. لديك خياران:

(1) يمكنك التغيير إلى عقار 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 تساعدك تلك القائمة مقدم الرعاية المتابع لك في العثور على دواء يخضع للغطاء التأميني قد يكون مناسبًا لك.

(2) كيف يمكنني طلب استثناء؟

يمكنك أنت ومقدم الخدمة أن تطلبًا من الخطة الحصول على استثناء وأن تتم تغطية الدواء بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها. إذا قال مقدم الرعاية المتابع لك أن لديك أسبابًا 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 مدرجًا في "قائمة الأدوية"

الخاصة بالخطّة. أو يمكنك أن تطلب من الخطّة منح استثناء وتغطية الدواء دون قيود.

إذا كنت عضوًا حاليًا، وكان سيتم حذف أحد الأدوية التي تتناولها من كتيب الوصفات أو إخضاعه لقيود بطريقة ما في العام القادم، فسنخبرك 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، فسنصرح بالغطاء التأميني قبل سريان التغيير.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمة في طلب استثناء، فإن الفصل التاسع، القسم 6.4 يخبرك بما يجب عليك فعله. فهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددها برنامج Medicare لضمان التعامل مع طلبك بشكل فوري وعادل.

القسم 5.3 ما الذي يمكنك فعله إذا كنت تعتقد أن الفئة السعرية للمشاركة في تكلفة دوائك مرتفعة للغاية؟

إذا كان دوائك يندرج تحت إحدى الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة التي تعتقد أنها مرتفعة للغاية، فإليك الأشياء التي يمكنك القيام بها:

يمكنك التغيير إلى عقار آخر

إذا كان دوائك يقع تحت إحدى الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة التي تعتقد أنها مرتفعة للغاية، فتحدث إلى مقدم الخدمة لديك. قد يوجد دواء مختلف يندرج تحت فئة سعرية أقل للمشاركة في التكلفة ويكون مناسبًا لك تمامًا. اتصل 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 مناسبًا لك.

كيف يمكنني طلب استثناء؟

يمكنك أنت ومقدم الخدمة أن تطلبوا من الخطّة منح استثناء في الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة للدواء بحيث تدفع مقابل أقل له. إذا قال مقدم الرعاية المتابع لك أن لديك أسبابًا طبية تبرر مطالبتنا باستثناء، فيمكن لمقدم الرعاية المتابع لك مساعدتك في طلب استثناء من القاعدة.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمة في طلب استثناء، فإن الفصل التاسع، القسم 6.4 يخبرك بما يجب عليك فعله. فهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددها برنامج Medicare لضمان التعامل مع طلبك بشكل فوري وعادل.

الأدوية التي تندرج تحت الفئة السعرية 5 للأدوية المتخصصة غير مؤهلة لهذا النوع من الاستثناءات. إننا لا نخفض مبلغ المشاركة في التكلفة للأدوية التي تندرج تحت هذه الفئة السعرية.

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 للخطّة إجراء بعض التغييرات على "قائمة الأدوية" في أثناء العام. على سبيل المثال، قد تقوم الخطّة بما يلي:

- إضافة أدوية إلى "قائمة الأدوية" أو حذفها منها.
- نقل دواء إلى فئة سعرية أعلى أو أقل من الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة.
- 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 تغير 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 تطلبنا منّا منح استثناء والاستمرار في تغطية الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية لك. للحصول على معلومات بشأن كيفية طلب استثناء، انظر الفصل التاسع.

- 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" لدينا. إذا كنت تتناول ذلك الدواء، فسنخبرك على الفور.

○ سيعرف طبيبك أيضًا ذلك التغيير، ويمكنه أن يعمل معك للعثور على دواء آخر لحالتك.

- تغييرات أخرى في الأدوية المدرجة 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 وإعادة صرف الدواء الذي تتناوله من صيدلية تابعة للشبكة لمدة 30 يومًا.

○ بعد أن تتلقى إشعارًا بالتغيير، يجب أن تعمل مع طبيبك من أجل التغيير إلى دواء مختلف نغطيه أو من أجل الوفاء بأي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله.

○ يمكنك أنت أو طبيبك أن تطلبنا منّا منح استثناء والاستمرار في تغطية الدواء من أجلك. للحصول على

معلومات بشأن كيفية طلب استثناء، انظر الفصل التاسع.

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:

- نقل دواء إلى فئة سعرية أعلى أو أقل من الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة.
- أن تفرض قيودًا جديدة على استخدام دوائك.
- حذف الدواء الخاص بك من "قائمة الأدوية".

إذا حدثت أي من تلك التغييرات على دواء تتناوله (باستثناء ما يكون بسبب الانسحاب من السوق، أو بسبب أن دواء لا يحمل اسمًا تجاريًا حل محل دواء يحمل علامة تجارية، أو أي تغيير آخر مذكور في الأقسام أعلاه)، فعندئذٍ لن يؤثر التغيير على استخدامك أو ما تدفعه كحصة 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؟

أنواع الأدوية التي لا نغطيها

القسم 7.1

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

إذا حصلت على أدوية مستبعدة، فيجب أن تدفع مقابلها بنفسك. في حال تظلمك وكانت نتيجة التظلم أننا لن نستبعد الدواء بموجب الجزء (د)، فسنُدفع مقابلته أو نغطيها. (للحصول على معلومات بشأن التظلم من أحد القرارات، انتقل إلى الفصل التاسع).

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 سيغطيها 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 العقار 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، لا يغطي برنامج Medicare، بموجب القانون، الفئات التالية من الأدوية.

- 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

بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت تتلقى "مساعدة إضافية" للدفع مقابل وصفاتك الطبية، فلن يدفع برنامج "المساعدة الإضافية" عادةً مقابل الأدوية التي لا تخضع للغطاء التأميني. ومع ذلك، إذا حصلت على غطاء تأميني للأدوية من خلال برنامج Medicaid، فقد يغطي برنامج Medicaid الخاص بالولاية بعض الأدوية الموصوفة طبيًا التي لا تغطيها عادةً خطط الأدوية المقدمة من Medicare. يُرجى الاتصال ببرنامج Medicaid الخاص بولايتك لتحديد الغطاء التأميني للأدوية الذي قد يكون متاحًا لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج Medicaid في القسم السادس من الفصل الثاني).

القسم الثامن صرف الوصفات الطبية

القسم 8.1 تقديم معلومات عضويتك

لصرف الوصفة الطبية الخاصة بك، قدم معلومات عضويتك بالخطة، والتي يمكنك العثور عليها في بطاقة عضويتك، في الصيدلية التابعة للشبكة التي تختارها. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة تلقائيًا بإصدار فاتورة إلى الخطة بحسبنا في تكلفة دوائك. سيتعين عليك دفع حصتك من التكلفة إلى الصيدلية عند استلام وصفتك الطبية.

القسم 8.2 ماذا لو لم تكن معلومات عضويتك معك؟

إذا لم تكن معلومات عضويتك بالخطة معك في أثناء صرف وصفتك الطبية، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بالخطة للحصول على المعلومات اللازمة.

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 حصتك في التكلفة. انظر الفصل السابع، القسم 2.1 للحصول على معلومات عن كيفية طلب تعويضك عن التكلفة من الخطة).

الغطاء التأميني لأدوية الجزء (د) في حالات خاصة

القسم التاسع

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

القسم 9.1

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو إلى مرفق ترميز متخصص من أجل إقامة بها تغطيتها الخطة، فسنعطي بصفة عامة تكلفة الأدوية الموصوفة لك خلال إقامتك. وبمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الترميز المتخصص، ستعطي الخطة أدويةك 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)؟

القسم 9.2

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

تحقق من دليل الصيدليات 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؟

يرجى الرجوع إلى القسم 5.2 بشأن الكميات المؤقتة أو الطارئة.

القسم 9.3 ماذا لو كان لديك أيضًا غطاء تأميني للأدوية من خطة لمجموعة صاحب العمل أو خطة للمتقاعدين؟

القسم 9.3

إذا كان لديك حاليًا غطاء تأميني آخر للأدوية الموصوفة طبيًا من خلال مجموعة صاحب العمل الخاص بك (أو صاحب العمل الخاص بالزوج/الزوجة) 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 لأدويةك 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 هذه الإشعارات لإيضاح 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 العضال 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 إلغائك لاختيار مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة أو الخروج من مأوى رعاية أصحاب الأمراض المميّنة، يجب أن تغطي خطتنا أدويةك 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 إلغائك أو خروجك.

القسم العاشر البرامج المتعلقة بسلامة الأدوية وإدارة العلاجات

القسم 10.1 برامج لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان

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.

القسم 10.2 برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء على استخدام علاجاتهم الأفيونية بأمان

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 للعلاجات الأفيونية الموصوفة طبيًا أو علاجات البنزوديازيبين قد لا يكون آمنًا، فقد نضع قيودًا على كيفية حصولك على تلك العلاجات. إذا وضعناك في برنامج إدارة العقاقير 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. سيشرح الخطاب القيود التي نعتقد أنها يجب أن نطبقها عليك. سنتيح لك الفرصة لإخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها، وبأي معلومات أخرى نعتقد 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 نعتقد 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 واصلنا 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 التاسع.

لن يتم وضعك في برنامجنا لإدارة العقاقير 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 علاجاتهم

لدينا برنامج يمكن أن يساعد أعضائنا من ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. يسمى برنامجنا إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج طوعي ومجاني. قام فريق من الصيادلة والأطباء 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. سيقدم 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 نتحدث مع طبيبك حول قائمة المهام وقائمة العلاجات الموصى بها. أحضر الملخص معك في أثناء زيارتك أو في أي وقت نتحدث فيه مع أطباءك أو الصيادلة وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. 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)

هل تحصل حالياً على مساعدة لدفع ثمن أدويةك؟

نظراً لأنك مشترك في أحد البرامج الذي يساعدك على دفع مقابل أدويةك، فإن بعض المعلومات الواردة في دليل الغطاء التأميني المائل بشأن تكاليف الأدوية الموصوفة طبياً الخاضعة للجزء (د) قد لا تنطبق عليك. لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، تُسمى نشرة الدليل الإرشادي للغطاء التأميني للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبياً (المعروفة أيضاً 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.

القسم الأول	مقدمة
القسم 1.1	استخدم هذا الفصل جنباً إلى جنب مع المواد الأخرى التي تشرح الغطاء التأميني لأدويةك

يركز هذا الفصل على ما ستدفعه مقابل الأدوية الموصوفة طبياً الخاضعة للجزء (د) لتبسيط المصطلحات، نستخدم مصطلح "الدواء" في هذا الفصل ويُقصد به أي دواء موصوف طبياً يخضع للجزء (د). كما هو موضح في الفصل الخامس، ليست جميع الأدوية تخضع للجزء (د) - بعض الأدوية خاضعة للغطاء التأميني المقدم بموجب الجزء (أ) أو الجزء (ب) من برنامج Medicare وهناك أدوية أخرى مستبعدة من الغطاء التأميني الذي يقدمه برنامج Medicare بموجب القانون.

لفهم معلومات السداد، ينبغي أن تعرف الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني، والأماكن التي تصرف منها وصفاتك الطبية، والقواعد التي يجب عليك اتباعها عند حصولك على الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني. تشرح الأقسام من الأول إلى الرابع من الفصل الخامس تلك القواعد. عندما تستخدم "أداة المزايا اللحظية" الخاصة بالخطة من أجل البحث عن غطاء تأميني للأدوية (انظر الفصل الخامس، القسم 3.3)، يتم تقديم التكلفة الموضحة في "نفس اللحظة" مما يعني أن التكلفة التي تراها في الأداة تقدم لحظياً تقديراً للتكاليف النثرية التي من المتوقع أن تدفعها. يمكنك أيضاً الحصول على المعلومات المقدمة من "أداة المزايا اللحظية" عن طريق الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.2	أنواع التكاليف النثرية التي قد تدفعها مقابل أدويةك الخاضعة للغطاء التأميني
-----------	--

هناك أنواع مختلفة من التكاليف النثرية لأدوية الجزء (د). يُسمى المبلغ الذي تدفعه مقابل أحد الأدوية حصتك في التكلفة، وهناك ثلاث طرق قد يُطلب منك دفعها.

- مبلغ التحمل هو المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية قبل أن تبدأ خططنا في دفع حصتها.
- مبلغ السداد المشترك هو مبلغ ثابت تدفعه في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.
- نسبة المشاركة في السداد هي نسبة مئوية من إجمالي التكلفة التي تدفعها في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.

القسم 1.3	كيف يحسب برنامج Medicare تكاليفك النثرية
-----------	--

لدى برنامج Medicare قواعد بشأن ما يُعتد به وما لا يُعتد به في حساب تكاليفك النثرية. إليك القواعد التي يتعين علينا اتباعها من أجل تتبع تكاليفك النثرية.

تُحتسب المدفوعات التالية من تكاليفك النثرية

تشمل تكاليفك النثرية المدفوعات المدرجة أدناه (طالما أنها خاصة بأدوية خاضعة للغطاء التأميني المقدم بموجب الجزء (د)، وطالما أنك قد اتبعت قواعد الغطاء التأميني للأدوية والموضحة في الفصل الخامس):

- المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية عندما تكون في أي من المراحل التالية لدفع ثمن الأدوية:

- مرحلة الغطاء التأميني الأولي
- مرحلة فجوة الغطاء التأميني

- أي مبالغ سددها خلال هذا العام الميلادي بصفتك عضواً في خطة مختلفة من خطط Medicare تغطي الأدوية الموصوفة طبياً، وذلك قبل انضمامك إلى خطتنا.

