

دليل أعضاء Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)

1 يناير 2021 – 31 ديسمبر 2021

تغطيتك الصحية والخاصة بالأدوية من خلال برنامج Health Net Cal MediConnect

مقدمة كتيب الأعضاء

يخبرك هذا الكتيب عن تغطيتك بموجب برنامج Health Net Cal MediConnect حتى 31 ديسمبر 2021. إنه يوضح خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة) وتغطية الأدوية الموصوفة والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد. تساعدك الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد في البقاء في المنزل بدلاً من الانتقال إلى دار تمرريض أو مستشفى. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

يعد هذا المستند مستنداً قانونياً مهماً. يرجى الاحتفاظ به في مكان آمن.

إن خطة Cal MediConnect هذه مقدمة من شركة Health Net Community Solutions. وعندما يورد دليل الأعضاء هذا كلمة "نحن" أو "خاصتنا"، فإنه يعني شركة Health Net Community Solution. وعندما يورد كلمة "الخطة" أو "خطتنا"، فإنه يعني Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan).

ملاحظة: إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمينية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

EOC043989AN00

H3237_001

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



- ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (TTY: 711) from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

تنبیه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوافر لك خدمات المساعدة اللغوية مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 8:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة، وللاتصال في غير أوقات الدوام الرسمي، أيام الأجازات والعطلات، يمكنك ترك رسالة. سنرد على مكالمتك في يوم العمل التالي. هذه المكالمة مجانية.

- ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ Եթե Հայերեն եք խոսում, անվճար լեզվական օգնության ծառայություններ են հասնում Ձեզ : Ձանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711): Մի անձ այստեղ է Ձեզ հետ զրուցելու նպատակով երկուշաբթիից ուրբաթ, կ.ա. 8:00-ից կ.հ. 8:00-ը: Աշխատանքային ժամերից անց, հանգստյան օրերին եւ տոներին, կարող եք թողնել հաղորդագրություն: Ձեր զանգը կվերադարձվի հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Հեռախոսազանգն անվճար է:

ចំណាប់អារម្មណ៍: បើសិនអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ សេវាជំនួយភាសាភាគតិចថ្លៃ គឺមានសំរាប់អ្នក។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ពីម៉ោង 8 ព្រឹក ដល់ 8 យប់ ថ្ងៃច័ន្ទ រហូតថ្ងៃសុក្រ។ បន្ទាប់ពីម៉ោងធ្វើការ នៅចុងអាទិត្យ និងថ្ងៃបុណ្យ អ្នកអាចទុកសារសំព្វបាន។ អ្នកនឹងត្រូវបានទូរស័ព្ទមកវិញ នៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់ទៀត។ ការហៅនេះ គឺឥតចេញថ្លៃឡើយ។

- 請注意：如果您使用中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。週一至週五，上午8點到下午8點。非營業時間、週末及假日，您可以留言。我們會在下一個工作日給您回電。此專線為免付費電話。

توجه: اگر به فارسی صحبت می کنید، خدمات امداد زبانی به طور رایگان در اختیار شما می باشند. با شماره (TTY: 711) 1-855-464-3571 از ساعت 8:00 صبح تا 8:00 شب، دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی، می توانید پیام بگذارید. به تماس تلفنی شما در روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.



- **알림:** 귀하께서한국어를 사용하시는 경우 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (TTY: 711)번으로 월요일 - 금요일, 오전 8시부터 오후 8시까지 전화하십시오. 영업시간 이후, 주말 및 공휴일에는 메시지를 남기실 수 있습니다. 다음 영업일에 저희가 귀하께 전화를 드리겠습니다. 안내전화는 무료입니다.
- **ВНИМАНИЕ:** Если вы говорите по-русски, мы можем предложить вам бесплатные услуги переводчика. Звоните по телефону 1-855-464-3571 (линия TTY: 711). Вы можете получить необходимую информацию непосредственно у сотрудника плана с понедельника по пятницу с 8:00 часов утра до 8:00 часов вечера. В нерабочее время, а также в выходные и праздничные дни, вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонок бесплатный.
- **ATENCIÓN:** Si usted habla español, hay servicios de asistencia de idiomas disponibles para usted sin cargo. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711) de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes. Después del horario de atención, los fines de semana y los días feriados puede dejar un mensaje. Le devolveremos la llamada el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- **PAALALA:** Kung nagsasalita ka ng Tagalog, available sa inyo ang mga serbisyo ng tulong sa wika, nang walang singil. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Paglipas ng mga oras ng negosyo, tuwing Sabado at Linggo at sa pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ang iyong tawag ay ibabalik sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang tawag.
- **XIN LU'U Ý:** Nếu quý vị nói tiếng Việt, chú ng tôi sẵn có dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, từ thứ Hai đến hết thứ Sáu. Sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Cuộc gọi của quý vị sẽ được hồi đáp vào ngày làm việc hôm sau. Cuộc gọi này miễn phí.

يمكنك الحصول على هذه الوثيقة مجانًا بتنسيقات مختلفة، مثل: الطباعة بحروف كبيرة و/أو طريقة برايل للمكفوفين و/أو التسجيل الصوتي. يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو صيغة أخرى للمراسلات فيما بعد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. ويسمى ذلك "بالطلب الدائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. إذا أردت تغيير اللغة و/أو الصيغة فيما بعد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. رقم هاتف خدمات الأعضاء مدون أسفل هذه الصفحة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



كتيب أعضاء Health Net Cal MediConnect 2021**جدول المحتويات**

6	الفصل 1: البدء كعضو.....
19	الفصل 2: أرقام هاتفية وموارد مهمة.....
41	الفصل 3: استخدام تغطية الخطة لرعايتك الصحية وغيرها من الخدمات المغطاة.....
63	الفصل 4: جدول الميزات.....
110	الفصل 5: الحصول على أدويةك الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية عبر الخطة.....
126	الفصل 6: ما تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة الخاصة بـ Medicare و Medi-Cal.....
136	الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية.....
141	الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك.....
165	الفصل 9: ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والطعون والشكاوى).....
211	الفصل 10: Cal MediConnect إنهاء عضويتك في خطتنا التابعة إلى.....
220	الفصل 11: الإشعارات القانونية.....
231	الفصل 12: تعريفات لمصطلحات مهمة.....

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إخلاء المسؤولية

- ❖ تمثل Health Net Community Solutions, Inc. خطة رعاية صحية تتعاقد مع كل من Medicare و Medi-Cal لتوفير ميزات كلا البرنامجين للمسجلين.
- ❖ لا يلتزم مقدمو الخدمات من خارج الشبكة/غير المتعاقد معهم بعلاج أعضاء Health Net Cal MediConnect، باستثناء الحالات الطارئة. يُرجى الاتصال برقم خدمات الأعضاء الخاص بنا أو الاطلاع على كتيب الأعضاء الخاص بك للحصول على المزيد من المعلومات، بما في ذلك مشاركة التكاليف التي تنطبق على الخدمات من خارج الشبكة.
- ❖ إن التغطية بموجب Health Net Cal MediConnect هي تغطية صحية مؤهلة تسمى "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وإنها تفي بمتطلبات المسؤولية الفردية المشتركة في قانون حماية المرضى والرعاية ميسورة التكلفة. قم بزيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية الفردية المشتركة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الفصل 1: البدء كعضو

مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات عن Health Net Cal MediConnect، وهي خطة صحية تغطي جميع خدمات Medicare وMedi-Cal الخاصة بك، وعضويتك فيها. كما يخبرك عما تتوقعه وعن المعلومات الأخرى التي ستحصل عليها من Health Net Cal MediConnect. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

8	أ. مرحبًا بك في Health Net Cal MediConnect
9	ب. معلومات حول Medicare وMedi-Cal
9	ب.1. Medicare
9	ب.2. Medi-Cal
10	ج. مزايا هذه الخطة
11	د. نطاق خدمة برنامج Health Net Cal MediConnect
12	هـ. ما الذي يؤول لك لي تصبح عضوًا في الخطة
12	و. ما الذي تتوقعه عندما تنضم إلى الخطة الصحية لأول مرة
13	ز. فريق الرعاية وخطة الرعاية
13	ز.1. فريق الرعاية
14	ز.2. خطة الرعاية
14	ح. القسط الشهري لخطة Health Net Cal MediConnect
14	ط. دليل الأعضاء
15	ي. المعلومات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها منا
15	ي.1. بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect
16	ي.2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات
17	ي.3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية
17	ي.4. شرح المزايا

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- ك. كيفية المحافظة على سجل عضويتك محدثاً..... 18
- ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)..... 18

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



أ. مرحبًا بك في Health Net Cal MediConnect

يعد برنامج Health Net Cal MediConnect جزءًا من خطة Cal MediConnect. إن خطة Cal MediConnect هي منظمة مكونة من أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي خدمات ودعم طويل الأمد ومقدمي خدمات الصحة السلوكية ومقدمي خدمات آخرين. كما تضم منسقين للرعاية وفرق رعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي رعايتك وخدماتك. حيث يتعاونون سويًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

تم اعتماد برنامج Health Net Cal MediConnect من قبل ولاية كاليفورنيا ومراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) لتزويدك بالخدمات كجزء من خطة Cal MediConnect.

ويعد برنامج Cal MediConnect برنامجًا نموذجيًا تتم مراقبته بشكل مشترك من قبل ولاية كاليفورنيا والحكومة الفيدرالية لتوفير رعاية أفضل لأفراد لديهم اشتراك في كل من Medicare و Medi-Cal. وتحت مظلة هذا البرنامج النموذجي، ترغب الولاية والحكومة الفيدرالية اختبار طرق جديدة لتحسين طريقة تلقيك لخدمات كل من Medicare و Medi-Cal.