من المهم أن تعرف من الذي سيدفع:

- إذا قمت بسداد تلك المدفوعات بنفسك، فسيتم احتسابها ضمن تكاليفك النثرية.
- يتم احتساب تلك المدفوعات أيضاً إذا تم دفعها نيابة عنك من جانب أفراد أو منظمات أخرى معينة. ويشمل ذلك المبالغ المدفوعة مقابل أدويةك التي يدفعها صديق أو قريب، أو معظم الجمعيات الخيرية، أو برامج المساعدة الدوائية للإيدز، أو Indian Health Service. يتم أيضاً احتساب المدفوعات التي يدفعها برنامج "المساعدة الإضافية" من Medicare.
- يتم كذلك احتساب بعض المدفوعات التي يدفعها برنامج خصم الفجوة في الغطاء التأميني المقدم من Medicare. يتم كذلك احتساب المبلغ الذي تدفعه الشركة المصنعة مقابل أدويةك التي تحمل اسماً تجارياً. ولكن المبلغ الذي تدفعه الخطة لأدويةك المكافئة غير محتسب.

الانتقال إلى مرحلة الغطاء التأميني للكوارث:

عندما تتفق أنت (أو من يدفعون نيابة عنك) ما مجموعه 8,000 دولار أمريكي في التكاليف النثرية خلال السنة التقويمية، ستنقل من مرحلة فجوة الغطاء التأميني إلى مرحلة الغطاء التأميني للكوارث.

لن تُحتسب المدفوعات التالية من تكاليفك النثرية

- لا تشمل تكاليفك النثرية أيًا من أنواع المدفوعات التالية:
- قسطك الشهري.
- الأدوية التي تشتريها خارج الولايات المتحدة وأقاليمها.
- الأدوية التي لا تغطيها خطتنا.
- الأدوية التي تحصل عليها من صيدلية خارج الشبكة والتي لا تفي باشتراطات الخطة للغطاء التأميني خارج الشبكة.
- الأدوية غير الخاضعة للجزء (د)، بما في ذلك الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية والتي يغطيها الجزء (أ) أو الجزء (ب) وغيرها من الأدوية المستبعدة من الغطاء التأميني المقدم من Medicare.
- المبالغ التي تسدها الخطة لأدويةك التي تحمل علامة تجارية أو أدويةك المكافئة في أثناء وجودك في مرحلة فجوة الغطاء التأميني.
- مدفوعات أدويةك التي تدفعها الخطط الصحية الجماعية، بما في ذلك الخطط الصحية المقدمة من صاحب العمل.

- مدفوعات أدويتك التي تدفعها خطط تأمين معينة وبرامج صحية ممولة من الحكومة مثل TRICARE وشؤون المحاربين القدامى.
- مدفوعات أدويتك التي يدفعها الغير الذي يقع على عاتقه التزام قانوني بدفع تكاليف الوصفات الطبية (على سبيل المثال، تعويض العمال).
- تنكير: إذا دفعت أي مؤسسة أخرى، مثل المؤسسات المذكورة أعلاه، تكاليف الأدوية، كلها أو بعضها، فيجب عليك إبلاغ خطتنا بذلك من خلال الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

كيف يمكنك تتبع إجمالي المبلغ النثري الذي دفعته؟

- سنساعدك. يتضمن تقرير شرح مزايا الجزء (د) الذي تتلقاه المبلغ الحالي لتكاليفك النثرية. عندما يصل هذا المبلغ إلى 8,000 دولار أمريكي، سيخبرك هذا التقرير بأنك قد تركت مرحلة فجوة الغطاء التأميني وانتقلت إلى مرحلة الغطاء التأميني للكوارث.
- تأكد من أننا قد حصلنا على المعلومات التي نحتاجها. يوضح لك القسم 3.2 ما يمكنك القيام به للمساعدة في التأكد من أن سجلاتنا للمبالغ التي أنفقتها كاملة ومحدثة.

القسم الثاني يتوقف المبلغ الذي تدفعه مقابل الدواء على المرحلة التي تكون بها من مراحل دفع تكاليف الأدوية وقت حصولك على الدواء

القسم 2.1 ما هي مراحل دفع تكاليف الأدوية لأعضاء خطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel؟

هناك أربع مراحل لدفع تكاليف الأدوية تتعلق بغطاءك التأميني للأدوية الموصوفة طبياً، وذلك بموجب خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS). يتوقف المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند صرف وصفة طبية أو إعادة صرفها. وردت تفاصيل كل مرحلة في الأقسام من الرابع إلى السابع من هذا الفصل. تلك المراحل هي كما يلي:

المرحلة الأولى: مرحلة مبلغ التحمل السنوي

المرحلة الثانية: مرحلة الغطاء التأميني الأولي

المرحلة الثالثة: مرحلة فجوة الغطاء التأميني

المرحلة الرابعة: مرحلة الغطاء التأميني للكوارث

القسم الثالث نرسل إليك تقارير توضح المدفوعات الخاصة بأدويةك ومرحلة الدفع التي أنت فيها

القسم 3.1 نرسل لك ملخصًا شهريًا يسمى شرح مزايا الجزء (د)

تتابع خطتنا تكاليف أدويةك الموصوفة طبيًا والمدفوعات التي دفعتها عند صرف وصفاتك الطبية أو إعادة صرفها في الصيدلية. وبتلك الطريقة، يمكننا أن نخبرك عندما تنتقل من إحدى مراحل دفع تكاليف الأدوية إلى المرحلة التالية. وهناك نوعان على وجه الخصوص من التكاليف التي نتتبعها:

- إننا نتتبع مقدار المبلغ الذي دفعته. وهذا ما يُسمى **بالتكلفة النثرية**.
 - إننا نتتبع إجمالي تكاليف أدويةك. هذا هو المبلغ الذي تدفعه من مالك الخاص، أو يدفعه الآخرون نيابةً عنك بالإضافة إلى المبلغ الذي تدفعه الخطة.
- إذا كنت قد صرفت وصفة طبية واحدة أو أكثر من خلال الخطة خلال الشهر السابق، فسوف نرسل لك تقرير شرح مزايا الجزء (د). يشتمل تقرير شرح مزايا الجزء (د) على ما يلي:

- **معلومات عن ذلك الشهر.** يقدم هذا التقرير تفاصيل الدفع الخاصة بالوصفات الطبية التي صرفتها خلال الشهر السابق. ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما دفعته الخطة، وما دفعته أنت وما دفعه الآخرون نيابةً عنك.
- **إجماليات العام منذ 1 يناير.** وتُسمى تلك المعلومات معلومات من بداية العام حتى تاريخه. وهو يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات مقابل أدويةك منذ بداية العام.
- **معلومات أسعار الأدوية.** ستعرض تلك المعلومات إجمالي سعر الدواء، ومعلومات عن الزيادات في السعر بدءًا من أول صرف لكل مطالبة وصفة طبية بنفس الكمية.
- **وصفات بديلة متاحة بتكلفة أقل.** يشمل ذلك معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة مع حصة تكلفة أقل لكل مطالبة بوصفة طبية.

القسم 3.2 ساعدنا في تحديث معلوماتنا بشأن مدفوعات أدويةك

من أجل تتبع تكاليف أدويةك والمبالغ التي دفعتها مقابل الأدوية، نستخدم السجلات التي نحصل عليها من الصيدليات. فيما يلي كيف يمكنك مساعدتنا في الحفاظ على الحفظ على معلوماتك دقيقة وحديثة:

- **أظهر بطاقة عضويتك في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.** يساعدنا ذلك على التأكد من معرفتنا بالوصفات الطبية التي تُصرف لك وما الذي تدفعه.
- **تأكد من أننا قد حصلنا على المعلومات التي نحتاجها.** هناك أوقات قد تدفع فيها التكلفة الكاملة للدواء الموصوف. في تلك الحالات، لن نحصل تلقائيًا على المعلومات التي نحتاجها لتتبع تكاليفك النثرية. لمساعدتنا على تتبع تكاليفك النثرية، أرسل إلينا نسخًا من إيصالاتك. فيما يلي أمثلة على الحالات التي ينبغي أن ترسل إلينا فيها نسخًا من إيصالات الأدوية الخاصة بك:
 - عندما تشتري دواءً خاضعًا للغطاء التأميني من صيدلية تابعة للشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا خطتنا.
 - عندما تدفع مبلغ سداد مشترك نظير أدوية يتم توفيرها بموجب برنامج مساعدة المرضى التابع لإحدى شركات تصنيع الأدوية.

- في أي وقت تقوم فيه بشراء أدوية خاضعة للغطاء التأميني من صيدليات خارج الشبكة أو في أي أوقات أخرى تكون قد دفعت فيها كامل السعر لدواء يخضع للغطاء التأميني في ظل ظروف خاصة.
- إذا تمت محاسبتك على دواء خاضع للغطاء التأميني، فيمكنك أن تطلب من خطتنا أن تدفع حصتنا من التكلفة. للحصول على تعليمات بشأن كيفية القيام بذلك، انتقل إلى الفصل السابع، القسم الثاني.
- أرسل إلينا معلومات عن المبالغ التي دفعها الآخرون نيابةً عنك. تُحتسب المدفوعات التي يدفعها أفراد ومؤسسات أخرى معينة أيضاً ضمن تكاليفك النثرية. على سبيل المثال، تُحتسب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة الدوائية للإيدز (ADAP) و Indian Health Service ومعظم الجمعيات الخيرية ضمن تكاليفك النثرية. احتفظ بسجل لتلك المدفوعات وأرسله إلينا حتى تتمكن من تتبع تكاليفك.
- تحقق من التقرير المكتوب الذي نرسله إليك. عندما تتلقى تقرير شرح مزايا الجزء (د)، راجعه للتأكد من أن المعلومات كاملة وصحيحة. إذا كنت تعتقد أن شيئاً ما مفقوداً أو كان لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بنا على قسم خدمات الأعضاء. تأكد من الاحتفاظ بتلك التقارير.

القسم الرابع لا يوجد مبلغ تحمل لخطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel

لا يوجد مبلغ تحمل لخطة (HMO-POS) CCA Medicare Excel. تبدأ في مرحلة الغطاء التأميني الأولي عند صرف أول وصفة طبية لك في العام. انظر القسم الخامس للحصول على معلومات عن غطاءك التأميني في مرحلة الغطاء التأميني الأولي.

القسم الخامس خلال مرحلة الغطاء التأميني الأولي، تدفع الخطة حصتها من تكاليف أدويتك، وتدفع أنت حصتك

القسم 5.1 إن ما تدفعه مقابل أحد الأدوية يتوقف على الدواء ومكان صرف الوصفة الطبية

خلال مرحلة الغطاء التأميني الأولي، تدفع الخطة حصتها من تكلفة أدويةك الموصوفة طبياً الخاضعة للغطاء التأميني، وتدفع أنت حصتك (مبلغ السداد المشترك أو نسبة المشاركة في السداد). ستختلف حصتك من التكلفة تبعاً لنوع الدواء ومكان صرف الوصفة الطبية.

تشتمل الخطة على خمس فئات سعرية للمشاركة في التكلفة

كل دواء موجود في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة يندرج تحت أحد الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة. بشكل عام، كلما ارتفع رقم الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة، ارتفعت حصتك في التكلفة التي تدفعها للدواء:

- الفئة السعرية الأولى: تشمل الأدوية المكافئة المفضلة (أدنى فئة سعرية)
- الفئة السعرية الثانية: تشمل الأدوية المكافئة
- الفئة السعرية الثالثة: تشمل الأدوية التي تحمل علامة تجارية مفضلة (تشمل هذه الفئة السعرية الأنسولين المحدد)
- الفئة السعرية الرابعة: تشمل الأدوية غير المفضلة
- الفئة السعرية الخامسة: تشمل الأدوية المتخصصة (أعلى فئة سعرية)

لمعرفة الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة التي يندرج تحتها دواؤك، ابحث عنها في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة.

خيارات الصيدلية

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

- صيدلية للبيع بالتجزئة تابعة للشبكة.
- صيدلية ليست تابعة لشبكة الخطّة. إننا لا نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدليات خارج الشبكة إلا في حالات محدودة فقط. يُرجى الاطلاع على القسم 2.5 من الفصل الخامس لمعرفة الحالات التي سنغطي فيها وصفة طبية يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة.
- صيدلية الطلب عبر البريد الخاصة بالخطّة.

لمزيد من المعلومات عن خيارات الصيدليات المذكورة وصرف الوصفات الطبية الخاصة بك، راجع الفصل الخامس ودليل الصيدليات الخاص بالخطّة.

جدول يوضح تكاليفك للكميات التي تكفي لمدة شهر واحد من الدواء

القسم 5.2

خلال مرحلة التغطية الأولية، ستكون حصتك من تكلفة الدواء الخاضع للغطاء التأميني إما مبلغ سداد مشترك أو نسبة مشاركة في السداد.

كما هو موضح في الجدول أدناه، يعتمد مبلغ السداد المشترك ونسبة المشاركة في سداد التكاليف على الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة.

حصتك من التكلفة عندما تحصل على كميات تكفي لمدة شهر واحد من دواء موصوف طبياً خاضع للغطاء التأميني بموجب الجزء (د):

الفئة السعرية	تقاسم التكلفة الموحد للتجزئة (داخل الشبكة) (كميات تصل إلى 30 يوماً)	تقاسم تكلفة الطلب عبر البريد (كميات تصل إلى 30 يوماً)	تقاسم الرعاية طويلة الأجل (LTC) (كميات تصل إلى 31 يوماً)	تقاسم التكلفة خارج الشبكة (يقتصر الغطاء التأميني على مواقف معينة؛ انظر الفصل الخامس لمعرفة التفاصيل). (كميات تصل إلى 30 يوماً)
الفئة السعرية الأولى للمشاركة في التكلفة الأدوية المكافئة (المفضلة)	0 دولارًا أمريكيًا* مبلغ سداد مشترك	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك
الفئة السعرية الثانية للمشاركة في التكلفة (الأدوية المكافئة)	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك	0 دولارًا أمريكيًا مبلغ سداد مشترك
الفئة السعرية الثالثة للمشاركة في التكلفة (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)	مبلغ سداد مشترك قدره 47 دولارًا أمريكيًا	مبلغ سداد مشترك قدره 47 دولارًا أمريكيًا	مبلغ سداد مشترك قدره 47 دولارًا أمريكيًا	مبلغ سداد مشترك قدره 47 دولارًا أمريكيًا
الفئة السعرية الرابعة للمشاركة في التكلفة (الأدوية غير المفضلة)	100 دولار أمريكي مبلغ سداد مشترك	100 دولار أمريكي مبلغ سداد مشترك	100 دولار أمريكي مبلغ سداد مشترك	100 دولار أمريكي مبلغ سداد مشترك
الفئة السعرية الخامسة للمشاركة في التكلفة (الفئة السعرية للأدوية المتخصصة)	33% كنسبة مشاركة في السداد	33% كنسبة مشاركة في السداد	33% كنسبة مشاركة في السداد	33% كنسبة مشاركة في السداد

لن تدفع أكثر من 10 دولارات مقابل كميات تكفي شهرًا واحدًا من كل منتج أنسولين خاضع للغطاء التأميني بغض النظر عن الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة.

القسم 5.3 إذا وصف لك طبيبك كمية لفترة أقل من شهر كامل، فقد لا تضطر إلى دفع تكلفة الكمية الكافية لشهر كامل

عادةً ما يغطي المبلغ الذي تدفعه مقابل دواء موصوف طبيًا كميات تكفي شهرًا كاملاً. قد تكون هناك أوقات ترغب أنت أو طبيبك فيها في الحصول على كمية من الدواء تكفي أقل من شهر (على سبيل المثال، عندما تجرب دواءً لأول مرة). يمكنك أيضاً أن تطلب من طبيبك أن يصف لك، ومن الصيدلي أن يصرف لك، كمية من أدوية أقل من كمية شهر كامل، إذا كان ذلك سيساعدك على التخطيط بشكل أفضل لتواريخ إعادة صرف الوصفات المختلفة.

إذا حصلت على كمية من بعض الأدوية تكفي لفترة أقل من شهر كامل، فلن تضطر إلى دفع ثمن كامل الكمية التي تكفي لشهر كامل.

- إذا كنت مسؤولاً عن دفع نسبة مشاركة في السداد، فإنك ستدفع نسبة مئوية من إجمالي تكلفة الدواء. ونظرًا لأن نسبة المشاركة في السداد تتوقف على التكلفة الإجمالية للدواء، فستكون تكلفتك أقل حيث ستكون التكلفة الإجمالية للدواء أقل.
- أما إذا كنت مسؤولاً عن دفع مبلغ سداد مشترك في تكاليف الدواء، فستدفع فقط مقابل عدد أيام الدواء التي تتلقاها بدلاً من الدفع عن شهر كامل. سنحسب المبلغ الذي تدفعه يوميًا مقابل دوائك (نسبة المشاركة في التكلفة اليومية) ونضربه في عدد أيام تلقيك للدواء.

القسم 5.4 جدول يوضح التكاليف التي تتحملها في حالة الحصول على كميات طويلة الأمد (تصل إلى 100 يوم) من الدواء

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على كمية طويلة الأمد (تُسمى أيضًا كميات ممتدة). تصل الكميات طويلة الأمد إلى ما يكفي لمدة 100 يوم.

يوضح الجدول أدناه ما تدفعه عندما تحصل على كميات طويلة الأمد من الدواء.

- في بعض الأحيان، تكون تكلفة الدواء أقل من مبلغ السداد المشترك. في تلك الحالات، ستدفع سعرًا أقل للدواء بدلاً من مبلغ السداد المشترك.

حصتك من التكلفة عندما تحصل على كميات طويلة الأمد من دواء موصوف طبياً خاضع للغطاء التأميني بموجب الجزء (د):

الفئة السعرية	تقاسم التكلفة الموحد للتجزئة (داخل الشبكة) (كميات تصل إلى 100 يوم)	تقاسم تكلفة الطلب عبر البريد (كميات تصل إلى 100 يوم)
الفئة السعرية الأولى للمشاركة في التكلفة (الأدوية المكافئة المفضلة)	صفر دولار أمريكي كميّك سداد مشترك	صفر دولار أمريكي كميّك سداد مشترك
الفئة السعرية الثانية للمشاركة في التكلفة (الأدوية المكافئة)	صفر دولار أمريكي كميّك سداد مشترك	صفر دولار أمريكي كميّك سداد مشترك
الفئة السعرية الثالثة للمشاركة في التكلفة (الأدوية ذات العلامات التجارية المفضلة)	مبلغ سداد مشترك بقيمة 141 دولارًا أمريكيًا	مبلغ سداد مشترك بقيمة 141 دولارًا أمريكيًا
الفئة السعرية الرابعة للمشاركة في التكلفة (الأدوية غير المفضلة)	مبلغ سداد مشترك بقيمة 300 دولار أمريكي	مبلغ سداد مشترك بقيمة 300 دولار أمريكي
الفئة السعرية الخامسة للمشاركة في التكلفة (الفئة السعرية للأدوية المتخصصة)	الكميات الطويلة الأجل هي غير متوفرة للأدوية التي تدرج تحت الفئة السعرية الخامسة	الكميات الطويلة الأجل هي غير متوفرة للأدوية التي تدرج تحت الفئة السعرية الخامسة

لن تدفع أكثر من 30 دولارًا مقابل كميات تكفي لمدة ثلاثة أشهر من كل منتج أنسولين خاضع للغطاء التأميني بغض النظر عن الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة.

ستظل في مرحلة الغطاء التأميني الأولي إلى أن يصل إجمالي تكاليف أدويةك للسنة إلى
5,030 دولارًا

القسم 5.5

تظل في مرحلة الغطاء التأميني الأولي إلى أن يصل المبلغ الإجمالي للأدوية الموصوفة التي صرفتها إلى حد 5,030 دولارًا أمريكية لمرحلة الغطاء التأميني الأولي.

سيساعدك تقرير شرح مزايا الجزء (د) الذي تتلقاه على تتبع المبلغ الذي أنفقته أنت والخطة وأي طرف خارجي نيابة عنك خلال العام. لا يصل العديد من الأشخاص إلى حد 5,030 دولارًا في السنة.

سنخبرك إذا وصلت إلى هذا المبلغ. إذا وصلت إلى هذا المبلغ، فستغادر مرحلة الغطاء التأميني الأولي وتنتقل إلى مرحلة فجوة الغطاء التأميني. القسم 1.3 بشأن طريقة حساب برنامج Medicare لتكاليفك النثرية.

القسم السادس التكاليف في مرحلة فجوة الغطاء التأميني

عندما تكون في مرحلة فجوة الغطاء التأميني، يقدم لك برنامج خصم فجوة الغطاء التأميني من Medicare خصومات من الشركات المصنعة على الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا. تقدم خطتنا غطاءً تأمينيًا في مرحلة فجوة الغطاء التأميني للأدوية التي تندرج تحت الفئة السعرية الأولى والفئة السعرية الثانية. بالنسبة للأدوية التي تندرج تحت جميع الفئات السعرية الأخرى، ستدفع نسبة 25% من السعر المتفاوض عليه، وجزءًا من رسوم صرف الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا. يتم احتساب كل من المبلغ الذي تدفعه، والمبلغ المخفض من الشركة المصنعة ضمن تكاليفك النثرية كما لو كنت قد دفعتها وتنتقل إلى مستوى فجوة الغطاء التأميني.

كما تحصل على غطاء تأميني لبعض الأدوية المكافئة. لن تدفع أكثر من 25% من تكلفة الأدوية المكافئة وستدفع الخطة الباقي. المبلغ الذي تدفعه فقط هو الذي يُحتسب وينقلك إلى مستوى فجوة الغطاء التأميني.

ستواصل دفع تلك التكاليف حتى تصل مدفوعاتك النثرية السنوية إلى الحد الأقصى الذي حدده برنامج Medicare. إذا وصلت إلى هذا المبلغ وقدره 8,000 دولار أمريكي، فستنتقل من مرحلة فجوة الغطاء التأميني إلى مرحلة الغطاء التأميني للكوارث.

لدى برنامج Medicare قواعد بشأن ما يُعتد به وما لا يُعتد به في حساب تكاليفك النثرية (القسم 1.3).

لا تسري اشتراطات نسبة مشاركة السداد في مستوى فجوة الغطاء التأميني على منتجات الأنسولين التي يغطيها الجزء (د) وعلى معظم لقاحات البالغين الخاضعة للجزء (د)، بما في ذلك لقاحات القوباء المنطقية والكزاز ولقاحات السفر.

لن تدفع أكثر من 10 دولارات مقابل كميات تكفي شهرًا واحدًا من كل منتج أنسولين خاضع للغطاء التأميني بغض النظر عن الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة.

يُرجى الاطلاع على القسم التاسع من هذا الفصل لمزيد من المعلومات عن لقاحات الجزء (د) وحصة التكلفة للقاحات الجزء (د).

القسم السابع خلال مرحلة الغطاء التأميني للكوارث، تدفع الخطة كامل تكلفة أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني

ستنتقل إلى مستوى الغطاء التأميني للكوارث عندما تصل تكاليفك النثرية إلى حد 8,000 دولار للسنة التقويمية. بمجرد انتقالك إلى مستوى الغطاء التأميني للكوارث، ستظل في هذا المستوى من مستويات السداد حتى نهاية السنة التقويمية.

- خلال ذلك المستوى، تدفع الخطة كامل تكلفة أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني. لن تدفع أي مبالغ.

القسم الثامن لقاءات الجزء (د). يتوقف المبلغ الذي تدفعه على كيفية الحصول على تلك اللقاءات ومكان الحصول عليها

رسالة مهمة حول ما تدفعه مقابل اللقاءات - تُعتبر بعض اللقاءات مزايا طبية. تُعتبر اللقاءات الأخرى أدوية بموجب الجزء "د". يمكنك العثور على تلك اللقاءات في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة. تغطي خطتنا معظم لقاءات الجزء (د) الخاصة بالبالغين دون أي تكلفة عليك. راجع "قائمة الأدوية" الخاصة بخططك أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل الغطاء التأميني ومشاركة التكاليف بشأن لقاءات معينة.

هناك جزءان لغطائنا التأميني للقاءات الجزء (د):

- الجزء الأول من الغطاء التأميني هو تكلفة اللقاح نفسه.
- الجزء الثاني من الغطاء التأميني هو تكلفة إعطائك اللقاح. (يُطلق على ذلك أحياناً إعطاء اللقاح).

تتوقف التكاليف التي تتحملها مقابل تطعيمات الجزء (د) على ثلاثة أشياء:

1. ما إذا كان اللقاح موصى به للبالغين من جانب منظمة تسمى اللجنة الاستشارية لممارسات التطعيم (ACIP).

- توصي اللجنة الاستشارية لممارسات التطعيم بمعظم لقاءات الجزء (د) للبالغين ولا تحملك أي تكلفة.

2. مكان حصولك على اللقاح.

- يمكنك صرف اللقاح نفسه من أي صيدلية أو من أي عيادة طبيب.

3. من الذي يعطيك اللقاح.

- قد يعطيك الصيدلي أو غيره من مقدمي الخدمة اللقاح في الصيدلية. أو قد يعطيه لك بدلاً من ذلك أحد مقدمي الخدمة في عيادة الطبيب.

قد يختلف ما تدفعه في وقت حصولك على تطعيم الجزء (د) حسب الظروف وحسب مستوى دفع تكاليف الأدوية الذي أنت عليه.

- أحياناً عندما تحصل على لقاح، يجب أن تدفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمة لإعطائك اللقاح. يمكنك أن تطلب من خطتنا أن تعيد لك مبلغ حصتنا من التكلفة. بالنسبة لمعظم لقاءات الجزء (د)، فهذا يعني أنه سيتم تعويضك عن التكلفة التي دفعتها بالكامل.
- في أوقات أخرى، عندما تحصل على لقاح، تدفع حصتنا فقط من التكلفة بموجب مزايا الجزء (د). بالنسبة لمعظم لقاءات الجزء (د) الخاصة بالبالغين، لن تدفع أي مبالغ.

فيما يلي ثلاثة أمثلة على الطرق التي قد تحصل من خلالها على لقاح الجزء (د).

الموقف الأول: حصلت على تطعيمك من صيدلية تابعة للشبكة. (يتوقف مدى توافر هذا الخيار لك على المكان الذي تعيش فيه. لا تسمح بعض الولايات للصيديات بإعطاء اللقاحات).

- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء (د) الخاصة بالبالغين، لن تدفع أي مبالغ.
- بالنسبة للقاحات الجزء (د) الأخرى، ستدفع للصيدلية مبلغ سداد مشترك قدره 47 دولارًا للقاح نفسه والذي يشمل تكلفة إعطائك اللقاح.
- ستدفع خطتنا ما تبقى من تكاليف.

الموقف الثاني: حصلت على تطعيم الجزء (د) في عيادة طبيبك.

- عندما تحصل على اللقاح، ستدفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمة لإعطائك اللقاح.
- يمكنك بعد ذلك أن تطلب من خطتنا أن تدفع حصتنا من التكلفة باستخدام الإجراءات الموضحة في الفصل السابع.
- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء (د) الخاصة بالبالغين، سيتم تعويضك عن كامل المبلغ الذي دفعته. بالنسبة لغيرها من لقاحات الجزء (د)، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته مخصصًا منه نسبة المشاركة في السداد أو مبلغ السداد المشترك المدفوع مقابل اللقاح (ويشمل ذلك إعطاء اللقاح).

الموقف الثالث: اشتريت لقاح الجزء (د) من صيدليتك، ثم أخذته إلى عيادة طبيبك التي أعطاك فيها اللقاح.

- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء (د) الخاصة بالبالغين، لن تدفع أي مبالغ عن اللقاح نفسه.
- بالنسبة للقاحات الجزء (د) الأخرى، ستدفع للصيدلية نسبة مشاركتك في السداد أو مبلغ السداد المشترك مقابل اللقاح نفسه.
- عندما يعطيك طبيبك اللقاح، ستدفع كامل تكلفة تلك الخدمة.
- يمكنك بعد ذلك أن تطلب من خطتنا أن تدفع حصتنا من التكلفة باستخدام الإجراءات الموضحة في الفصل السابع.
- بالنسبة لمعظم لقاحات الجزء (د) الخاصة بالبالغين، سيتم تعويضك عن كامل المبلغ الذي دفعته.

الفصل السابع:

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

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

في بعض الأحيان، عندما تحصل على رعاية طبية أو دواء يُصرف بوصفة طبية، قد تحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة. وفي أحيان أخرى، قد تجد أنك قد دفعت أكثر مما توقعت بموجب قواعد الغطاء التأميني الخاصة بالخطة. في تلك الحالات، يمكنك أن تطلب من خطتنا أن تعيد لك المال (غالبًا ما يُطلق لفظ التعويض على إعادة المبلغ لك). من حقك أن تسترد من خطتنا أي مبالغ تدفعها بما يتجاوز حصتك في تكاليف 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.

قد تكون هناك أيضًا 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، فسنُدفع لمقدم الخدمة مباشرة. إذا قررنا عدم الدفع، فسنخطر مقدم الخدمة. يجب ألا تدفع أبدًا أكثر من حصتك في التكلفة التي تسمح بها الخطة. 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،

- إنك تتحمل فقط مسؤولية دفع حصتك من تكلفة خدمات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة بشكل عاجل. مقدمو خدمات الطوارئ مطالبون قانونًا بتقديم الرعاية الطارئة. إذا دفعت عرضًا المبلغ كاملاً بنفسك وقت تلقيك الرعاية، فاطلب منا أن نرد لك مبلغ حصتنا في التكلفة. 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، فسنُدفع لمقدم الخدمة مباشرة.
 - إذا كنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك في تكلفة الخدمة، فسوف نحدد المبلغ الذي تدين به ونعيد لك مبلغ حصتنا في التكلفة.

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

يجب على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أن يصدروا دائمًا فاتورة إلى الخطة مباشرةً وألا يطلبوا منك إلا حصتك فقط من التكلفة. لكنهم يرتكبون أخطاءً في بعض الأحيان، ويطلبون منك أن تدفع مبلغًا أكبر من حصتك في التكلفة.

- لا يتعين عليك دفع مبلغ المشاركة في التكاليف إلا عندما تحصل على خدمات خاضعة للغطاء التأميني. إننا لا نسمح لمقدمي الخدمات إضافة رسوم منفصلة إضافية، تُسمى فواتير الفرق. تنطبق هذه الحماية (التي لا تدفعها أبدًا بمبلغ أكثر من مبلغ المشاركة في التكاليف) حتى إذا

دفعنا إلى مقدم الخدمة أقل من الرسوم التي يتقاضاها مقدم الخدمة مقابل الخدمة، وحتى إذا كان هناك نزاع ولم ندفع بعض رسوم مقدم الخدمة.

- عندما تحصل على فاتورة من أحد مقدمي الخدمة المسجلين بالشبكة وكنت تعتقد أنها بمبلغ أكبر مما يجب عليك دفعه، فأرسل إلينا الفاتورة. فسننتصل بمقدم الخدمة مباشرةً ونحل مشكلة الفاتورة.
- إذا كنت قد دفعت بالفعل إحدى الفواتير إلى مقدم خدمة تابع للشبكة، ولكنك كنت تشعر أنك دفعت مبلغًا كبيرًا للغاية، فأرسل إلينا الفاتورة مع وثائق إثبات لأي مبالغ دفعتها واطلب منا أن نعيد لك الفرق بين المبلغ الذي دفعته والمبلغ المستحق في ذمتك بموجب الخطة.

3. إذا كنت مسجلًا 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 مبلغ حصتنا في التكاليف. سيتعين عليك تقديم أوراق مثل الإيصالات والفواتير لنا لكي نتمكن من التعامل مع تعويضك.

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 حصتنا في التكلفة. 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 حصتنا في التكلفة.

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 مدرجًا 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 أن نرد إليك مبلغ حصتنا في التكلفة.
- جميع الأمثلة أعلاه هي أنواع من قرارات الغطاء التأميني. وهذا يعني أننا إذا رفضنا طلبك المقدم للدفع، فيمكنك التظلم من قرارنا. يحتوي الفصل التاسع 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. إذا أرسلت طلبًا كتابيًا، فأرسل فاتورتك والوثائق المثبتة لأي مبالغ دفعناها. من الجيد عمل نسخة من فاتورتك والإيصالات لتحتفظ بها لسجلاتك. يجب عليك تقديم مطالبتك إلينا في غضون عام واحد من تاريخ استلامك للخدمة أو المنتج أو الدواء.

- للتأكد 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.
 - قم بتنزيل نسخة من النموذج من موقعنا الإلكتروني (www.ccahealthmi.org) أو اتصل بقسم خدمات الأعضاء واطلب النموذج.

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

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

الصيدلية:

Optum RX Manual Claims
 P.O. Box 650287
 Dallas, TX 75265-0287

القسم الثالث سوف ننظر في طلب الدفع الذي قدمته وسنرد بنعم أو لا

القسم 3.1 نتحقق لمعرفة ما إذا كان يجب علينا أن نغطي الخدمة أو الدواء أم لا ومقدار المبلغ الذي يجب علينا دفعه

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 وأنت قد اتبعت جميع القواعد، فسندفع مبلغ حصتنا في التكلفة. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك بالبريد تعويضًا عن حصتنا في التكلفة. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو الدواء بعد، فسنرسل المبلغ مباشرة عبر البريد إلى مقدم الخدمة.
- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء لا يشملهما الغطاء التأميني أو كنت لم تتبع جميع القواعد، فلن ندفع مبلغ حصتنا في التكلفة. سنرسل إليك خطابًا يشرح أسباب عدم إرسالنا للمبلغ وحقوقك في التظلم من هذا القرار.

القسم 3.2 إذا أخبرناك أننا لن ندفع مقابل الرعاية الطبية أو الدواء، كله أو بعضه، فيمكنك تقديم تظلم

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 التاسع من هذا المستند.

الفصل الثامن: حقوقك ومسؤولياتك

القسم الأول

يجب أن تراعي خطتنا حقوقك وحساسياتك الثقافية كعضو في الخطة

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).

خطتنا مطلوبة لضمان تقديم جميع الخدمات، السريرية وغير السريرية، بطريقة مراعية ثقافيًا 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 كيفية تلبية الخطة لمتطلبات تيسير الوصول دون حصر ما يلي: 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 أيضًا أن نقدم لك المعلومات بطريقة برايل أو بحروف كبيرة أو بتنسيقات بديلة أخرى مجانًا إذا احتجت إليها. إننا مطالبون بإعطائك معلومات عن مزايا الخطة 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 الخطة متاحين لتخصص معين، فيقع على عاتق الخطة 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 الخطة يغطون الخدمة التي تحتاجها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات عن المكان الذي تذهب إليه للحصول على هذه الخدمة بنفس حصتك التي تتحملها في التكلفة داخل الشبكة.

إذا كنت تواجهين أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق مناسب لك يمكنك الاطلاع عليه، أو زيارة اختصاصي صحة المرأة أو العثور على اختصاصي في الشبكة، فيرجى الاتصال لتقديم شكوى على الرقم 855-959-5855. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو الاتصال مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية على 1-800-368-1019 أو الهاتف النصي 1-800-537-7697.

القسم 1.2. يجب أن نتأكد من حصولك على الخدمات والأدوية الخاضعة للغطاء التأميني في الوقت المناسب

يحق لك اختيار مقدم رعاية أساسي (PCP) في شبكة الخطة 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 للخطة في غضون فترة زمنية معقولة. ويشمل ذلك الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من

الاختصاصيين عندما تحتاج إلى تلك الرعاية. يحق لك أيضاً 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.

القسم 1.3 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 الخطة 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 التي تحتفظ بها الخطة، والحصول على نسخة من سجلاتك. يُسمح لنا بفرض رسوم عليك مقابل عمل نسخ. يحق لك أيضاً أن تطلب منا إدخال إضافات أو إجراء تصحيحات على سجلاتك الطبية. سنعمل مع مقدم الرعاية الصحية لك، 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، فيرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.

القسم 1.4 يجب أن نقدم لك معلومات عن الخطّة وشبكة مقدمي الخدمات التابعة لها وخدماتك الخاضعة للغطاء التأميني

بصفتك عضوًا في خطّة (HMO-POS) CCA Medicare Excel، 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 للخطّة.
- **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 غطائك التأميني والقواعد التي يجب عليك اتباعها عند استخدام غطائك التأميني.** يقدم الفصلان الثالث والرابع معلومات تتعلق بالخدمات الطبية. يقدم الفصلان الخامس والسادس 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 التاسع معلومات عن طلبات الحصول على تفسير كتابي عن سبب عدم اشتغال الغطاء التأميني على خدمة طبية أو دواء خاضع للجزء (د) أو عما إذا كان غطاؤك التأميني يخضع لقيود. يقدم الفصل التاسع أيضًا معلومات عن مطالبتنا بتغيير أحد القرارات، ويُسمى أيضًا تظلمًا.

القسم 1.5 يجب أن ندعم حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك

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

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطباءك ومن غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية لك. 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 أن تعرف جميع خيارات العلاج 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.

- **التعرف على المخاطر.** من حقك أن يتم إخبارك بأي مخاطر تنطوي عليها رعايتك. يجب إخبارك مقدماً إذا كانت الرعاية الطبية أو العلاج المقترح جزءاً من تجربة بحثية. لديك دائماً 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 أيضاً التوقف عن تناول علاجك. بالطبع، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول علاجك، فإنك تتحمل كامل المسؤولية عما يحدث لجسمك نتيجة لذلك.

يحق لك إعطاء تعليمات بشأن ما يجب القيام به في حالة 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 أطباءك 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 مسبقاً في تلك المواقف باسم **التوجيهات المسبقة**. هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة وأسماء مختلفة لها. الوثائق التي تسمى **وصية الأحياء وتوكيل الرعاية 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 أحياناً الحصول على نماذج التوجيهات المسبقة من المؤسسات التي تقدم للأشخاص معلومات عن برنامج Medicare. يمكنك أيضاً الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لطلب النماذج.
- **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 نسخة للأشخاص المناسبين.** يجب أن تعطي نسخة من النموذج إلى طبيبك وإلى الشخص الذي تحدده في النموذج والذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابةً عنك إذا لم تتمكن من ذلك. قد ترغب في إعطاء نسخ إلى الأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.

إذا كنت تعلم مسبقاً 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 إدارة خدمات المستهلك والخدمات الصناعية في ميشيغان عن طريق الاتصال على الرقم 1-517-373-9196.

يحق لك تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

القسم 1.6

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.

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

القسم 1.7

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 شأن للأمر بالتمييز، فيمكنك الحصول على مساعدة في التعامل مع المشكلة التي تواجهك:

- 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 (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (هاتف نصي رقم 1-877-486-2048).

كيفية الحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

القسم 1.8

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 (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (هاتف نصي رقم 1-877-486-2048).

القسم الثاني توقع على عاتقك بعض المسؤوليات باعتبارك عضوًا في الخطة

فيما يلي الأشياء التي يجب عليك القيام بها باعتبارك عضوًا في الخطة. 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 للغطاء التأميني. استخدم هذا الدليل الإرشادي للغطاء التأميني للتعرف على ما نغطيه من أجلك والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على خدماتك الخاضعة للغطاء التأميني.
 - يقدم الفصلان الثالث والرابع تفاصيل عن خدماتك الطبية.
 - يقدم الفصلان الخامس والسادس 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 بذلك. يوضح لك الفصل الأول التنسيق بين تلك المزايا.
- أخبر طبيبك وغيره من مقدمي الرعاية الصحية بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة عضويتك بالخطة 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 المتداولة بدون وصفة طبية، والفيتامينات، والمكملات الغذائية.
 - إذا كانت لديك أي أسئلة، فتأكد من طرحها والحصول على إجابة يمكنك فهمها.
- كن مراعيًا للآخرين. نتوقع من جميع أعضائنا احترام حقوق المرضى الآخرين. نتوقع منك أيضًا التصرف بطريقة تساعد على سلاسة إدارة عيادة طبيبك والمستشفيات والعيادات الأخرى.
- ادفع المبلغ المستحق عليك. بصفتك عضوًا في الخطة، فإنك تتحمل مسؤولية دفع ما يلي:
 - يجب أن تستمر في دفع أقساط الجزء (ب) من برنامج Medicare لتظل عضوًا في الخطة.

- بالنسبة لمعظم خدماتك الطبية أو أدويةك التي تغطيها الخطة، يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عند حصولك على الخدمة أو الدواء.
- إذا طُلب منك دفع غرامة تأخر التسجيل، فيتعين عليك دفع الغرامة للحفاظ على الغطاء التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا.
- إذا طُلب منك دفع المبلغ الإضافي للجزء (د) بسبب دخلك السنوي، فيجب عليك الاستمرار في دفع المبلغ الإضافي مباشرةً إلى الحكومة لتظل عضوًا في الخطة.
- إذا انتقلت إلى مكان آخر داخل منطقة خدماتنا، فنحن بحاجة إلى معرفة ذلك حتى تتمكن من تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- إذا انتقلت خارج منطقة الخدمة التابعة لخطينا، فلا يمكن أن تظل عضوًا في خطتنا.
- إذا انتقلت، فمن المهم أيضًا أن تخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

الفصل التاسع:

ماذا تفعل إذا كانت لديك
مشكلة أو شكوى (قرارات
غطاء تأميني، أو
تظلمات، أو شكاوى)

مقدمة

القسم الأول

القسم 1.1 ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

القسم 1.1

يشرح هذا الفصل نوعين من عمليات التعامل مع المشكلات والمخاوف.