خبرة يمكنك الاعتماد عليها

لقد قمت بالتسجيل في خطة صحية يمكنك الاعتماد عليها.

حيث تقدم Health Net المساعدة لما يزيد عن مليون شخص مشترك في Medicare و Medi-Cal للحصول على الخدمات التي يحتاجونها. نحن نقوم بذلك عبر تقديم وصول أفضل لمزايا Medicare و Medi-Cal وخدماتهما بالإضافة إلى الكثير غير ذلك:

- نحن نفخر بأنفسنا في تقديم خدمة عملاء ممتازة؛ حيث يتم تحقيق ذلك بتوفير الاهتمام الشخصي الإيجابي المركز عليك باعتبارك عضوًا لدينا. ولن يدعك موظفو خدمات الأعضاء المدربون لدينا تنتظر وبمقدورهم دعم لغات متعددة دون استخدام خدمات المترجم الفوري. وسنوفر لك مستوى من خدمة "الإرشاد والاستقبال" لمساعدتك في التنقل من خلال مزاياك كما ترغب أسرتنا، حيث سيمنحك هذا الأجوبة التي تحتاجها للحصول على الرعاية.
- لقد قمنا بإنشاء شبكات عالية الجودة من الأطباء منذ ما يزيد عن 25 عامًا. ويتعاون الأطباء والمتخصصون في شبكتنا Health Net Cal MediConnect سويًا في مجموعات Medical للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها، عندما تحتاج إليها.
- مجتمعك هو مجتمعنا - نحن شركة تقع في جنوب كاليفورنيا، لذا فموظفونا يعيشون حيث تعيشون. ندعم مجتمعاتنا المحلية من خلال:
 - عمليات فحص طبي في الأحداث المحلية المتعلقة بالصحة والمراكز المجتمعية
 - صفوف تثقيفية صحية مجانية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ب. معلومات حول Medi-Cal و Medicare

ب.1 Medicare

يعد برنامج Medicare برنامج تأمين صحي فيدرالي للفئات التالية:

- الأشخاص الذين يتجاوز عمرهم 65 عامًا أو أكبر،
- بعض الأفراد الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ومصابين بإعاقات معينة،
- الأفراد المصابون بالمرحلة النهائية للمرض الكلوي (الفشل الكلوي).

ب.2 Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid بولاية كاليفورنيا. حيث تدير الولاية برنامج Medi-Cal ويتم دفع تكاليفه من جانب الولاية والحكومة الفيدرالية. ويساعد برنامج Medi-Cal الأفراد محدودي الدخل والموارد في الدفع مقابل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد فضلاً عن التكاليف الطبية. كما أنه يغطي خدمات وأدوية إضافية ليست مشمولة في برنامج Medicare.

تقرر كل ولاية ما يلي:

- ما يعتبر كدخل وموارد،
- الأشخاص المؤهلون،
- الخدمات المشمولة بالتغطية،
- تكلفة الخدمات.

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

وافقت Medicare و كاليفورنيا على Health Net Cal MediConnect. يمكنك الحصول على خدمات برنامج Medicare و Medi-Cal من خلال خطتنا طالما:

- اخترنا تقديم الخطة،
 - يسمح لنا برنامج Medicare و ولاية كاليفورنيا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- حتى في حال توقف الخطة في المستقبل، لن تتأثر أهليتك لخدمات برنامج Medicare و Medi-Cal.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ج. مزايا هذه الخطة

سوف تتلقى الآن كافة الخدمات المشمولة بالتغطية في برنامج Medicare و Medi-Cal من Health Net Cal MediConnect، والتي تشمل الأدوية المقررة بوصفة طبية. لن تدفع المزيد للانضمام إلى هذه الخطة الصحية.

سوف يساعد برنامج Health Net Cal MediConnect في تحسين أداء مزايا برنامج Medicare و Medi-Cal مع بعضهما البعض وتحسين عملهما معًا من أجلك. تشمل بعض المزايا ما يلي:

- سيكون بإمكانك العمل باستخدام خطة صحية واحدة من أجل جميع احتياجات التأمين الصحي الخاصة بك.
- سوف يكون لديك فريق رعاية تساعد في الجمع ما بينهم. قد يشملك فريق الرعاية الخاص بك أو مقدم الرعاية أو الأطباء أو الممرضات أو الاستشاريين أو مهنين صحيين آخرين.
- وسيكون لديك إمكانية وصول لمنسق الرعاية. إنه شخص يعمل بالتعاون معك ومع Health Net Cal MediConnect فضلاً عن فريق الرعاية الخاص بك للمساعدة في عمل خطة رعاية.
- سوف تكون قادرًا على توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- سوف يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية بالتعاون معك للوصول إلى خطة رعاية مصممة خصيصًا للوفاء باحتياجاتك الصحية. سوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. وهذا يعني على سبيل المثال:
 - أن فريق الرعاية الخاص بك سوف يضمن اطلاع الأطباء على جميع الأدوية التي تتناولها بحيث يتأكدون من تناولك للأدوية المناسبة وعليه يمكن للأطباء تقليل أي آثار جانبية قد تعاني منها جراء تناول الأدوية.
 - سوف يضمن فريق الرعاية الخاص بك مشاركة نتائج الاختبارات الخاصة بك مع جميع الأطباء ومقدمي الخدمة الآخرين، حسب الاقتضاء.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



د. نطاق خدمة برنامج Health Net Cal MediConnect

يشمل نطاق خدمتنا هذه المقاطعة في ولاية كاليفورنيا: Los Angeles ما عدا الرمز البريدي التالي: 90704.

بإمكان الأشخاص الذين يعيشون في نطاق خدمتنا فقط الانضمام إلى برنامج Health Net Cal MediConnect.

وفي حال انتقلت إلى خارج حدود نطاق خدمتنا، فلا يمكنك حينها الاستمرار في هذه الخطة. انظر الفصل 8 للمزيد من المعلومات عن آثار الانتقال إلى خارج منطقة خدماتنا. عليك الاتصال بموظف الأهلية المحلي في مقاطعتك:

<p><u>الرقم المجاني المحلي:</u> 1-916-558-9200</p> <p><u>الرقم المجاني للولاية:</u> 1-800-541-5555</p> <p>هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، باستثناء أيام العطلات</p>	<p>اتصل على</p>
<p><u>الهاتف النصي للولاية:</u> 711 (خدمات التواصل الوطنية)</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>راجع الصفحات البيضاء تحت عنوان حكومة المقاطعة في دليل الهاتف لديك للبحث عن أقرب مكتب خدمات اجتماعية.</p>	<p>المراسلة</p>
<p>http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود للاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



هـ. ما الذي يؤهلك لكي تصبح عضوًا في الخطة

تعتبر مؤهلاً في خطتنا طالما أنك:

- تعيش في نطاق خدمتنا، و
 - تبلغ من العمر 21 عامًا أو أكبر عند وقت التسجيل، و
 - مشترك في Medicare الجزء أ و Medicare الجزء ب، و
 - مؤهل حاليًا لبرنامج Medi-Cal وتتلقى مزايا Medi-Cal كاملة، بما في ذلك:
 - الأفراد المسجلون في برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP).
 - الأفراد الذين يستوفون شروط مشاركة التكاليف الموصوفة أدناه:
 - المقيمون في مرفق ترميز الذين يتمتعون بميزة مشاركة التكاليف،
 - الأفراد المسجلون في برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض الذين يتمتعون بميزة مشاركة التكاليف.
 - مواطن أمريكي أو مقيم شرعي في الولايات المتحدة.
- وقد تتوفر قواعد تأهيل إضافية في مقاطعتك. اتصل بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

و. ما الذي تتوقعه عندما تنضم إلى الخطة الصحية لأول مرة

عند الانضمام إلى الخطة لأول مرة، سوف تتلقى تقييمًا للمخاطر الصحية (HRA) في غضون الـ 45 و 90 يومًا الأولى، استنادًا إلى حالتك الصحية (أي المخاطر المرتفعة أو المنخفضة).

نحن مطالبون بإتمام تقييم المخاطر الصحية لك. بعد تقييم المخاطر الصحية (HRA) أساسًا لوضع خطة الرعاية الفردية (ICP) الخاصة بك. وسوف يشمل تقييم المخاطر الصحية (HRA) أسئلة لتحديد خدماتك وعمليات الدعم الطبية طويلة الأمد (LTSS) إضافة إلى صحتك السلوكية واحتياجاتك الوظيفية.

وستواصل معك لإتمام تقييم المخاطر الصحية (HRA). يمكن إتمام تقييم المخاطر الصحية من خلال زيارة شخصية أو مكالمة هاتفية أو عبر البريد.

سوف نرسل إليك مزيدًا من المعلومات حول تقييم المخاطر الصحية (HRA) هذا.