- 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 وافق برنامج Medicare على كلتا العمليتين. تشتمل 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.

القسم 1.2 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، يستخدم هذا الفصل عموماً مصطلح تقديم شكاوى بدلاً من مصطلح تقديم مظالم، ويستخدم مصطلح قرار غطاء تأميني بدلاً من تقرير المؤسسة وتقرير الغطاء التأميني أو تقرير المخاطر، ويستخدم مصطلح مؤسسة مراجعة 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

القسم الثاني

إننا متاحون دائماً لمساعدتك. حتى إذا كانت لديك شكوى بشأن معاملتنا لك، فنحن ملزمون باحترام حقك في تقديم الشكاوى. لذلك، يجب عليك دائماً التواصل مع

قسم خدمة العملاء للحصول على مساعدة. ولكن في بعض الحالات، قد تحتاج أيضًا 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 أيضًا الإجابة عن أسئلتك، وإعطائك مزيدًا 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 أيضًا الاتصال ببرنامج Medicare للحصول على المساعدة. للاتصال ببرنامج Medicare:

- يمكنك الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يمكنك أيضًا زيارة الموقع الإلكتروني لبرنامج Medicare (.)

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

إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف، فما عليك سوى قراءة أجزاء هذا الفصل التي تنطبق على وضعك. الدليل التالي سيقدم لك يد المساعدة.

هل مشكلتك أو مخاوفك تتعلق بالمزايا أو التغطية؟

يشمل ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة طبيًا تخضع للغطاء التأميني أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بدفع مقابل الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة طبيًا.

نعم.

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

لا.

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

قرارات الغطاء التأميني والتظلمات

دليل أساسيات قرارات الغطاء التأميني والتظلمات

القسم الرابع

طلب قرارات الغطاء التأميني وتقديم التظلمات: الصورة الشاملة

القسم 4.1

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 تتلقاها، 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 لا يشملها الغطاء التأميني أو لم تعد خاضعة للغطاء 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 إحدى الخدمات 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، سيتم رفض طلبك لتقديم تظلم من 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 تظلمك من الدرجة الأولى على الرعاية الطبية، كله أو بعضه، فسينتقل تظلمك تلقائيًا إلى تظلم الدرجة الثانية الذي تجريه مؤسسة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا.

- لن تحتاج إلى القيام بأي شيء لتقديم تظلم الدرجة الثانية. تلتزمنا قواعد برنامج Medicare بإرسال تظلمك من الرعاية الصحية 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 التاسع من هذا الفصل عمليات التظلم من الدرجة الثالثة والرابعة والخامسة).

القسم 4.2 كيفية الحصول على المساعدة عندما تطلب قرار غطاء تأميني أو تقدم تظلمًا

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 (State Health Insurance Assistance Program).
- يمكن لطبيبك تقديم طلب نيابةً 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.
- بالنسبة للرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (ب)، يمكن لطبيبك طلب قرار غطاء تأميني أو تظلم من الدرجة الأولى نيابةً عنك. في حالة رفض تظلمك في الدرجة الأولى، فسيتم نقله تلقائيًا إلى الدرجة الثانية.
- 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 اختيار شخص آخر، إذا رغبت في ذلك، للتصرف نيابةً عنك كممثل لك لطلب قرار الغطاء التأميني أو لتقديم تظلمًا.
- إذا كنت ترغب في أن يكون أحد الأصدقاء أو أحد 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 حقاك 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 محامياً لتطلب أي نوع من أنواع قرارات الغطاء التأميني أو التظلم من قرار.

القسم 4.3 أي قسم من أقسام هذا الفصل يقدم تفاصيل عن موقفك؟

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 الخامس** من هذا الفصل: رعايتك الطبية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم
- **القسم السادس** من هذا الفصل: الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د): كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم
- **القسم السابع** من هذا الفصل: كيف تطلب منا أن نغطي إقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أن الطبيب سيخرجك من المستشفى قريبًا جدًا
- **القسم الثامن** من هذا الفصل: كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن غطاءك التأميني سينتهي قريبًا جدًا" (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 مساعدة التأمين الصحي بالولاية.

القسم الخامس رعايتك الطبية: كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم على قرار غطاء تأميني

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 حصتنا من تكلفة رعايتك

القسم 5.1

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 وما الذي تدفعه). إلى لتبسيط المصطلحات، فإننا نشير عمومًا إلى مصطلح الغطاء التأميني للرعاية الطبية أو الرعاية الطبية التي تشمل المنتجات والخدمات الطبية وكذلك الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (ب) من برنامج Medicare. 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 5.2.**
 2. لن توافق خطتنا على رعاية طبية يريد طبيبك أو طبيب آخر تقديمها لك، وكنتم تعتقد أن تلك الرعاية خاضعة للغطاء التأميني المقدم من الخطّة. **طلب قرار غطاء تأميني. القسم 5.2.**
 3. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنه يجب أن تغطيها الخطّة، ولكننا قلنا إننا لن ندفع مقابل تلك الرعاية. **تقديم تظلم. القسم 5.3.**
 4. تلقيت رعاية طبية تعتقد أن خطتنا ينبغي أن تغطيها ودفعت مقابلها، وتريد أن تطلب من خطتنا تعويضك عن التكاليف التي دفعتها عن تلك الرعاية. **أرسل إلينا الفاتورة. القسم 5.5.**
 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 5.3.**
- ملاحظة:** إذا كان الغطاء التأميني الذي سيتم إيقافه مخصص للرعاية في المستشفى، أو للرعاية الصحية المنزلية، أو لرعاية مرفق تمرير 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 5.2

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 معتمد أو قرار غطاء تأميني مستعجل.

عادةً ما يتم اتخاذ قرار الغطاء التأميني المعتمد 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 لمنتجات و/أو الخدمات التي تلقيتها بالفعل).
- لا يمكنك الحصول على قرار غطاء تأميني سريع إلا إذا كان استخدام المواعيد النهائية المعتمدة قد يسبب ضررًا خطيرًا على صحتك أو يضر بقدرتك على العمل.
- في حالة إخبار طبيبك لنا بأن صحتك تتطلب قرار غطاء تأميني مستعجل، فسوافق 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، فسنرسل إليك خطابًا يفيد بما يلي:
 - يوضح أننا سنستخدم المواعيد النهائية المعتمدة.
 - يوضح أنه إذا كان طبيبك هو الذي يطلب قرار غطاء تأميني سريع، فسوف نمنحك تلقائيًا قرار غطاء تأميني سريع.
 - يوضح أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا بمنحك قرار غطاء تأميني معتمد 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 المعتمد، نستخدم المواعيد النهائية المعتمدة.

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، 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. سنعطيك ردًا على شكواك بمجرد أن نتخذ القرار. (تختلف عملية تقديم الشكوى عن عملية اتخاذ قرارات الغطاء التأميني والتظلمات. انظر القسم العاشر 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 لطلبك.

- 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، 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. (انظر القسم العاشر 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.

القسم 5.3 الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الأولى

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 معتاد أو تظلم سريع.

عادةً ما يتم تقديم التظلم المعتاد 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، فسندعم لك تظلمًا سريعًا.
- متطلبات الحصول على تظلم سريع هي نفس متطلبات الحصول على قرار غطاء تأميني سريع في القسم 5.2 من هذا الفصل.

الخطوة الثانية: اطلب من خطتنا تقديم تظلم أو تظلم سريع

- إذا كنت تطلب تظلمًا معتادًا، فقدم تظلمك المعتاد 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. يُسمح لنا بفرض رسوم على نسخ تلك المعلومات وإرسالها إليك.

الخطوة الثالثة: ننظر في تظلمك ونعطيك ردنا.

- عندما تراجع خطتنا تظلمك، فإننا 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، فسنخبرك 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)، فيتعين علينا إرسال طلبك تلقائيًا إلى الدرجة الثانية من التظلمات، حيث ستتولى مراجعته مؤسسة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 5.4 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، فسنرسل لك قرارنا كتابيًا وسنرسل تظلمك تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لأغراض تظلمات الدرجة الثانية. سوف تخطرك 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 شكواك في غضون 24 ساعة. (انظر القسم العاشر من هذا الفصل للحصول على معلومات عن الشكاوى).
- إذا لم نعطك ردًا قبل الموعد النهائي (أو قبل نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فسنرسل طلبك إلى التظلم من الدرجة الثانية حيث ستقوم مؤسسة مراجعة مستقلة بمراجعة التظلم. يشرح القسم 5.4 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، إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية، أو في غضون **7 أيام** تقويمية إذا كان طلبك للحصول على دواء بوصفة طبية خاضع للجزء (ب) من Medicare.
- إذا رفضت خطتنا تظلمك، كله أو بعضه، فسنرسل تظلمك تلقائيًا إلى مؤسسة المراجعة المستقلة من أجل التظلم من الدرجة الثانية.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية

القسم 5.4

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.

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.** يُسمح لنا بفرض رسوم عليك لأغراض نسخ تلك المعلومات وإرسالها إليك.
- 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.
- 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.

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

- بالنسبة للطعون المعتادة، إذا كان طلبك يتعلق بمنتج طبي أو خدمة طبية، يجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على تظلم الدرجة الثانية الذي قدمته في غضون **30 يومًا تقويميًا** من تاريخ استلام تظلمك. إذا كان طلبك غرضه هو الحصول على دواء بوصفة طبية خاضع 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 نصح بالغطاء التأميني للرعاية الطبية في غضون **72 ساعة** أو نقدم الخدمة في غضون **14 يومًا تقويميًا** من تاريخ تلقينا لقرارات مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات المعتادة. بالنسبة للطلبات المستعجلة، يكون لدينا **72 ساعة** من تاريخ استلامنا للقرار من مؤسسة المراجعة.
- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على طلب الحصول على دواء موصوف طبيًا خاضع للجزء (ب) من برنامج Medicare، كله أو بعضه، فيجب أن نصح بالدواء الموصوف طبيًا وفقًا للجزء (ب) من برنامج Medicare أو نقدمه في غضون **72 ساعة** من تلقينا لقرار مؤسسة المراجعة المستقلة بشأن الطلبات المعتادة. بالنسبة للطلبات المستعجلة يكون لدينا **24 ساعة** من تاريخ استلامنا للقرار من مؤسسة المراجعة.
- إذا رفضت تلك المؤسسة تظلمك، كله أو بعضه، فهذا يعني أنها تتفق معنا بأنه يجب عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) للحصول على غطاء تأميني لرعايتك الطبية. (يُسمى هذا تأييدًا للقرار أو رفضًا لتظلمك). في تلك الحالة، سترسل لك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابًا:
 - يشرح قرارها.

- يخطر ببالك بحقك في تقديم تظلم من الدرجة الثالثة إذا كانت القيمة الدلالية للغطاء التأميني للرعاية الطبية تستوفي حدًا أدنى معينًا. سوف يخبرك الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة بالبلغ 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 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 تظلم الدرجة الثانية.
- ينظر في تظلم الدرجة الثالثة أحد قضاة القانون الإداري أو محامٍ مُحكم. يشرح القسم التاسع من هذا الفصل عمليات التظلم من الدرجة الثالثة والرابعة والخامسة.

القسم 5.5 ماذا لو كنت تطلب منا أن نرد لك مبلغ حصتنا من إحدى الفواتير التي استلمتها مقابل الرعاية الطبية؟

يصف الفصل السابع الحالات التي قد تحتاج فيها إلى طلب تعويض أو دفع فاتورة استلمتها من أحد مقدمي الخدمة. كما يوضح كيف ترسل إلينا الأوراق التي تطلب منا الدفع.

طلب التعويض هو طلب قرار غطاء تأميني منا

إذا أرسلت إلينا الأوراق طالبًا 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 أيضًا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع قواعد استخدام غطاءك التأميني للرعاية الطبية.

- **إذا وافقنا على طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية خاضعة للغطاء التأميني وكنت قد اتبعت جميع القواعد، فسنرسل لك مبلغ حصتنا في التكلفة في غضون 60 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك. إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمات، فسنرسل المبلغ مباشرة إلى مقدم الخدمة.
- **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 خطابًا 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 يومًا تقويميًا من تلقي تظلمك. إذا كنت تطلب منا أن نرد لك مقابل رعاية طبية قد تلقيتها بالفعل ودفعت مقابلها، فليس مسموحًا لك أن تطلب تظلمًا مستعجلًا.

- 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 السادس أدويةك الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د): كيفية طلب قرار غطاء تأميني أو تقديم تظلم

القسم 6.1 يوضح لك 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 والتكاليف، يُرجى الاطلاع على الفصلين الخامس والسادس. **يتناول هذا القسم أدويةك الخاضعة للجزء (د) فقط.** لتبسيط المصطلحات، سنستخدم عادةً مصطلح الدواء في بقية هذا القسم، بدلاً من تكرار مصطلح *الأدوية الموصوفة طبيًا للمرضى الخارجيين الخاضعة للغطاء التأميني* أو *دواء 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 6.2**
- 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 6.2**
- طلب دفع مبلغ مشاركة أقل في تكاليف دواء خاضع للغطاء التأميني يندرج تحت فئة سعرية أعلى من الفئات السعرية للمشاركة في التكلفة. **طلب استثناء. القسم 6.2**
- طلب الحصول على موافقة مسبقة على أحد الأدوية. **طلب قرار غطاء تأميني. القسم 6.4**

• الدفع مقابل دواء موصوف طبيًا اشتريته بالفعل. **طلب أن نرد لك الأموال. القسم 6.4**

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 6.2 ما هو الاستثناء؟

المصطلحات القانونية
يُطلق أحيانًا على طلب غطاء تأميني لدواء غير مدرج في "قائمة الأدوية" طلب استثناء من كتيب الوصفات.
يُطلق أحيانًا على طلب إزالة القيود المفروضة على غطاء تأميني لأحد الأدوية طلب من كتيب الوصفات.
يُطلق أحيانًا على طلب دفع سعر أقل لدواء غير مفضل خاضع للغطاء التأميني طلب استثناء الفئات السعرية.

إذا كان الدواء غير خاضع للغطاء التأميني بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها، فيمكنك أن تطلب منا استثناءً. 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 ثلاثة أمثلة للاستثناءات التي يمكن أن تطلبها منا أنت بنفسك أو يطلبها منا طبيبك أو أي مقدم الرعاية الصحية لك:

- 1. تقديم غطاء تأميني لك لدواء خاضع للجزء (د) غير موجود في "قائمة الأدوية" لدينا.** إذا وافقنا على إخضاع دواء غير مدرج في "قائمة الأدوية" للغطاء التأميني، فسيتعين عليك دفع مبلغ المشاركة في التكلفة الذي ينطبق على الأدوية غير المفضلة الموجودة في الفئة السعرية الرابعة. لا يمكنك طلب استثناء من مبلغ المشاركة في التكلفة الذي نطلب منك دفعه مقابل الدواء.
- 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، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ السداد المشترك أو نسبة المشاركة في السداد التي نطلب منك دفعها مقابل الدواء.
- 3. تغيير الغطاء التأميني للدواء إلى فئة سعرية أقل للمشاركة في التكلفة.** كل دواء موجود في "قائمة أدويتنا" يندرج تحت إحدى الفئات السعرية الخمس للمشاركة في التكلفة. بشكل عام، كلما انخفض رقم الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة، انخفض المبلغ الذي ستدفعه كحصة في تكلفة الدواء.
 - إذا كانت "قائمة الأدوية" لدينا تحتوي على دواء (أدوية) بديلة لعلاج حالتك الطبية تدرج تحت فئة سعرية للمشاركة في التكلفة تقل عن الفئة السعرية لدوائك، فيمكنك أن تطلب منا أن نغطي دواءك بمبلغ المشاركة في التكلفة الذي ينطبق على الدواء (الأدوية) البديلة.

- إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً يحمل اسمًا تجاريًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك بمبلغ المشاركة في التكاليف الذي ينطبق على أقل فئة سعرية تحتوي على بدائل للأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا لعلاج حالتك.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً مكافئًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك بمبلغ المشاركة في التكاليف الذي ينطبق على أقل فئة سعرية تحتوي على دواء يحمل اسمًا تجاريًا أو دواءً مكافئًا لعلاج حالتك.
- لا يمكنك أن تطلب منا تغيير الفئة السعرية لمبلغ مشاركة التكلفة لأي دواء يندرج تحت الفئة السعرية المتخصصة 5.
- إذا وافقنا على طلب قدمته لاستثناء للفئات السعرية، وكان هناك أكثر من فئة سعرية واحدة أقل لمشاركة التكاليف وتوجد بها أدوية بديلة لا يمكنك تناولها، فستدفع عادةً أقل مبلغ.

أمور مهمة ينبغي معرفتها بشأن طلب الاستثناءات

القسم 6.3

يجب أن يخبرنا 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. إذا طلبت منا استثناءً للفئات السعرية، فلن نوافق عمومًا على طلبك للحصول على استثناء ما لم تكن جميع الأدوية البديلة التي تدرج تحت الفئة (الفئات) السعرية الأقل لمشاركة التكاليف ليست مناسبة بالنسبة لحالتك أو من المحتمل أن تسبب رد فعل سلبي أو غير ذلك من الأضرار.

يمكننا أن نوافق على طلبك أو نرفضه

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

القسم 6.4 خطوة بخطوة: كيفية طلب قرار غطاء تأميني، بما في ذلك طلب استثناء

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.

تتخذ قرارات الغطاء التأميني المعتادة في غضون 72 ساعة من استلامنا لبيان طبيبك. نتخذ قرارات الغطاء التأميني السريعة في غضون 24 ساعة من استلامنا لبيان طبيبك.

اطلب منا أن نصدر لك قرار غطاء تأميني سريع إذا كانت صحتك تحتاج إلى ذلك. 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 المعتادة 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 المعتادة.
 - يوضح أنه إذا كان طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر هو الذي يطلب قرار غطاء تأميني سريع، فسوف نمحك 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 لذلك الاستثناء. 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 تظلماً، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى عملية الدرجة الأولى من درجات التظلم.

المصطلحات القانونية
يُسمى التظلم على الخطوة بشأن قرار غطاء تأميني يتعلق بأدوية الجزء (د) بإعادة تقرير الخطوة. يُطلق على التظلم السريع أيضًا إعادة التقرير المستعجل.

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

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

- إذا كنت تتظلم من قرار اتخذناه يتعلق بدواء لم تتلقاه بعد، فستحتاج أنت وطبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية إلى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى تظلم سريع أم لا.
- 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 لك. إذا كانت صحتك تتطلب استجابة سريعة، فيجب أن تطلب تظلمًا سريعًا.

- لتقديم التظلمات المعتمدة، قدم طلبًا كتابيًا أو اتصل بنا. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.
- لتقديم التظلمات السريعة، قدم تظلمًا كتابيًا أو اتصل بنا على الرقم 844-705-7498. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.
- يجب أن نقبل أي طلب مكتوب، بما في ذلك أي طلب مقدم على نموذج طلب تقرير الغطاء التأميني المعتمد 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. يُسمح لنا بفرض رسوم على نسخ تلك المعلومات وإرسالها إليك.

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 نصدر لك قرارًا 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 تقويمية 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 تقويمية 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 سنتنقل إلى عملية الدرجة الثانية من التظلمات.

الخطوات التفصيلية: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية

القسم 6.6

المصطلح القانوني

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

مؤسسة المراجعة المستقلة هي مؤسسة مستقلة يعينها 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 تكمل 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.** يُسمح لنا بفرض رسوم عليك لأغراض نسخ تلك المعلومات وإرسالها إليك.
- 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 للتظلم السريع

- 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 طلب 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 طلب الغطاء التأميني الذي قدمته، كله أو بعضه، فيجب أن نقدم غطاءً تأمينيًا 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 قرارنا 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.
- يخطر ببالك حقك في تقديم تظلم من الدرجة الثالثة إذا كانت القيمة الدولارية للغطاء التأميني للدواء الذي تطلبه تستوفي حدًا أدنى معينًا. إذا كانت القيمة الدولارية للغطاء التأميني للدواء الذي تطلبه منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم تظلم آخر ويكون القرار في الدرجة الثانية نهائيًا.

- يخبرك بالقيمة الدولارية التي يجب أن تكون محل نزاع للاستمرار في إجراءات التظلم.

الخطوة الرابعة: إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، فأختر 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 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 مُحكّم. يوضح القسم التاسع من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

القسم السابع كيف تطلب منا أن نغطي إقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أن الطبيب سيخرجك 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 سيُطلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر جدًا، فيمكنك طلب إقامة أطول في المستشفى وسيتم النظر في طلبك.

القسم 7.1 خلال إقامتك في المستشفى، ستلقى 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 (هاتف نصي 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 جداً. 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. إن توقيعك على الإشعار لا يعني 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.

القسم 7.2. خطوة بخطوة: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الأولى لتغيير تاريخ إخراجك من المستشفى

- للاطلاع على نسخة من هذا الإشعار مقدماً، 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 أيضاً الاطلاع على الإشعار على الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeappealNotices.

إذا كنت ترغب في أن تطلب أن نغطي خدمات المستشفى لك كمريض 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 بولايتك، وهو مؤسسة حكومية تقدم المساعدة الشخصية.
- **في أثناء التظلم من الدرجة الأولى، تراجع المؤسسة المعنية بتحسين الجودة تظلمك.** وتتحقق مما إذا كان تاريخ إخراجك المخطط له مناسباً لك طبيياً 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 لخطينا.

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

كيف يمكنك الاتصال بتلك المؤسسة؟

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

تصرف بسرعة:

- لتقديم تظلمك، يجب عليك الاتصال بالمؤسسة المعنية بتحسين الجودة قبل مغادرتك المستشفى وفي موعد لا يتجاوز منتصف ليل يوم خروجك 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 مباشرة. للحصول على تفاصيل بشأن هذه الطريقة الأخرى لتقديم تظلمك، راجع القسم 7.4.
- بمجرد أن تطلب مراجعة فورية لإخراجك من المستشفى، ستصل بنا المؤسسة المعنية بتحسين الجودة. بحلول ظهر اليوم التالي لاتصالها بنا، سنقدم لك إخطاراً 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 طبيياً) 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. (على مستخدمي الهاتف
 النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048). أو يمكنك الاطلاع أيضاً 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 كتابياً، ولكن يمكنك القيام بذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- سينظر المراجعون أيضاً في معلوماتك الطبية، ويتحدثون مع طبيبك، ويراجعون المعلومات التي قدمناها لهم نحن والمستشفى.
- بحلول ظهر اليوم الذي أخبرنا فيه المراجعون بتظلمك، سنتلقى إشعاراً كتابياً منا يوضح لك التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى. يوضح هذا الإشعار بالتفصيل الأسباب التي جعلت طبيبك والمستشفى ونحن نعتقد أنه من المناسب (الملائم طبيياً) 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، ومبالغ السداد المشتركة، إذا كانت تنطبق). 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، فسينتهي غطاؤنا التأميني 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.

القسم 7.3 خطوة بخطوة: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثانية لتغيير تاريخ إخراجك من المستشفى

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، سيبت 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. وهذا ما يُسمى بتأييد القرار.
- 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 التاسع من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

القسم 7.4 ماذا لو فاتك الموعد النهائي لتقديم تظلمك 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 تاريخ 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 مواعيد نهائية سريعة بدلاً من المواعيد النهائية المعتادة. يحتوي الفصل الثاني على معلومات الاتصال.

الخطوة الثانية: تجري مراجعة سريعة للتاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى، ونتحقق مما إذا كان ذلك التاريخ مناسباً 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 مناسباً لك طبيياً 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 طبيياً. وهذا يعني أيضاً 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 مناسباً من الناحية الطبية. ينتهي غطاؤنا التأميني للخدمات المقدمة للمرضى الداخليين بالمستشفى اعتباراً من اليوم الذي ذكرنا أن الغطاء التأميني سينتهي فيه.
- إذا بقيت في المستشفى بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية في المستشفى التي تلتقيتها بعد التاريخ المقرر لإخراجك من المستشفى.

الخطوة الرابعة: إذا رفضنا تظلمك، فسيتم إرسال حالتك تلقائياً 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 أحياناً IRE.

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

الخطوة الأولى: سنرسل حالتك تلقائياً 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 العاشر من هذا الفصل كيفية تقديم شكوى).

الخطوة الثانية: تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بمراجعة سريعة لتظلمك. يعطيك المراجعون رداً 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 أيضاً أن نواصل تغطية الخطة لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين طالما كان ذلك ضرورياً 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 مناسباً طبيًا.
 - سوف يوضح الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه من مؤسسة المراجعة المستقلة كيفية تقديم تظلم من الدرجة الثالثة مع عملية مراجعة، 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 التاسع من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

القسم الثامن كيف تطلب منا الاستمرار في تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن غطاءك التأميني سينتهي قريباً جداً

القسم 8.1	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 مسبقاً. عندما ينتهي غطاؤك التأميني الذي يشمل تلك الرعاية، سنتوقف عن دفع حصتنا من تكلفة رعايتك.

إذا كنت تعتقد أننا سننهي الغطاء التأميني لرعايتك في وقت مبكر جداً، فيمكنك التظلم من قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب التظلم.

القسم 8.2	سنخبرك مسبقاً بالوقت الذي سينتهي فيه غطاؤك 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 التاريخ الذي سنتوقف فيه 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 8.3 خطوة بخطوة: كيفية تقديم تظلم من الدرجة الأولى من أجل أن تغطي خطتنا رعايتك لفترة أطول

إذا كنت ترغب في أن نطلب 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 بولايتك، 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.

المؤسسة المعنية بتحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare والمساعدة في تحسينها. ويشمل ذلك مراجعة قرارات الخطة بشأن وقت التوقف عن توفير غطاء تأميني لأنواع معينة من الرعاية الطبية. هؤلاء الخبراء ليسوا تابعين لخطتنا.

الخطوة الأولى: تقديم تظلم من 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 في ولايتك 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.

الموعد النهائي لاتصالك بتلك المؤسسة.

- 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 هذه الطريقة الأخرى لتقديم تظلمك، راجع القسم 8.5.

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 الاختصاصيون الصحيون في المؤسسة المعنية بتحسين الجودة (المراجعون)، أو ممثلك، عن سبب اعتقادك بأنه يجب الاستمرار في توفير غطاء تأميني لتلك الخدمات. لا يتعين عليك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن يمكنك القيام بذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- ستنظر 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، فسيينتهي حينئذٍ غطاؤك التأميني في التاريخ الذي أخبرناك به.
- إذا قررت مواصلة الحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو الرعاية في منشأة التمريض المتخصصة، أو خدمات منشأة إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية (CORF) بعد هذا التاريخ الذي ينتهي فيه غطاؤك التأميني، فسيتم عليك دفع كامل تكلفة تلك 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 8.4 خطوة بخطوة: 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 الأولى 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 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 التاسع من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

ماذا لو فاتك الموعد النهائي لتقديم التظلم من الدرجة الأولى؟

القسم 8.5

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) أيضاً 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 نطلب 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 ندفع 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 عليك 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 . ويُسمى 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 العاشر من هذا الفصل كيفية تقديم شكوى).

الخطوة الثانية: تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بمراجعة سريعة لتظلمك. يعطيك المراجعون ردًا في غضون 72 ساعة.

- سيليقي 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 سنعيدده 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 نغيره.
- 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 التاسع من هذا الفصل المزيد عن الدرجات الثالثة والرابعة والخامسة من عملية التظلم.