إذا كان برنامج Health Net Cal MediConnect جديدًا بالنسبة إليك، يمكنك مواصلة زيارة الأطباء الذين تتعامل معهم حاليًا لفترة محددة من الوقت. يمكنك الاحتفاظ بمقدمي الخدمة الحاليين وتفويضات الخدمة عند التسجيل لفترة تصل إلى 12 شهرًا في حال استيفاء كل من الشروط التالية:

- تقوم أنت أو ممثلك أو مقدم خدماتك بتقديم طلب مباشر إلينا لمواصلة التعامل مع مقدم خدماتك الحالي.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- يمكننا إثبات أن لديك علاقة حالية مع مقدم رعاية صحية أولية أو متخصص، مع بعض الاستثناءات. تعني العلاقة الحالية أنك قد قمت بزيارة أحد مقدمي الخدمة من خارج الشبكة مرة واحدة على الأقل أو أحد مقدمي الرعاية المتخصصة لمرتين على الأقل في غير الزيارات الطارئة خلال 12 شهرًا قبل تاريخ التسجيل المبدئي في برنامج Health Net Cal MediConnect.
 - سنحدد العلاقة الحالية من خلال مراجعة معلوماتك الطبية المتاحة لدينا أو المعلومات التي تقدمها إلينا.
 - لدينا 30 يومًا للاستجابة لطلبك. كما يمكنك أيضًا مطالبتنا باتخاذ قرار أسرع ويجب علينا الاستجابة في غضون 15 يومًا.
 - عند تقديم الطلب، يجب أن تقدم أو يقوم مقدم خدماتك بتقديم المستندات الخاصة بالعلاقة الحالية والموافقة على بعض الشروط المحددة.

ملاحظة: لا يمكن تقديم هذا الطلب لمقدمي المعدات الطبية المعمرة (DME) أو خدمات النقل أو غير ذلك من الخدمات المعاونة أو الخدمات غير المشمولة في Cal MediConnect.

بعد انتهاء فترة مواصلة الرعاية، سوف تحتاج إلى زيارة الأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمات في شبكة برنامج Health Net Cal MediConnect التابعين للمجموعة الطبية الخاصة بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك، إلا عند إجراء اتفاق مع طبيبك من خارج الشبكة. مقدم الخدمة في الشبكة هو مقدم خدمة يعمل مع خطة الرعاية الصحية. عند التسجيل في خطتنا، سوف تختار مجموعة طبية متعاقدة من شبكتنا. كما ستختار مقدم رعاية أولية من هذه المجموعة الطبية المتعاقدة. في حال لم تقم باختيار مجموعة طبية ومقدم رعاية أولية متعاقد، سنعيّن لك واحدًا. راجع الفصل 3 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

ز. فريق الرعاية وخطة الرعاية

ز.1. فريق الرعاية

هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على الرعاية التي تحتاجها؟ بإمكان فريق الرعاية تقديم المساعدة لك. قد يتضمن فريق الرعاية طبيبك أو منسق الرعاية أو أي شخص آخر في مجال الصحة تختاره.

أما منسق الرعاية فهو شخص مدرب على مساعدتك في تدبير الرعاية التي تحتاجها. وستحصل على منسق رعاية لدى تسجيلك في برنامج Health Net Cal MediConnect. كما سيعمل هذا الشخص على إحالتك إلى موارد المجتمع، في حال لم تقدم لك Health Net Cal MediConnect الخدمات التي تحتاجها.

يمكنك الاتصال بنا على 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، لطلب فريق رعاية. ساعات العمل من 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. المكالمات مجانية. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ز. خطة الرعاية

سوف يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية بالتعاون معك للتوصل إلى خطة رعاية. وستطلعك خطة الرعاية أنت وأطباءك على الخدمات التي تحتاجها، وكيف ستحصل عليها. وتتضمن الخطة احتياجاتك من الخدمات الطبية والصحة السلوكية والدعم طويل الأمد. وسيتم وضع خطة رعايتك لأجلك ولاحتياجاتك.

وسوف تتضمن خطة رعايتك:

- أهداف رعايتك الصحية.
- جدولاً زمنياً للأوقات التي ينبغي لك الحصول فيها على الخدمات التي تحتاجها.

وبعد إجراء تقييم المخاطر الصحية، سيجتمع فريق رعايتك بك. وسوف يتحدثون إليك حول الخدمات التي تحتاجها. كما يمكنهم إخبارك عن الخدمات التي تود التفكير في الحصول عليها. وسوف تعتمد خطة رعايتك على احتياجاتك. وسيقوم فريق رعايتك بالتعاون معك لتحديث خطة رعايتك سنوياً على الأقل.

ح. القسط الشهري لخطة Health Net Cal MediConnect

لا تتضمن خطة Health Net Cal MediConnect قسطاً شهرياً.

ط. دليل الأعضاء

يعد دليل الأعضاء هذا جزءاً من تعاقدنا معك. وهذا يعني أنه يجب علينا اتباع جميع القواعد المذكورة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد بأننا قد قمنا بشيء يتناقض مع هذه القواعد، يمكنك حينها تقديم التماس أو الطعن قضائياً ضد إجرائنا. للحصول على معلومات حول كيفية تقديم الطعن، انظر الفصل رقم 9 أو اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE.

يمكنك طلب الحصول على دليل الأعضاء من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. كما يمكنك الاطلاع على دليل الأعضاء على mmp.healthnetcalifornia.com أو تنزيله من هذا الموقع الإلكتروني.

يسري هذا العقد على الأشهر التي التحقت فيها ببرنامج Health Net Cal MediConnect ما بين 1 يناير 2021 و 31 ديسمبر 2021.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



ي. المعلومات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها منا

يجب أن تكون قد حصلت بالفعل على بطاقة تعريف أعضاء برنامج Health Net Cal MediConnect، ومعلومات حول كيفية الوصول إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات وإلى قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية.

ي.1. بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect

ستحصل بموجب خطتنا على بطاقة واحدة لخدمات Medicare و Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد بالإضافة إلى خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. ويجب أن تبرز هذه البطاقة عند الحصول على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي بطاقة عينة توضح لك شكل بطاقتك:

<p>Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)</p> <p>Member Name <FIRST MI LASTNAME> Member ID <XXXXXXXXXX> Effective Date <MM/DD/YY></p> <p>Member cannot be charged Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER</p> <p>Physician Group and PCP <PPG Name> <PCP or Clinic Name> PCP PHONE: <X-XXX-XXX-XXXX></p> <p>H3237 001 Material ID# H3237_21_19407/CARD_Approved_08032020</p>	<p>Health Net COMMUNITY SOLUTIONS</p> <p>Medicare Prescription Drug Coverage</p> <p>Rx BIN 004336 Rx PCN MEDDADY Rx GRP RX6270 RXID <XXXXXXXXXXXX></p>	<p>If you think you have a medical or psychiatric emergency, call 911 or go to the nearest hospital. See your PCP for non-emergency health needs like colds, minor infections or illnesses, or treatment for ongoing health needs. Do not go to the emergency room for routine health care.</p> <p>Member Services & Mental Health Benefits 1-855-464-3571 (TTY: 711) Nurse Advice Line 1-855-464-3571 (TTY: 711) Providers Call for Eligibility and authorization 1-855-464-3571 Coremark Pharmacy Help Line 1-888-865-6567 Pharmacy Prior Authorization 1-800-867-6564 Website mmp.healthnetcalifornia.com</p> <p>To report, or request approval for, inpatient admits, call: 1-800-995-7890</p> <p>Send Claims to: Mail all Medical claims to: Health Net Community Solutions, Inc. P.O. Box 9030, Farmington, MO 65640-8030 Mail all Drug claims to: Health Net Community Solutions, Inc. - Attr: Pharmacy Claims P.O. Box 419099, Rancho Cordova, CA 95741-9099</p>
--	--	--

في حالة تلف أو فقدان أو سرقة بطاقة Cal MediConnect، اتصل بخدمات الأعضاء فورًا وسوف نرسل إليك بطاقة جديدة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

طالما أنت عضو في خطتنا، فلست بحاجة إلى استخدام بطاقة برنامج Medicare أو Medi-Cal الحمراء والبيضاء والزرقاء للحصول على خدمات Cal MediConnect. احتفظ بهذه البطاقات في مكان آمن، في حال كنت بحاجة إليها لاحقًا. إذا قمت بإظهار بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect الخاصة بك، فقد يصدر مقدم الخدمات فاتورة إلى Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تتلقى فاتورة. راجع الفصل رقم 7 لمعرفة ماذا تفعل إذا تلقيت فاتورة من أحد مقدمي الخدمة.

يرجى التذكر أنه بالنسبة لخدمات الصحة العقلية التي قد تتلقاها من خطة الصحة العقلية للمقاطعة (MHP)، سوف تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal الخاصة بك للحصول على هذه الخدمات.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

ي.2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات

يضم دليل مقدمي الخدمات والصيدليات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكة برنامج Health Net Cal MediConnect. بصفتك عضوًا في خطتنا، يتعين عليك الاستعانة بمقدمي الخدمة للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية. وتوجد بعض الاستثناءات عند الانضمام لأول مرة إلى خطتنا (انظر الصفحة 12).

يمكنك طلب الحصول على دليل مقدمي الرعاية والصيدليات من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711 من الساعة 8 ص حتى 8 م، من الإثنين إلى الجمعة). يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. كما يمكنك الاطلاع على دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على mmp.healthnetcalifornia.com أو تنزيله من هذا الموقع الإلكتروني.

وبإمكان كل من خدمات الأعضاء والموقع الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات الحاصلة بشأن مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا. ويسرد هذا الدليل أخصائيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء والمرضى الممارسين والأخصائيين النفسيين) والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات) ومقدمي الدعم (مثل مقدمي الخدمات الصحية النهارية للبالغين ومقدمي الخدمات الصحية المنزلية) الذين قد يمكنك مقابلتهم كونك عضوًا في Health Net Cal MediConnect. كما نضم صيدليات يمكنك الاستفادة منها للحصول على أدوية طبية موصوفة. وتتضمن الصيدليات المدرجة في الدليل صيدليات التجزئة والطلب عبر البريد والحقن المنزلي والرعاية طويلة الأمد (LTC).