نقل تظلمك إلى الدرجة الثالثة والدرجات التي تليها

القسم التاسع

درجات التظلم الثالثة والرابعة والخامسة لطلبات الحصول على الخدمات الطبية

القسم 9.1

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 تتطوي 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 المُحكَّم على تظلمك، فقد تنتهي عملية التظلم أو قد لا تنتهي. على عكس القرارات الصادرة بشأن 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 المُحكَّم.
 - 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 الراض 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 الراض 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 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 9.2

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 الدلارية للمنتج أو الخدمة الطبية التي تظلمت منها تصلي إلى مبلغ دولاري معين، فقد تتمكن من الانتقال إلى درجات أخرى من درجات التظلم. إذا كان المبلغ الدلاري 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 قاضي القانون الإداري أو أحد المحامين المُحَكَّمين 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 المُحكّم أو نوفره في غضون 72 ساعة (24 ساعة للطعون 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 للطعون 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 لمراجعة 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.

تقديم شكاوى

القسم الحادي عشر كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو غيرها من المخاوف

القسم 10.1 ما أنواع المشكلات التي تتعامل معها عملية الشكاوى؟

تُستخدم عملية الشكاوى 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 الشكاوى.

الشكاوى	المثال
جودة رعايتك الطبية	• هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما في ذلك الرعاية في المستشفى)؟

<ul style="list-style-type: none"> هل لم يحترم شخص ما حقك في الخصوصية أو شارك معلوماتك السرية؟ 	<p>احترام خصوصيتك</p>
<ul style="list-style-type: none"> هل أبدى أحد الأشخاص وقاحة أو عدم احترام بالنسبة لك؟ هل أنت غير راضٍ عن خدمات الأعضاء التي نقدمها؟ هل تشعر بأنه يتم تشجيعك على ترك الخطة؟ 	<p>عدم الاحترام أو ضعف خدمة العملاء أو غيرها من السلوكيات السلبية الأخرى</p>
<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؟ ○ من أمثلة الانتظار لفترة طويلة جداً، الانتظار على الهاتف، أو الانتظار في غرفة الانتظار أو الفحص، أو الانتظار للحصول على وصفة طبية. 	<p>أوقات الانتظار</p>
<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن نظافة أو حالة العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب؟ 	<p>النظافة</p>
<ul style="list-style-type: none"> هل أخفقنا في إعطائك إشعاراً مطلوباً؟ هل يصعب عليك فهم معلوماتنا المكتوبة؟ 	<p>المعلومات التي تحصل عليها منا</p>

الشكوى	المثال
<p>التوقيت المناسب (ترتبط جميع أنواع الشكاوى هذه بتوقيينات 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"> ● لقد طلبت منا قرار غطاء تأميني مستعجل أو تظلمًا مستعجلًا، وقد رفضنا 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 10.2

المصطلحات القانونية
<ul style="list-style-type: none"> ● تُسمى الشكوى أيضًا مظلمة. ● تقديم شكوى يطلق عليه أيضًا تقديم مظلمة. ● يُطلق على استخدام عملية تقديم الشكاوى أيضًا استخدام عملية تقديم المظلمة. ● يُطلق أيضًا على الشكوى السريعة اسم المظلمة المستعجلة.

الخطوات التفصيلية: تقديم شكوى

القسم 10.3

الخطوة الأولى: اتصل بنا على الفور - إما عن طريق الهاتف أو كتابيًا.

- 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 راضيًا)، فيمكنك تقديم شكواك كتابيًا وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابيًا، فسندرد على شكواك كتابيًا.
- يجب تقديم الشكاوى في غضون 60 يومًا تقويميًا من الحالة أو الموقف أو الحدث أو المشكلة التي أدت إلى عدم الرضا. سنقوم وحدة الشكاوى والتظلمات لدى خطة CCA Health Michigan عمومًا بإرسال إقرار كتابي باستلام الشكاوى عبر البريد في غضون 24

ساعة. يجب الإقرار باستلام الشكاوى المتعلقة بالقرارين التاليين في غضون 24 ساعة من الاستلام:

- رفض الموافقة على طلب من أجل تقرير مؤسسة مُعجل أو إعادة نظر عاجلة من جانب المؤسسة.
- تمديد الإطار الزمني لتقرير المنظمة أو إعادة النظر أو رفض الاستجابة لطلب العضو بالتمديد

لتقديم شكوى تتعلق بالخدمة الطبية، يجب عليك أنت أو ممثلك المفوض المعين بشكل صحيح الاتصال أو تقديم بيان بالشكوى مكتوب وموقع (خطاب أو فاكس أو نموذج طلب CCA Health Michigan) إلى:

CCA Health Michigan
 Attn: Appeals
 Coordinator PO BOX
 21063
 EAGAN, MN 55121

أو يمكنك الاتصال على الرقم (855) 959-5855، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، مع ساعات عطلة نهاية الأسبوع من 1 أكتوبر حتى 31 مارس. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.

لتقديم شكوى تتعلق بخدمة الأدوية الموصوفة طبيًا الخاضعة للجزء (د)، يجب عليك أنت أو ممثلك المفوض المعين بشكل صحيح الاتصال أو تقديم بيان بالشكوى مكتوب وموقع (خطاب أو فاكس أو نموذج طلب CCA Health Michigan) إلى:

CCA Health
 Michigan PO BOX
 21063
 EAGAN, MN 55121

أو يمكنك الاتصال على الرقم (855) 959-5855 ، من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة، مع ساعات عطلة نهاية الأسبوع من 1 أكتوبر حتى 31 مارس. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 711.

يجب أن نعالج تظلمك في أسرع وقت ممكن حسبما تقتضيه حالتك بناءً على حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا من تلقي شكاوك. يجوز لنا تمديد الإطار الزمني لمدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إذا طلبت التمديد، أو كان لدينا مبررًا بالحاجة إلى معلومات إضافية وكان التأخير في مصلحتك. إذا رفضنا تظلمك، كله أو بعضه، فسيوضح قرارنا الكتابي سبب رفضنا له، وسيخبرك بأي خيارات متاحة لك لحل النزاعات.

- الموعد النهائي لتقديم شكوى هو 60 يومًا تقويميًا من وقت وقوع المشكلة التي تريد الشكوى منها.

الخطوة الثانية: سننظر في شكاوك 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 يومًا تقويميًا. إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات وكان التأخير في مصلحتك أو إذا طلبت مزيدًا من الوقت، فيمكننا أن نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا (بإجمالي 44 يومًا تقويميًا) للرد على شكاوك. إذا قررنا أن نستغرق أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك كتابيًا.
- إذا كنت تقدم شكوى بسبب رفضنا لطلبك بالحصول على قرار غطاء تأميني سريع أو تظلم سريع، فسندعم لك تلقائيًا شكوى سريعة. إذا كانت لديك شكوى سريعة، فهذا يعني أننا سنرد عليك في غضون 24 ساعة.
- إذا لم نوافق على شكاوك، بعضها أو كلها، أو رفضنا أن نتحمل أي مسؤولية عن المشكلة التي تشكو منها، فسندرج أسبابنا في ردنا عليك.

القسم 10.4 يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى المؤسسة المعنية بتحسين الجودة

عندما تتعلق شكاوك بجودة الرعاية، يُتاح لك أيضًا خياران إضافيان:

- يمكنك تقديم شكاوك 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 شكاوك إلى المؤسسة المعنية بتحسين الجودة وإلينا في نفس الوقت.

القسم 10.5 يمكنك أيضًا إخبار برنامج Medicare بشكاوك

يمكنك تقديم شكوى بشأن خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، يرجى الانتقال إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الفصل العاشر:

إنهاء عضويتك في الخطة

القسم الأول مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن أن يكون إنهاء عضويتك في خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) طوعياً (اختيارك الخاص) أو غير طوعي (ليس اختيارك الخاص):

- يمكنك أن تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد المغادرة. يقدم القسمان الثاني والثالث معلومات بشأن إنهاء عضويتك طوعاً.
 - هناك أيضاً حالات محدودة 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؟

القسم 2.1 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل السنوية

يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا 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.

- تمتد فترة التسجيل السنوية من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر.
- اختر الاحتفاظ بغطائك التأميني الحالي أو إجراء تغييرات على غطائك 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.
 - 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: في حالة إلغاءك التسجيل في 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 لاحقاً إلى خطة أدوية تابعة لبرنامج Medicare.

- ستنتهي عضويتك في خطتنا عندما يبدأ الغطاء التأميني لخطتك الجديدة في 1 يناير.

القسم 2.2 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح السنوية في Medicare Advantage

لديك الفرصة لإجراء تغيير واحد على غطائك 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.

القسم 2.3 في حالات معينة، يمكنك إنهاء عضويتك خلال إحدى فترات التسجيل الخاصة

في حالات معينة، قد يكون أعضاء برنامج CCA Medicare Excel (HMO-POS) مؤهلين لإنهاء عضويتهم 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 بالخطبة 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.
- تختلف الفترات الزمنية للتسجيل حسب حالتك.

لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لإحدى فترات التسجيل الخاصة، يُرجى الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800- (1-800-633-4227) MEDICARE ، 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.
- ستنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر التالي لتلقينا طلبك بتغيير خطتك.

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.

القسم 2.4 من أين يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات عن الحالات التي يمكنك فيها إنهاء عضويتك؟

إذا كانت لديك أي أسئلة بشأن إنهاء عضويتك، فيمكنك القيام بما يلي:

- الاتصال بقسم خدمات الأعضاء.
- يمكنك البحث عن المعلومات في دليل **Medicare & You لعام 2024**.
- اتصل ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE)، على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع (الهاتف النصي: 1-877-486-2048).

القسم الثالث

كيف تنهي عضويتك في خطتنا؟

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:
<ul style="list-style-type: none"> • خطة صحية أخرى من خطط برنامج Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • سجّل في خطة Medicare الصحية الجديدة. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) عندما يبدأ الغطاء التأميني الجديد الذي تقدمه لك خطتنا الجديدة.
<ul style="list-style-type: none"> • 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. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) عندما يبدأ الغطاء التأميني الجديد الذي تقدمه لك خطتنا الجديدة.
<ul style="list-style-type: none"> • برنامج Original Medicare بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare. 	<ul style="list-style-type: none"> • أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء تسجيلك. اتصل بقسم خدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات بشأن 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 خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) عندما يبدأ غطاؤك التأميني في Original Medicare.

القسم الرابع

يجب أن تستمر في الحصول على خدماتك الطبية وأدويةك من خلال خطتنا إلى أن تنتهي عضويتك

إلى أن تنتهي عضويتك، ويبدأ الغطاء التأميني الجديد المقدم لك من برنامج 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 Excel (HMO-POS) عضويتك في الخطة في موافق معينة

متى يجب علينا إنهاء عضويتك في الخطة؟

البند 5.1

يتعين على خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) إنهاء عضويتك في الخطة في حالة حدوث أي مما يلي:

- إذا لم تعد مشتركاً في الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare.
- إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا.
- إذا ظللت بعيداً 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 خدمتنا.
- إذا تعرضت للسجن (ذهبت إلى السجن).
- إذا لم تعد مواطناً أمريكياً أو لم تكن متواجداً في الولايات المتحدة الأمريكية بشكل قانوني.
- إذا كذبت أو حجبت عنا معلومات تتعلق بتأمين آخر لديك يوفر لك غطاءً تأمينياً للأدوية الموصوفة طبيًا.
- إذا قدمت لنا عمداً 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 في خطتنا وستفقد غطاءك التأميني للأدوية الموصوفة طبيًا.

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 لخطّة CCA Medicare Excel (HMO-POS) 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 1-800-633-4227 (1-800-633-4227) على مدار الساعة وطوال أيام الأسبوع. (هاتف نصي 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 مظلمة 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 نشرحها 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، فيُرجى الاتصال بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على الرقم 1-800-368-1019 (الهاتف النصي 1-800-7697) 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>.

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.

القسم الثالث

إشعار عن حقوق الحلول للدافع الثانوي التابع لبرنامج Medicare

لدينا الحق والمسؤولية في تحصيل مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare والتي لا يكون برنامج Medicare هو الدافع الرئيسي لها. وفقاً للوائح CMS الواردة في القسمين 422.108 و 423.462 من الباب 42 من قانون اللوائح الفيدرالية، فإن خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS)، 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.

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.

فترة التسجيل السنوية - الفترة الزمنية من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر من كل عام التي يمكن للأعضاء فيها تغيير خططهم الصحية أو الدوائية أو التحول إلى Original Medicare.

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 تتلقاها.

إصدار فاتورة بالباقي - عندما يقوم مقدم الخدمة (مثل الطبيب أو المستشفى) بإصدار فاتورة لمرضى بمبلغ يزيد عن مبلغ مشاركة التكلفة الذي تسمح به الخطة. بصفتك عضوًا في خطة CCA Medicare Excel (HMO-POS) CCA Medicare

في النهاية، يجب عليك فقط دفع مبالغ المشاركة في التكاليف الخاصة بخطينا عندما تحصل على الخدمات التي تغطيها خطتنا. إننا لا نسمح لمقدمي الخدمات بإصدار فواتير بالفرق أو فرض رسوم عليك تزيد عن مبلغ تقاسم التكلفة الذي تنص خطتك على أنه يجب عليك دفعه.

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 يتم إخراجك من المستشفى أو عندما لا تكون قد تلقيت أي 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 الفاعلية 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 وطوره. 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.

مرحلة الغطاء التأميني للكوارث - إحدى مراحل استحقاقات أدوية الجزء (د) تدفع فيها مبلغ سداد مشترك منخفضًا أو نسبة مشاركة في السداد منخفضة في مقابل أدويتك بعد أن تنفق أنت أو تنفق أطراف أخرى مؤهلة نيابةً عنك مبلغ 8,000 دولار أمريكي للأدوية الخاضعة للغطاء التأميني خلال السنة الخاضعة للغطاء التأميني.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid - الوكالة الفيدرالية التي تدير Medicare.