تعريف مقدمي الخدمات بالشبكة

- يشمل مقدمو الخدمات بشبكة Health Net Cal MediConnect كل من:
 - الأطباء والمرضى ومتخصصي الرعاية الصحية الآخرين الذين يمكنك زيارتهم كونك عضوًا في خطتنا؛
 - العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض وغير ذلك من الأماكن التي تقدم الخدمات الصحية في خطتنا،
 - الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد وخدمات الصحة السلوكية ووكالات الصحة المنزلية ولوازم المعدات الطبية المعمرة وغير ذلك ممن يقدمون البضائع والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medicare أو Medi-Cal.
- وافق مقدمو الخدمات بالشبكة على قبول الدفع من خطتنا من أجل الخدمات المشمولة بالتغطية في شكل الدفع الكامل.

تعريف صيدليات الشبكة

- صيدليات الشبكة هي الصيدليات (متاجر الأدوية) التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيدليات للعثور على صيدلية تابعة للشبكة تود التعامل معها.
 - باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن تصرف وصفاتك الطبية في واحدة من صيدليات شبكتنا إذا كنت تريد أن تساعدك خطتنا في سداد تكلفتها.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، لمزيد من المعلومات. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. وبإمكان كل من خدمات الأعضاء والموقع الإلكتروني الخاص بـ Health Net Cal MediConnect تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات الحاصلة بشأن مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا.



ي.3. قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية

تحتوي الخطة على قائمة الأدوية المشمولة. نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا. توضح لك هذه القائمة الأدوية المقررة بوصفة طبية المشمولة في برنامج Health Net Cal MediConnect.

كما توضح لك قائمة الأدوية أيضًا ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي أدوية، مثل حد المقدار الذي يمكنك الحصول عليه. راجع الفصل رقم 5 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول هذه القواعد والقيود.

سوف نرسل إليك سنويًا معلومات حول كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، إلا أنه قد تحدث بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية المشمولة بالتغطية، تفضل بزيارة mmp.healthnetcalifornia.com أو اتصل على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

ي.4. شرح المزايا

عند استخدامك مزايا أدوية الوصفات الطبية من الجزء د، فسوف نرسل إليك تقريرًا ملخصًا لمساعدتك في فهم وتتبع عمليات سداد تكاليف أدوية الوصفة الطبية من الجزء د. ويطلق على التقرير الملخص هذا اسم *شرح المزايا (EOB)*.

يوضح لك EOB المبلغ الإجمالي الذي أنفقته على الأدوية الموصوفة، أو ما أنفقته الآخرون بالنيابة عنك، من الجزء د والمبلغ الإجمالي الذي دفعناه لكل دواء من الأدوية الموصوفة من الجزء د خلال الشهر. يحتوي شرح المزايا على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. يوفر لك الفصل 6 مزيدًا من المعلومات حول EOB وكيف يمكنه مساعدتك في متابعة تغطية أدويةك.

ويوفر أيضًا شرح المزايا عند الطلب. للحصول على نسخة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



ك. كيفية المحافظة على سجل عضويتك محدثاً

يمكنك المحافظة على سجل عضويتك محدثاً من خلال السماح لنا بمعرفة تغيير معلوماتك.

يحتاج مقدمو خدمات الشبكة وصيدياتها إلى التعرف على المعلومات الصحيحة عنك. إنهم يستخدمون سجل عضويتك للتعرف على الخدمات والأدوية التي تحصل عليها وتكلفتها بالنسبة لك. ولذا، من المهم أن تقدم لنا العون في الحفاظ على معلوماتك محدثة.

أعلمنا بما يلي:

- إذا كان هناك أي تغيير في اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
- إذا كان هناك أي تغيير في أي تغطية تأمين صحي أخرى، على سبيل المثال، من جهة صاحب عملك أو صاحب عمل الزوج أو تعويض العمال.
- إذا كانت لديك أي مطالبات بالتعويض، مثل مطالبات حوادث السيارات.
- إذا تم إدخالك إلى دار ترميض أو مستشفى.
- إذا حصلت على رعاية في مستشفى أو غرفة طوارئ.
- إذا تغير مقدم الرعاية الخاص بك (أو أي شخص مسؤول عنك).
- إذا كنت جزءاً من دراسة بحثية سريرية.

في حال حدث أي تغيير في المعلومات، يرجى إعلامنا عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (PHI)

قد تتضمن المعلومات الموجودة في سجل العضوية الخاص بك معلومات صحية شخصية. تلتزمنا قوانين الولاية والقوانين الفيدرالية بالحفاظ على سرية معلوماتك الصحية الشخصية. ونضمن أن تتم حماية معلوماتك الصحية الشخصية. لمزيد من المعلومات حول كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية، انظر الفصل 8.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الفصل 2: أرقام هاتفية وموارد مهمة

مقدمة

يقدم لك هذا الفصل معلومات الاتصال الخاصة بالموارد المهمة التي يمكن أن تساعدك في الإجابة عن أسئلتك حول Health Net Cal MediConnect ومزايا الرعاية الصحية الخاصة بك. يمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك والآخرين الذين يمكنهم المطالبة نيابة عنك. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

21	أ. كيف يمكن الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect
21	1أ. متى يمكن الاتصال بخدمات الأعضاء
24	ب. كيفية الاتصال بمنسق رعايتك
25	ب1. متى يمكن الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك
28	ج. كيفية الاتصال بخط استشارات طاقم التمريض Nurse Advice Call Line
28	ج1. متى يمكن الاتصال بخط استشارات طاقم التمريض
29	د. كيفية الاتصال بخط الأزمات الصحية السلوكية
29	د1. متى يمكن الاتصال بخط الأزمات الصحية السلوكية
30	هـ. كيفية الاتصال ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)
30	هـ1. متى يمكن الاتصال ببرنامج HICAP
31	و. كيفية الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة (QIO)
31	و1. متى يمكن الاتصال بـ Livanta
32	ز. كيفية الاتصال بـ Medicare
33	ح. كيف يمكن الاتصال بخيارات الرعاية الصحية لبرنامج Medi-Cal
34	ط. كيفية الاتصال ببرنامج المظالم لدى Cal MediConnect
35	ي. كيفية الاتصال بالخدمات الاجتماعية للمقاطعة

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- ك. كيفية الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك 36
- ك1. اتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة للمقاطعة بشأن: 36
- ل. كيفية الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (California Department of Managed Health Care) 37
- م. موارد أخرى 38

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



أ. كيف يمكن الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect

اتصل على	1-855-464-3571 هذه المكالمات مجانية. يتوفر شخص للتحدث معك مباشرة، من يوم الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً. وبعد انتهاء ساعات العمل، وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.
الهاتف النصي	711 (خدمة التواصل الوطنية) هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه. ساعات العمل من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.
فاكس	1-800-281-2999 أو 1-866-461-6876
المراسلة	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
الموقع الإلكتروني	mmp.healthnetcalifornia.com

أ1. متى يمكن الاتصال بخدمات الأعضاء

- استفسارات عن الخطة
- استفسارات حول المطالبات أو الفواتير أو بطاقات هوية الأعضاء
- قرارات التغطية المتعلقة برعايتك الصحية
- قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية هو قرار يتعلق بما يلي:
 - مزاياك وخدماتك المشمولة بالتغطية أو
 - المبلغ الذي سندفعه مقابل خدماتك الصحية.
- اتصل بنا إذا كانت لديك استفسارات حول قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية.
- للاطلاع على المزيد حول قرارات التغطية، انظر الفصل رقم 9.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- طلبات الطعن المتعلقة برعايتك الصحية
 - يعتبر الطعن الطريقة الرسمية لطلب مراجعة قرار اتخذناه يتعلق بتغطيتك وطلب تغييره إذا اعتقدت بأننا ارتكبنا خطأ.
 - للاطلاع على المزيد حول تقديم الطعن، انظر الفصل رقم 9.
- الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية
 - يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد أي مقدم للخدمات (بما في ذلك مقدم الخدمة من الشبكة أو خارجها). مقدم الخدمة في الشبكة هو مقدم الخدمة الذي يعمل مع خطة الرعاية الصحية. يمكنك التقدم بشكوى فيما يتعلق بجودة الرعاية التي حصلت عليها إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (انظر القسم "و" أدناه).
 - يمكنك الاتصال بنا وشرح شكاوك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
 - إذا كانت شكاوك متعلقة بقرار تغطية خاص برعايتك الصحية، فيمكنك تقديم طعن (انظر القسم أعلاه).
 - يمكنك إرسال شكوى بخصوص برنامج Health Net Cal MediConnect إلى Medicare. يمكنك استخدام النموذج الموجود على الإنترنت المتاح على الموقع www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE لطلب المساعدة.
 - يمكنك تقديم شكوى بخصوص Health Net Cal MediConnect إلى برنامج Cal MediConnect Ombuds من خلال الاتصال على الرقم 1-855-501-3077 (الهاتف النصي: 1-855-847-7914).
 - للتعرف على المزيد حول تقديم شكوى فيما يتعلق برعايتك الصحية، انظر الفصل رقم 9.
- قرارات التغطية المتعلقة بأدويتك
 - قرار التغطية المتعلق بأدويتك هو قرار يتعلق بما يلي:
 - مزايك وأدويتك المشمولة بالتغطية، أو
 - المبلغ الذي سوف ندفعه مقابل أدويتك.
 - هذا ينطبق على أدوية الجزء د، وأدوية الوصفة الطبية لبرنامج Medi-Cal وأدوية Medi-Cal المتاحة بدون وصفة طبية.
 - للاطلاع على مزيد من المعلومات حول قرارات التغطية المتعلقة بأدوية الوصفات الطبية، انظر الفصل رقم 9.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- طلبات الطعن المتعلقة بأدويةك
 - يعد الطعن طريقة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.
 - لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم طعن حول الأدوية المتاحة بوصفة طبية عبر الهاتف، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
 - للاطلاع على مزيد من المعلومات حول تقديم طعن حول الأدوية المتاحة بوصفة طبية، انظر الفصل رقم 9.
- الشكاوى المتعلقة بأدويةك
 - يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي صيدلية. وهذا يشمل تقديم الشكاوى فيما يتعلق بأدوية الوصفة الطبية الخاصة بك.
 - إذا كانت شكاؤك متعلقة بقرار تغطية خاص بأدوية وصفتك الطبية، فيمكنك تقديم التماس. (انظر القسم أعلاه).
 - يمكنك إرسال شكوى بخصوص برنامج Health Net Cal MediConnect إلى Medicare. يمكنك استخدام النموذج الموجود على الإنترنت المتاح على الموقع www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. أو يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE لطلب المساعدة.
 - للاطلاع على مزيد من المعلومات حول تقديم شكوى بخصوص أدويةك الموصوفة، انظر الفصل رقم 9.
- السداد مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها بالفعل
 - للاطلاع على مزيد من المعلومات حول كيفية مطالبتنا برد المبلغ الذي دفعته، أو دفع فاتورة تلقيتها، انظر الفصل رقم 7.
 - إذا طالبتنا بسداد فاتورة وقمنا برفض أي جزء من طلبك، يمكنك الطعن ضد قرارنا. راجع الفصل رقم 9 لمزيد من المعلومات حول الالتماسات.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ب. كيفية الاتصال بمنسق رعايتك

منسق الرعاية الطبية هو الشخص الرئيسي الوحيد الذي يتعاون معك، ومع الخطة الصحية ومقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها. سيتم تخصيص منسق للرعاية الصحية ليهتم بأمرك عندما تصبح عضوًا في الخطة. سوف يتصل بك منسق الرعاية الخاص بك عند تسجيلك في خطتنا.

يمكن أن يعلمك قسم خدمات الأعضاء أيضًا كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك. يساعد منسق الرعاية في التوفيق ما بين خدمات الرعاية الصحية للوفاء باحتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. إنه يعمل بالتعاون معك لإعداد خطة رعايتك. كما يساعدك في تحديد من سينضم إلى فريق الرعاية الخاص بك. يوفر لك منسق الرعاية المعلومات التي تحتاج إليها لإدارة الرعاية الصحية. وهذا سيساعدك أيضًا في تحديد الخيارات المناسبة لك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.

إذا كنت تود تغيير منسق رعايتك أو كانت لديك أي استفسارات أخرى، يرجى الاتصال على الرقم الهاتفي المدون أدناه.

يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك قبل أن يتصل بك. اتصل على الرقم أدناه واطلب التحديث إلى منسق رعايتك.

<p>1-855-464-3571 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>من يوم الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً. وبعد انتهاء ساعات العمل، وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات، يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة التواصل الوطنية) هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p> <p>ساعات العمل من 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>	<p>المراسلة</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ب1. متى يمكن الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

- الاستفسارات المتعلقة برعايتك الصحية
 - الاستفسارات المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة)
 - الاستفسارات المتعلقة بالنقل
 - الاستفسارات المتعلقة بالخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS)
- تشمل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأجل خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) والمرافق التمريضية (NF).

أحيانًا يمكنك الحصول على المساعدة فيما يتعلق برعايتك الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية. ويمكن الحصول على هذه الخدمات:

- خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)،
- برامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)،
- الرعاية التمريضية الماهرة،
- العلاج الفيزيائي،
- العلاج الوظيفي،
- علاج التخاطب،
- الخدمات الاجتماعية الطبية،
- الرعاية الصحية المنزلية.

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS):

قد يكون أعضاء برنامج Medi-Cal الذين يعانون من إعاقة بدنية أو عقلية أو اجتماعية بعد سن 18 عامًا والذين قد يستفيدون من خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) مؤهلين.

يجب أن يستوفي الأعضاء المؤهلون واحدًا من المعايير التالية:

- الاحتياجات المهمة بشكل كافٍ للوفاء بمستوى المرفق التمريضي للرعاية أ (NF-A) أو أعلى
- إعاقة إدراكية من متوسطة إلى شديدة، بما في ذلك الزهايمر المتوسط حتى الشديد أو الخرف
- إعاقة في النمو

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إعاقة إدراكية من بسيطة إلى متوسطة، بما في ذلك الزهايمر أو الخرف والحاجة إلى المساعدة أو الإشراف في اثنين مما يلي:

- | | |
|----------------------------|----------------|
| ○ الاستحمام | ○ السير |
| ○ ارتداء الملابس | ○ التنقل |
| ○ الإطعام الذاتي | ○ تناول الدواء |
| ○ المساعدة في دخول المرحاض | ○ النظافة |

المرض النفسي المزمن أو إصابات الدماغ والحاجة إلى المساعدة أو الإشراف في اثنين مما يلي:

- | | |
|------------------|----------------------------|
| ○ الاستحمام | ○ المساعدة في دخول المرحاض |
| ○ ارتداء الملابس | ○ السير |
| ○ الإطعام الذاتي | ○ التنقل |

تناول الدواء أو الحاجة إلى المساعدة أو الإشراف في أحد الاحتياجات من القائمة أعلاه وأحد الأمور التالية:

- النظافة
- الإدارة المالية
- الوصول إلى الموارد
- إعداد الوجبات
- وسائل النقل والمواصلات

- توقع معقول بأن الخدمات الوقائية سوف تحافظ على المستوى الحالي للوظيفة أو تحسنه (على سبيل المثال في حالات إصابات الدماغ بسبب صدمة أو عدوى)
- احتمالية كبيرة لحدوث مزيد من التدهور والإيداع المحتمل بالمؤسسات في حالة عدم توفر خدمات البالغين المجتمعية (على سبيل المثال في حالات ورم المخ أو الخرف المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية)

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



برامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)،

لاستحقاق التسجيل في برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)، يجب على أعضاء Medi-Cal استيفاء جميع المعايير التالية:

- بلوغ سن 65 عامًا أو أكثر
- التصديق على الإيداع في أحد مرافق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF)
- العيش في مقاطعة فيها موقع لبرنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض والإقامة في نطاق خدمة الموقع
- الملائمة لخدمات إدارة الرعاية
- القدرة على تلقي الخدمة في إطار حدود تكلفة برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض

المرافق التمريضية (NF):

يجب أن يكون الأعضاء في حاجة إلى رعاية طبية على مدار 24 ساعة قصيرة الأجل أو طويلة الأجل موصوفة من قبل طبيب لاستحقاق الرعاية طويلة الأجل (LTC) أو الإيداع في مرفق رعاية تمريضية ماهرة (SNF).

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



ج. كيفية الاتصال بخط استشارات طاقم التمريض Nurse Advice Call Line

خط استشارات طاقم التمريض في Health Net Cal MediConnect عبارة عن تدريب هاتفي مجاني ومشورة تمريضية من قبل أطباء سريريين مُدرّبين يتوفرون على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ويقدم خط استشارات طاقم التمريض تقييمات رعاية صحية مباشرة لمساعدة العضو في تحديد مستوى الرعاية المطلوبة في تلك اللحظة. ويوفر الأطباء السريريون الاستشارات الفردية والرد على التساؤلات الصحية ودعم إدارة الأعراض التي تمكن الأعضاء من اتخاذ قرارات يقينية ومناسبة فيما يتعلق بالرعاية والعلاج. بإمكان الأعضاء الوصول إلى خط استشارات طاقم التمريض بالاتصال على رقم خدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect الموجود على الجانب الخلفي لبطاقة هوية الأعضاء.

<p>اتصل على 1-855-464-3571 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>يتم توفير التدريب والاستشارات التمريضية من قبل أطباء سريريين مدربين على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>الهاتف النصي: 711 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p> <p>يتم توفير التدريب والاستشارات التمريضية من قبل أطباء سريريين مدربين على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>الهاتف النصي</p>

ج1. متى يمكن الاتصال بخط استشارات طاقم التمريض

- الاستفسارات المتعلقة برعايتك الصحية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



د. كيفية الاتصال بخط الأزمات الصحية السلوكية

تشغل Managed Health Network (MHN) خطاً للأزمات الصحية السلوكية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع من أجل الأعضاء الذين يحتاجون إلى مثل هذا النوع من المساعدة. يمكن للأعضاء في أي وقت خلال المكالمات أن يطلبوا التحدث مع طبيب سريري مرخص، والذي يمكنه مساعدتهم في الحصول على الخدمات التي يحتاجونها. يمكن للأعضاء الوصول إلى خط الأزمات هذا عن طريق الاتصال بأحد الأرقام الواردة أدناه.