نسبة مشاركة في السداد - مبلغ قد يُطلب منك دفعه، ويُعبر عنه بنسبة مئوية (على سبيل المثال نسبة 20%) كحصتك من تكلفة الخدمات أو الأدوية الموصوفة طبيًا.

الشكوى - الاسم الرسمي لتقديم شكوى هو تقديم مظلمة. لا تُستخدم عملية الشكوى إلا لأنواع معينة من المشكلات. ويشمل

الفصل الثاني عشر تعريفات الكلمات المهمة

ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء التي تتلقاها. كما تشتمل 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.

مبلغ السداد المشترك - مبلغ قد يُطلب منك دفعه باعتباره حصتك في تكلفة خدمة طبية أو كمية طبية، مثل زيارة للطبيب أو زيارة للعيادة الخارجية للمستشفى أو دواء موصوف طبيًا. مبلغ السداد المشترك هو مبلغ محدد (على سبيل المثال 10 دولارات أمريكية)، وليس نسبة مئوية.

تقاسم التكلفة - يشير مصطلح تقاسم التكلفة إلى المبالغ التي يتعين على العضو دفعها عند تلقي الخدمات أو الأدوية. (هذا بالإضافة إلى القسط الشهري للخطة). يشمل تقاسم التكلفة أي مزيج من أنواع المدفوعات الثلاثة التالية: (1) أي مبلغ تحمل قد تفرضه عليك الخطة قبل أن تغطي الخدمات أو الأدوية؛ أو (2) أي مبلغ ثابت للسداد المشترك تشترطه الخطة عند تلقي خدمة معينة أو دواء معين؛ أو (3) أي نسبة مشاركة في السداد، وهي نسبة مئوية من إجمالي المبلغ المدفوع مقابل الخدمة أو الدواء، تتطلبه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين.

الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة - كل دواء مدرج في قائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني يدرج تحت فئة من خمس فئات سعرية للمشاركة في التكلفة. وبشكل عام، كلما ارتفعت الفئة السعرية للمشاركة في التكلفة، ارتفعت حصتك في التكلفة التي تدفعها من أجل الحصول على الدواء.

تقرير الغطاء التأميني - قرار بشأن ما إذا كان الدواء الموصوف لك خاضع للغطاء التأميني المقدم من الخطة والمبلغ، إن وجد، المطلوب منك دفعه مقابل الوصفة الطبية. بشكل عام، إذا أحضرت وصفتك الطبية إلى إحدى الصيدليات 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. يطلق على مقررات الغطاء التأميني أيضًا اسم قرارات الغطاء التأميني في هذه الوثيقة.

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 ترميز 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.

المعدل اليومي للمشاركة في التكلفة - قد يتم تطبيق معدل يومي للمشاركة في التكلفة عندما يصف لك طبيبك كمية من أدوية معينة لفترة أقل من شهر كامل ويكون مطلوبًا منك دفع مبلغ سداد مشترك. المعدل اليومي للمشاركة في التكلفة هو مبلغ السداد

المشترك مقسومًا على عدد أيام تناول كمية الدواء خلال الشهر. فيما يلي مثال: إذا كان مبلغ السداد المشترك نظير كمية تكفي لمدة شهر واحد من الدواء يبلغ 30 دولارًا، وكانت كمية الدواء المقدمة لمدة شهر واحد في خطتك تبلغ 30 يومًا، فإن المعدل اليومي للمشاركة في التكلفة هو دولار واحد يوميًا.

مبلغ التحمل - المبلغ الذي يجب عليك أن تدفعه مقابل الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تدفع خطتنا أي مبالغ.

إلغاء التسجيل - عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

رسوم صرف الأدوية - رسوم يتم فرضها في كل مرة يتم فيها صرف دواء خاضع للغطاء التأميني لدفع تكلفة صرف وصفة طبية، مثل وقت الصيدلي لإعداد الوصفة الطبية وتعبئتها.

المعدات الطبية المعمرة (DME) - بعض المعدات الطبية التي يطلبها طبيبك لأسباب طبية. من أمثلتها: المشايات والكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المرااتب التي تعمل بالكهرباء ومستلزمات السكري ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين والبخاخات وأسرّة 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 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.

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 اختياري آخر 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 بمرض 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 المميتة 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 تعتبر 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.

حد الغطاء التأميني الأولي - الحد الأقصى للغطاء التأميني بموجب مرحلة الغطاء التأميني الأولي.

مرحلة الغطاء التأميني الأولي - هذه هي المرحلة التي تسبق بلوغ إجمالي تكاليف أدويةك، بما في ذلك المبالغ التي دفعتها والمبالغ التي دفعتها خطتك نيابةً عنك طوال العام، مبلغ 5,030 دولارًا.

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.

خطة الاحتياجات الخاصة المؤسسية (SNP) - خطة تسجل الأفراد المؤهلين الذين يقيمون باستمرار أو من المتوقع أن يقيموا باستمرار لمدة 90 يومًا أو أكثر في مرفق رعاية طويلة الأجل (LTC). قد تشمل تلك المرافق مرفق ترميز متخصص، ومرفق ترميز، و/أو مرفق ترميز متخصص/مرفق ترميز، و/أو مرفق رعاية متوسطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (ICF/IID)، و/أو مرفق علاج نفسي للمرضى الداخليين، و/أو مرافق معتمدة من CMS تقدم خدمات رعاية صحية طويلة الأجل مماثلة خاضعة للغطاء التأميني بموجب الجزء (أ) من Medicare، أو الجزء (ب) من Medicare، أو Medicaid؛ والتي يكون للمقيمين فيها احتياجات وحالة رعاية صحية مماثلة لأنواع المرافق الأخرى المحددة. يجب أن يكون لخطة الاحتياجات الخاصة المؤسسية ترتيب تعاقدي مع منشأة (منشآت) الرعاية طويلة الأجل المحددة (أو امتلاك وتشغيل لها).

خطة الاحتياجات الخاصة المؤسسية المكافئة (SNP) - خطة تسجل الأفراد المؤهلين الذين يعيشون في المجتمع ولكنهم يحتاجون إلى مستوى رعاية مؤسسي بناءً على تقييم الولاية. يجب إجراء التقييم باستخدام نفس أداة تقييم مستوى الرعاية في الولاية ذات الصلة، ويجب أن يديره كيان آخر بخلاف المؤسسة التي تقدم الخطة. قد يقصر هذا النوع من خطة الاحتياجات الخاصة التسجيل على الأفراد المقيمين في دار عجزة مُتعاقد معها إذا لزم الأمر لضمان تقديم رعاية متخصصة موحدة.

قائمة الأدوية الخاضعة للغطاء التأميني (كتيب الوصفات أو "قائمة الأدوية") - قائمة بالأدوية الموصوفة طبيًا التي تغطيها الخطة.

دعم الدخل المنخفض (LIS) - انظر "المساعدة الإضافية".

الحد الأقصى للمبلغ النثري - أقصى مبلغ نثري تدفعه خلال السنة التقويمية مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare داخل الشبكة وخارجها. لا يتم احتساب المبالغ التي تدفعها مقابل أقساط خطتك وأقساط الجزء (أ) والجزء (ب)، وأدويةك الموصوفة طبيًا ضمن الحد الأقصى للمبلغ النثري الذي تدفعه.

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 للاشتراك في كل من Medicare و Medicaid.

دواعي الاستعمال المقبولة طبيًا – استخدام دواء معتمد من إدارة الغذاء والدواء أو تويده كتب مرجعية معينة.

ضرورية 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 مرحلته 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 بالخطة 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.

خطة Medicare Advantage – تُسمى أحيانًا الجزء (ج) من برنامج Medicare. وهي خطة تقدمها شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتقديم لك جميع مزايا الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare. يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage إما: HMO (1)، أو PPO (2)، أو (3) خطة رسوم مقابل خدمة خاصة (PFFS)، أو (4) خطة حساب التوفير الطبي من Medicare. بالإضافة إلى الاختيار من بين تلك الأنواع من الخطط، يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage HMO أو PPO أيضًا خطة احتياجات خاصة (SNP). في معظم الحالات، تقدم خطط Medicare Advantage أيضًا الجزء (د) من Medicare (غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا). تُسمى تلك الخطط **خطط Medicare Advantage مع غطاء تأميني للأدوية الموصوفة طبيًا**.

برنامج خصم فجوة الغطاء التأميني من Medicare – برنامج يقدم خصومات على معظم الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا وتخضع للجزء (د) إلى أعضاء الجزء (د) الذين وصلوا إلى مرحلة فجوة التغطية ولا يحصلون بالفعل على "مساعدة إضافية". تستند الخصومات إلى الاتفاقيات المبرمة بين الحكومة الفيدرالية وبعض الشركات المصنعة للأدوية

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.

وثيقة تأمين Medigap (تأمين Medicare التكميلي) – تأمين Medicare التكميلي الذي تباعه شركات التأمين الخاصة لسد الثغرات في Original Medicare. تعمل وثائق تأمين Medigap فقط مع Original Medicare. (لا تُعد خطة

Medicare Advantage إحدى وثائق تأمين (Medigap).

العضو (عضو خطتنا، أو عضو الخطه) - 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 لهم. في معظم الحالات، لا نغطي وصفاتك الطبية إلا إذا تم صرفها في إحدى الصيدليات التابعة لشبكة الخطه.

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 اتفاقًا لقبول المبالغ التي ندفعها باعتبارها دفعة كاملة، وفي بعض الحالات للتنسيق وتقديم خدمات خاضعة للغطاء التأميني لأعضاء خطتنا. يُطلق على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة أيضًا اسم **مقدمو الخدمات التابعون للخطه**.

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. مقررات المؤسسة تُسمى أيضًا في هذا المستند باسم قرارات الغطاء التأميني.

خطه Original Medicare (خطه Traditional Medicare أو خطه Fee-for-service Medicare) - يتم تقديم خطه Original Medicare من جانب الحكومة، فهي ليست خطه صحية خاصة مثل خطط Medicare Advantage وخطط الأدوية الموصوفة طبيًا. بموجب خطه Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare من خلال دفع مبالغ يحددها الكونجرس إلى الأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. يمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو أي مقدم خدمة آخر يقبل برنامج Medicare. يجب أن تدفع مبلغ التَّحْمَل. 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 صيدليات 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.

التكاليف النثرية - راجع تعريف تقاسم التكلفة أعلاه. يُشار أيضًا إلى شرط المشاركة في التكلفة الخاص بالعضو بدفع جزء من الخدمات أو الأدوية المستلمة باسم شرط التكلفة النثرية للعضو.

خطه برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن - تجمع خطه برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE) بين خدمات الرعاية الطبية والاجتماعية والرعاية الطويلة 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 الخطه.

الجزء (ج) - راجع خطه 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 بموجب الجزء (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).

تقاسم التكلفة التفضيلية - يُقصد بتقاسم التكلفة التفضيلية تقاسم تكلفة أقل لبعض أدوية الجزء (د) الخاضعة للغطاء التأميني في بعض الصيدليات التابعة للشبكة.

خطة مؤسسة موفري الخدمة المفضلين (PPO) - خطة مؤسسة موفري الخدمة المفضلين هي إحدى خطط Medicare Advantage تحتوي على شبكة من موفري الخدمة المتعاقدين الذين وافقوا على التعامل مع أعضاء الخطة بمبلغ دفع محدد. يجب أن تغطي خطة PPO جميع مزايا الخطة سواء تم استلامها من مقدمي خدمة تابعين للشبكة أو خارج الشبكة. تكون حصة الأعضاء في التكلفة بصفة عامة أعلى عند تلقي مزايا الخطة من مقدمي خدمات من خارج الشبكة. تضع خطط PPO حدًا سنويًا على تكاليفك النثرية للخدمات التي تتلقاها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (المفضلين) وحد أعلى على إجمالي التكاليف النثرية المجمعة مقابل الخدمات المقدمة من كل من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (المفضلين) ومن خارج الشبكة (غير المفضلين).

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 الموصوفة طبيًا.

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 مقدم رعاية صحية 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، دعائم 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 الخطه بإلغاء تسجيلك إذا انتقلت بشكل دائم خارج منطقة خدمة الخطه.

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.

فترة التسجيل الخاصة - وقت محدد يمكن فيه للأعضاء تغيير خططهم الصحية أو الدوائية أو العودة إلى Original Medicare. تشمل الحالات التي قد تكون مؤهلاً فيها لفترة تسجيل خاصة ما يلي: إذا انتقلت خارج منطقة الخدمة، أو إذا كنت تحصل على "مساعدة إضافية" في تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا، أو إذا انتقلت إلى دار رعاية، أو إذا أخللنا بعقدنا معك.

خطه الاحتياجات الخاصة - نوع خاص من أنواع خطط Medicare Advantage يوفر رعاية صحية أكثر تركيزًا لمجموعات معينة من الأشخاص، مثل الأشخاص المشتركين في كلٍ من Medicaid و Medicare، أو الذين يقيمون في دار رعاية، أو الذين يعانون من حالات طبية مزمنة معينة.

تقاسم التكلفة المعتاد - تقاسم التكلفة المعتاد هو تقاسم تكلفة بخلاف تقاسم التكلفة التفضيلي المقدم من صيدلية تابعة للشبكة.

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 أعضاء برنامج CCA Medicare Excel (HMO-POS)

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
الاتصال	(855) 959-5855 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. فيما 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. فيما 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

برنامج Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program (MMAP)

برنامج MMAP 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	Michigan Medicare/Medicaid Assistance Program 6105 W. St. Joseph Hwy., Suite 204 Lansing, MI 48917-4850
الموقع الإلكتروني	https://mmapinc.org/

بيان إفصاح قانون الحد من الأعمال الورقية وفقًا لقانون الحد من الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الرد على مجموعة من المعلومات ما لم تكن تعرض رقم تحكم صالحًا صادرًا عن مكتب الإدارة والميزانية الأمريكي (OMB). ورقم تحكم OMB الصالح لمجموعة المعلومات هذه هو 0938-1378. إذا كانت لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فُيرجى الكتابة إلى: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.