<p>1-855-464-3571 هذه المكالمات مجانية.</p> <p>يتم توفير أطباء سريريين مرخصين متخصصين في الصحة السلوكية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.</p> <p>تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجاناً للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة التواصل الوطنية) هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p> <p>يتم توفير أطباء سريريين مرخصين متخصصين في الصحة السلوكية على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع.</p>	<p>الهاتف النصي</p>

د1. متى يمكن الاتصال بخط الأزمات الصحية السلوكية

- الاستفسارات حول خدمات الصحة السلوكية وتعاطي المخدرات
- يوفر لك برنامج Health Net Cal MediConnect وصولاً على مدار الساعة إلى المعلومات والاستشارات الطبية. عندما تتصل، سوف يجيب متخصصو الصحة السلوكية على أسئلتك المتعلقة بالعافية. إذا كانت لديك حاجة صحية عاجلة لكن ليست طارئة، فيمكنك الاتصال على خط الأزمات الصحية السلوكية على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع في ما يتعلق بالأسئلة السريرية للصحة السلوكية.

للاستفسارات حول خدمات الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك، انتقل إلى الصفحة 36.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



هـ. كيفية الاتصال ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)

يوفر برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP)، استشارات التأمين الصحي المجانية للأفراد المشتركين في Medicare. يمكن لمستشاري برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. لدى برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي مستشارون مدربون في كل مقاطعة والخدمات مجانية.

لا يتصل برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

اتصل على	1-213-383-4519 داخل مقاطعة Los Angeles: 1-800-824-0780 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً.
الهاتف النصي	داخل مقاطعة Los Angeles: 711 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.
المراسلة	HICAP Center for Health Care Rights 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057
الموقع الإلكتروني	www.healthcarerights.org

1-هـ. متى يمكن الاتصال ببرنامج HICAP

- استفسارات متعلقة بخطة Cal MediConnect أو بخطة Medicare
 - يمكن لمستشاري برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) الإجابة على أسئلتك حول التغيير إلى خطة جديدة ومساعدتك في:
 - فهم حقوقك،
 - فهم خيارات خطتك،
 - تقديم الشكاوى فيما يتعلق برعايتك الصحية أو علاجك، و
 - تسوية مشكلاتك المتعلقة بفواتيرك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



و. كيفية الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة (QIO)

لدى الولاية مؤسسة تسمى Livanta. تتكون هذه المجموعة من أطباء ومتخصصين آخرين في الرعاية الصحية يقدمون العون في تحسين جودة الرعاية للأفراد المشتركين في Medicare. إن Livanta غير مرتبطة بخطتنا.

اتصل على	1-877-588-1123
الهاتف النصي	1-855-887-6668 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.
المراسلة	Livanta BFCC-QIO Program 10820 Guilford Road, Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	www.livantaqio.com

و1. متى يمكن الاتصال بـ Livanta

- الاستفسارات المتعلقة برعايتك الصحية

○ يمكنك تقديم شكوى فيما يتعلق بالرعاية التي تلقيتها في حال:

- كانت لديك مشكلة فيما يتعلق بجودة الخدمة، أو
- كنت تعتقد أن إقامتك بالمستشفى تنتهي في وقت مبكر، أو
- كنت تعتقد أن رعايتك الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) تنتهي في وقت مبكر.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



ز. كيفية الاتصال بـ Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأفراد البالغين من العمر 65 عامًا أو أكبر وبعض الأفراد الأقل من 65 عامًا الذين يعانون من بعض الإعاقات فضلاً عن الأفراد المصابين بالمرحلة النهائية للمرض الكلوي (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل كلوي أو زراعة كلوي).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid أو CMS.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>مكالمات هذا الرقم مجانية، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>1-877-486-2048. هذه المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>www.medicare.gov</p> <p>هذا هو الموقع الإلكتروني الرسمي لـ Medicare. إنه يعطيك معلومات محدثة حول Medicare. كما يضم معلومات حول المستشفيات والدور التمريضية والأطباء والوكالات الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى. كما يضم كتيبات يمكنك طباعتها مباشرة من حاسوبك. كما يمكنك أيضًا العثور على جهات اتصال Medicare في ولايتك من خلال تحديد "النماذج والمساعدة والموارد" ثم النقر فوق "الأرقام الهاتفية والمواقع الإلكترونية".</p> <p>يشتمل موقع Medicare الإلكتروني على الأداة التالية لمساعدتك في العثور على الخطط في منطقتك:</p> <p>أداة العثور على خطة Medicare: توفر معلومات مخصصة حول خطط أدوية الوصفات الطبية الخاصة ببرنامج Medicare والخطط الصحية لـ Medicare وسياسات Medigap (التأمين التكميلي لـ Medicare) في منطقتك. اختر "العثور على الخطط".</p> <p>إذا لم يكن لديك حاسوب، يمكن لمكتبك المحلية أو مركز كبار مساعدتك في زيارة الموقع الإلكتروني باستخدام حاسوبه. أو يمكنك الاتصال على Medicare على الرقم المتاح أعلاه وإخبارهم عن المعلومات تبحث عنها. سوف يعثرون على المعلومات على الموقع الإلكتروني، ويقومون بطباعتها وإرسالها إليك.</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ح. كيف يمكن الاتصال بخيارات الرعاية الصحية لبرنامج Medi-Cal

يمكن لخيارات الرعاية الصحية لبرنامج Medi-Cal مساعدتك إذا كانت لديك استفسارات تتعلق باختيار خطة في Cal MediConnect أو مسائل أخرى تتعلق بالتسجيل.

اتصل على	1-844-580-7272 يتوفر ممثلو خيارات الرعاية الصحية ما بين الساعة 8:00 صباحًا والساعة 6:00 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة.
الهاتف النصي	1-800-430-7077 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.
المراسلة	California Department of Health Care Services Health Care Options P.O. Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850
الموقع الإلكتروني	www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ط. كيفية الاتصال ببرنامج المظالم لدى Cal MediConnect

يعمل برنامج Cal MediConnect Ombuds كجهة دفاع بالنيابة عنك. يمكنه الإجابة على أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنه مساعدتك في فهم ما ينبغي فعله. يمكن لبرنامج Cal MediConnect Ombuds أيضًا مساعدتك في المشاكل المتعلقة بالخدمة أو الفواتير. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير مرتبط بخطتنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. خدماتهم مجانية.

<p>اتصل على 1-855-501-3077 هذه المكالمة مجانية. من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، باستثناء أيام العطلات.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، باستثناء أيام العطلات. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County Health Consumer Center 13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331 1102 East Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205 3629 Santa Anita Avenue El Monte, CA 91731</p>	<p>المراسلة</p>
<p>calduals.org/background/cal-medicconnect/problem-resolution/ombudsman/</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمة مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com



ي. كيفية الاتصال بالخدمات الاجتماعية للمقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في الخدمات التي تقدم الخدمات الاجتماعية للمقاطعة المساعدة من أجلها، مثل المزايا المطبقة، فاتصل بدائرة الخدمات الاجتماعية المحلية بمقاطعتك.

<p>اتصل على 1-866-613-3777 هذه المكالمات مجانية. باستثناء العطلات: من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:30 صباحًا إلى 7:30 مساءً. السبت، من الساعة 8:00 صباحًا وحتى 4:30 مساءً.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة التواصل الوطنية) هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>لمعرفة أقرب مكتب للخدمات الاجتماعية، ارجع إلى dpss.lacounty.gov/en/resources/offices.html أو راجع الصفحات البيضاء تحت عنوان حكومة المقاطعة في دليل الهاتف لديك.</p>	<p>المراسلة</p>
<p>dpss.lacounty.gov</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ك. كيفية الاتصال بخطة الصحة العقلية المتخصصة في مقاطعتك

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية للمقاطعة (MHP) إذا كنت تستوفي معايير الضرورة الطبية.

<p>قسم الصحة العقلية لمقاطعة لوس أنجلوس: 1-800-854-7771 هذه المكالمات مجانية. 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع تتوفر لدينا خدمات الترجمة الفورية مجانًا للأشخاص غير الناطقين بالإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة التواصل الوطنية) هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه. 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع</p>	<p>الهاتف النصي</p>

ك1. اتصل بخطة الصحة العقلية المتخصصة للمقاطعة بشأن:

- الاستفسارات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية المقدمة من المقاطعة
- للحصول على معلومات سرية مجانية تتعلق بالصحة العقلية وإحالات لمقدمي الخدمة والاستشارات الخاصة بالأزمات في أي يوم أو أي وقت، اتصل على الخط الساخن للوصول إلى قسم الصحة العقلية لمقاطعة Los Angeles.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ل. كيفية الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (California Department of Managed Health Care)

يتولى قسم الرعاية الصحية المدارة المسؤولية عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. سيساعدك مركز طلب المساعدة في قسم الرعاية الصحية المدارة في تقديم الطعون والشكاوى المتعلقة بخطتك الصحية بشأن خدمات Medi-Cal.

1-888-466-2219	اتصل على
يكون ممثلو قسم الرعاية الصحية المدارة متاحين من الساعة 8:00 صباحًا وحتى 6:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة.	
1-877-688-9891	الهاتف النصي
هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.	
Help Center California Department of Managed Health Care 980 Ninth Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725	المراسلة
1-916-255-5241	فاكس
www.dmhc.ca.gov	الموقع الإلكتروني

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



م. موارد أخرى

وكالات المنطقة التي تعنى بالمسنين

بإمكان وكالة منطقتك المحلية التي تعنى بالمسنين تزويدك بمعلومات وتقديم المساعدة لتنسيق الخدمات المتوفرة للبالغين الأكبر سنًا.

اتصل على	1-800-510-2020 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، باستثناء أيام العطلات
الهاتف النصي	711 (خدمة التواصل الوطنية) هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.
الموقع الإلكتروني	https://wdacs.lacounty.gov/programs/aaa/

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



دائرة خدمات الرعاية الصحية (DHCS)

كعضو في إطار خطتنا، أنت مؤهل لكل من Medicare وMedi-Cal (Medicaid) ويمثل Medi-Cal (Medicaid) برنامجًا مشتركًا بين الحكومة الفيدرالية والولاية حيث يساعد في التكاليف الطبية لبعض الأفراد محدودي الدخل والموارد. إذا كانت لديك استفسارات حول المساعدة التي تحصل عليها من Medi-Cal (Medicaid)، فاتصل بدائرة خدمات الرعاية الصحية (DHCS).

<p>1-888-452-8609 هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، باستثناء أيام العطلات</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة التواصل الوطنية) هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>www.dhcs.ca.gov/individuals</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الضمان الاجتماعي

يعد الضمان الاجتماعي مسؤولاً عن تحديد الأهلية والتعامل مع عملية التسجيل في برنامج Medicare. يكون المواطنون الأمريكيون البالغون من العمر 65 عامًا أو الذين يعانون من إعاقة أو في المرحلة النهائية من المرض الكلوي ويستوفون شروطًا محددة، مؤهلين لبرنامج Medicare. إذا كنت بالفعل تحصل على شيكات الضمان الاجتماعي، فالتسجيل في Medicare يكون تلقائيًا. إذا كنت لا تحصل على شيكات الضمان الاجتماعي، فيجب أن تسجل في برنامج Medicare. يتولى الضمان الاجتماعي عملية التسجيل الخاصة ببرنامج Medicare. للتقدم لبرنامج Medicare يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي.

يعد الضمان الاجتماعي مسؤولاً أيضًا عن تحديد من يجب عليهم دفع مبلغ إضافي لتغطية أدوية الجزء د نظرًا لأن لهم دخلًا أعلى. إذا حصلت على خطاب من الضمان الاجتماعي يخبرك بأنه يجب عليك سداد مبلغ إضافي وكانت لديك أسئلة تتعلق بالمبلغ أو إذا انخفض دخلك نظرًا لحدث غير مجرى الحياة، فيمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة النظر.

إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي، فمن المهم الاتصال لإبلاغ الضمان الاجتماعي.

<p>1-800-772-1213 هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً. يمكنك استخدام الخدمات الهاتفية التلقائية للضمان الاجتماعي للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>1-800-325-0778 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم يتطلب جهاز هاتف خاص وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو النطق. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 7:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>www.ssa.gov</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الفصل 3: استخدام تغطية الخطة لرعايتك الصحية وغيرها من الخدمات المغطاة

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المشمولة بالتغطية في Health Net Cal MediConnect. كما يخبرك أيضاً عن منسق الرعاية الخاص بك، وعن كيفية الحصول على الرعاية من مختلف أنواع مقدمي الخدمات وتحت بعض الظروف الخاصة (بما في ذلك من مقدمي الخدمات أو الصيدليات من خارج الشبكة)، وما يتعين عليك فعله عندما تتم محاسبتك مباشرة على الخدمات التي تغطيها خطتنا، وقواعد امتلاك المعدات الطبية المعمرة (DME). تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

43	أ. معلومات حول "الخدمات" و"الخدمات المشمولة بالتغطية" و"مقدمي الخدمة" و"مقدمي الخدمة بالشبكة".....
43	ب. قواعد الحصول على الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) المشمولة في تغطية الخطة.....
44	ج. معلومات عن منسق رعايتك.....
44	ج1. من هو منسق الرعاية.....
44	ج2. كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.....
45	ج3. كيف يمكنك تغيير منسق الرعاية الخاص بك.....
45	د. الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية، والمتخصصين وغير ذلك من مقدمي الرعاية الطبية بالشبكة ومقدمي الرعاية الطبية من خارج الشبكة.....
45	د1. الحصول على الرعاية من مقدم رعاية أولية.....
48	د2. كيفية الحصول على الرعاية من المتخصصين ومقدمي الخدمة الآخرين بالشبكة.....
49	د3. ما يجب فعله عندما يترك مقدم الخدمة خطتنا.....
49	د4. كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة.....
50	هـ. كيفية الحصول على الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS).....
50	و. كيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة).....
51	و1. ما هي خدمات الصحة السلوكية التابعة لبرنامج Medi-Cal المقدمة خارج برنامج Health Net Cal MediConnect عبر إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (الوقاية والسيطرة على اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) (DPH/SAPC).....



- 53 ز. كيفية الحصول على خدمات النقل.
- ح. كيفية الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية عندما يكون لديك حالة طبية طارئة أو في حاجة إلى رعاية عاجلة أو خلال كارثة..... 55
- 55 ح1. الحصول على الرعاية في الحالة الطبية الطارئة.
- 56 ح2. الحصول على الرعاية العاجلة.
- 57 ح3. الرعاية في أثناء الكوارث.
- 57 ط. ماذا تفعل في حال محاسبتك مباشرة على كامل تكلفة الخدمات المشمولة بالتغطية من خطتنا.
- 58 ط1. ما يتعين عليك فعله في حال كانت الخدمات غير مشمولة بتغطية خطتنا.
- 58 ي. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون مشتركاً في دراسة بحثية سريرية.
- 58 ي1. تعريف الدراسة البحثية السريرية.
- 59 ي2. الدفع مقابل الخدمات عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية.
- 59 ي3. معرفة المزيد عن الدراسات البحثية السريرية.
- 59 ك. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك عندما تحصل على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.
- 59 ك1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية.
- 59 ك2. الحصول على الرعاية من مؤسسة للرعاية الصحية الدينية غير الطبية.
- 60 ل. المعدات الطبية المعتمدة (DME):.....
- 60 ل1. المعدات الطبية المعتمدة كعضو في خطتنا.
- 60 ل2. ملكية المعدات الطبية المعتمدة عند التبديل إلى برنامج Original Medicare أو برنامج Medicare Advantage.....
- 61 ل3. مزايا معدات الأكسجين بصفتك عضواً في خطتنا.
- 61 ل4. الحصول على معدات الأكسجين عند التبديل إلى خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.....



أ. معلومات حول "الخدمات" و"الخدمات المشمولة بالتغطية" و"مقدمي الخدمة" و"مقدمي الخدمة بالشبكة"

تمثل الخدمات خدمات الرعاية الصحية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد والمستلزمات وخدمات الصحة السلوكية والأدوية المقررة بوصفها طبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية والمعدات وغير ذلك من الخدمات. الخدمات المشمولة بالتغطية هي أي من تلك الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. الرعاية الصحية المغطاة والصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأجل مدرجة في جدول الفوائد في الفصل رقم 4.

مقدمو الخدمة هم الأطباء والمرضات وغير ذلك من الأفراد الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. كما يشمل مصطلح مقدمي الخدمة أيضًا المستشفيات والوكالات الصحية المنزلية والعيادات وغير ذلك من الأماكن التي توفر لك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والمعدات الطبية وأنواع محددة من الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS).

مقدمو الخدمة بالشبكة هم مقدمو خدمة يعملون بالتعاون مع خطة الرعاية الصحية. وقد وافق مقدمو الخدمة على قبول سدادنا كسداد كامل. يقوم مقدمو الخدمة بالشبكة بمحاسبتنا مباشرة على الرعاية التي يقدمونها إليك. عندما تزور أحد مقدمي الخدمة في الشبكة، فأنت لا تدفع شيئاً عادةً مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية.

ب. قواعد الحصول على الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) المشمولة في تغطية الخطة

يغطي برنامج Health Net Cal MediConnect جميع الخدمات المشمولة من قبل برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal. وهذا يشمل خدمات الصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS).

سوف يدفع برنامج Health Net Cal MediConnect مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) إذا اتبعت قواعد الخطة. لكي تتم تغطيتك ضمن خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها ميزة من المزايا المدرجة بالخطة. وهذا يعني أنه يجب أن تكون متضمنة في مخطط فوائد الخطة. (الجدول في الفصل 4 من هذا الكتيب.)
- يجب أن يتم تقرير أن الرعاية ضرورية من الناحية الطبية. نقصد بتعبير ضرورية من الناحية الطبية، أنك تحتاج إلى خدمات لوقاية حالتك أو تشخيصها أو معالجتها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. وهذا يشمل الرعاية التي تقبك من الذهاب إلى المستشفى أو دار التمريض. كما أنها تعني أيضًا الخدمات أو اللوازم أو العقاقير التي نفي بمعايير مقبولة من الممارسة الطبية.
- بالنسبة للخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك مقدم رعاية أولية (PCP) من داخل الشبكة يطلب الرعاية أو يطلب منك زيارة طبيب آخر. كأحد أعضاء الخطة، يجب أن تختار مقدم خدمات يتبع الشبكة ليكون مقدم الرعاية الأولية (PCP).
 - في أغلب الأحيان، يجب أن يقدم لك مقدم الرعاية الأولية (PCP) التابع للشبكة موافقة قبل التمكن من زيارة شخص غيره أو الاستعانة بمقدمي الخدمة الآخرين في شبكة الخطة. وهذا ما يسمى الإحالة. في حال عدم الحصول على موافقة، لن يغطي برنامج Health Net Cal MediConnect الخدمات. لست بحاجة إلى إحالة لرؤية أخصائيين معينين، مثل المتخصصين في صحة المرأة. لمعرفة المزيد حول الإحالات، انظر الصفحة رقم 47.
 - ينتسب مقدمو الرعاية الأولية في خطتنا إلى مجموعات طبية. وعندما تختار مقدم رعايتك الأولية، فإنك تختار كذلك المجموعة الطبية المنتسب إليها. ويعني ذلك أن مقدم رعايتك الأولية سيقوم بإحالتك إلى أخصائيين وخدمات تنتسب كذلك إلى مجموعته الطبية. المجموعة الطبية هي مجموعة مكونة من مقدمي رعاية أولية ومتخصصين وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يعملون معًا ومتعاونين على العمل بالتعاون مع خطتنا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- لا تحتاج إلى الإحالة من مقدم رعايتك الأولية بالنسبة للرعاية الطارئة أو المطلوبة بشكل عاجل أو زيارة مقدم الرعاية الصحية للنساء. يمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية بدون إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP). لمعرفة المزيد حول ذلك، انظر الصفحة 47.
- لمعرفة المزيد حول اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP)، انظر الصفحة 46.
- **يجب أن تحصل على رعايتك من مقدمي الخدمة بالشبكة المنتسبين إلى المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك.** عادةً، لن تغطي الخطة الرعاية من مقدم رعاية لا يعمل بالتعاون مع الخطة الصحية والمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك. إليك بعض الحالات التي لا تطبق عليها هذه القاعدة:
 - تغطي هذه الخطة الرعاية الطارئة أو المطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمات من خارج الشبكة. لمعرفة المزيد والاطلاع على معنى الرعاية الطارئة أو المطلوبة بشكل عاجل، انظر القسم ح في الصفحة رقم 55.
 - إذا كنت بحاجة إلى الرعاية التي تغطيها خطتنا وليس بمقدور مقدمي الخدمة بشبكتنا تقديمها، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة. إذا كنت مطالبًا بزيارة مقدم رعاية من خارج الشبكة، سيطلب منك إذن مسبق. بمجرد الموافقة على الإذن، سيتم إبلاغ مقدم الخدمة الطالب ومقدم الخدمة الموافق على الرعاية بالإذن الموافق عليه. في هذه الحالة، سوف نغطي الرعاية بدون أي تكلفة عليك. لمعرفة كيفية الحصول على الموافقة لزيارة مقدم خدمات من خارج الشبكة، انظر القسم د في الصفحة رقم 45.
 - تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج نطاق خدمة الخطة لفترة وجيزة. يمكنك الحصول على هذه الخدمات في مرفق غسيل كلى معتمد من Medicare.
 - عند الانضمام إلى الخطة لأول مرة، يمكنك أن تطلب متابعة زيارة مقدمي الخدمة الحاليين الخاصين بك. نحن مطالبون بالموافقة على هذا الطلب، مع وجود بعض الاستثناءات، إذا تمكنا من إثبات أنه كانت لديك علاقة حالية مع مقدمي الخدمات (انظر الفصل 1، في الصفحة رقم 13). إذا وافقنا على طلبك، يمكنك متابعة زيارة مقدمي الخدمة الذين تزورهم حاليًا لمدة تصل إلى 12 شهرًا من أجل الخدمات. وخلال هذه الفترة، سوف يتصل بك منسق الرعاية لمساعدتك في العثور على مقدمي الخدمة في شبكتنا التابعين للمجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك. بعد 12 شهرًا، لا يمكننا تغطية رعايتك إذا تابعت زيارة مقدمي الخدمة من خارج شبكتنا غير المنتسبين إلى المجموعة الطبية لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك.

ج. معلومات عن منسق رعايتك

ج1. من هو منسق الرعاية

منسق الرعاية الطبية هو الشخص الرئيسي الوحيد الذي يتعاون معك، ومع الخطة الصحية ومقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها. يساعد منسق الرعاية في التوفيق ما بين خدمات الرعاية الصحية للوفاء باحتياجات الرعاية الصحية الخاصة بك. إنه يعمل بالتعاون معك لإعداد خطة رعايتك. كما يساعدك في تحديد من سينضم إلى فريق الرعاية الخاص بك. يوفر لك منسق الرعاية المعلومات التي تحتاج إليها لإدارة الرعاية الصحية. وهذا سيساعدك أيضًا في تحديد الخيارات المناسبة لك.

ج2. كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك

سيتم تخصيص منسق للرعاية الصحية ليهتم بأمرك عندما تصبح عضوًا في الخطة. سوف يتصل بك منسق الرعاية الخاص بك عند تسجيلك في خطتنا. يمكن أن يعلمك قسم خدمات الأعضاء أيضًا كيف يمكنك الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الاتصال بمنسق الرعاية الخاص بك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

ج3. كيف يمكنك تغيير منسق الرعاية الخاص بك

إذا كنت ترغب في تغيير منسق الرعاية الخاص بك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

د. الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الأولية، والمتخصصين وغير ذلك من مقدمي الرعاية الطبية بالشبكة ومقدمي الرعاية الطبية من خارج الشبكة

د1. الحصول على الرعاية من مقدم رعاية أولية

يجب أن تختار مقدم رعاية أولية ليوفر لك الرعاية ويدير حالتك. مقدمو الرعاية الأولية في خطتنا تابعون لمجموعات طبية. وعندما تختار مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، فإنك تختار كذلك المجموعة الطبية التابع لها.

تعريف "مقدم الرعاية الأولية (PCP)" وما يقدمه لك

عندما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب أن تختار مقدم خدمة تابع لشبكة Health Net Cal MediConnect ليكون مقدم الرعاية الأولية لك (PCP). مقدم الرعاية الأولية (PCP) هو طبيب يستوفي متطلبات الولاية ومدرب ليقدم لك الرعاية الطبية الأساسية. ويشمل تعريف مقدم الرعاية الأولية الأطباء الذين يقدمون الرعاية الطبية العامة و/أو العائلية واختصاصيو الطب الباطني وأطباء النساء والتوليد الذين يوفرون الرعاية للنساء.

سوف تحصل على أكبر قدر من رعايتك الروتينية أو الأساسية من مقدم الرعاية الأولية (PCP). كما سيساعدك مقدم الرعاية الأولية أيضًا في الترتيب لباقي الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو بالخطة. ويشمل هذا:

- الأشعة السينية،
- الفحوصات المخبرية،
- العلاجات،
- الرعاية من الأطباء المتخصصين،
- الدخول إلى المستشفى،
- رعاية المتابعة.

تشمل عملية "التنسيق" للخدمات المغطاة الفحص أو الاستشارة لدى مقدمي الخدمة الآخرين بالخطة في ما يتعلق برعايتك وكيفية سريانها. إذا كنت بحاجة إلى أنواع محددة من الخدمات أو اللوازم المغطاة، يجب أن تحصل على موافقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP) (مثل تقديم الإحالة لزيارة متخصص). للحصول على خدمات معينة، سوف يحتاج مقدم الرعاية الأولية للحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة). إذا كانت الخدمة التي تحتاج إليها تتطلب إذنًا مسبقًا، فسوف يطلب مقدم الرعاية الأولية (PCP) الإذن من خطتنا أو مجموعتك الطبية. نظرًا لأن مقدم الرعاية الأولية (PCP) سوف يقدم لك الرعاية الطبية ويعمل على تنسيقها، يجب أن يكون لديك جميع السجلات الطبية السابقة المرسله إلى مكتب مقدم الرعاية الأولية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ووفقاً لما أوضحنه أعلاه، سوف تزرور في العادة مقدم الرعاية الأولية أولاً للحصول على أغلب احتياجات الرعاية الصحية الروتينية. عندما يعتقد مقدم الرعاية الأولية أنك بحاجة إلى علاج متخصص، فسوف يقدم لك إحالة (بموافقة مسبقة) لزيارة متخصص أو غيره من مقدمي الخدمة المعيّنين ضمن الخطة. هناك فقط بعض أنواع من الخدمات المغطاة يمكنك الحصول عليها بدون الحصول على موافقة من مقدم الرعاية الأولية PCP أولاً، كما نوضح أدناه.

لكل عضو مقدم رعاية أولية (PCP). يمكن أن يكون مقدم الرعاية الأولية (PCP) عيادة. يمكن للنساء اختيار عيادة طب النساء والتوليد (OB/GYN) أو عيادة تنظيم أسرة كمقدم للرعاية الأولية (PCP).

يمكنك اختيار ممارس طبي غير طبيب ليكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. يشمل الممارسون من غير الأطباء القابلات المعتمدات من الممرضات والممرضات الممارسات المعتمدات ومساعدتي الأطباء. سيتم الربط بينك وبين مقدم الرعاية الأولية المشرف، لكنك سوف تستمر في تلقي الخدمات من الممارس المختار من غير الأطباء. يسمح لك بتغيير اختيارك من الممارسين من خلال تغيير مقدم الرعاية الأولية المشرف. ستتم طباعة بطاقة التعريف الخاصة بك باسم مقدم الرعاية الأولية المشرف. قد تتمكن من الحصول على أخصائي للعمل كمقدم لرعايتك الأولية PCP. يجب أن يكون الأخصائي مستعداً لتوفير الرعاية التي تحتاجها وقادراً على ذلك.

اختيار مركز صحي مؤهل فيدرالياً (FQHC) أو عيادة صحية ريفية (RHC) كمقدم للرعاية الأولية (PCP)

يمكن للمركز الصحي المؤهل فيدرالياً (FQHC) أو العيادة الصحية الريفية (RHC) أن يكون مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاصة بك. تعد المراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FQHC) والعيادة الصحية الريفية (RHC) مراكز صحية تقدم خدمات الرعاية الأولية. اتصل بخدمات الأعضاء للاطلاع على الأسماء والعناوين الخاصة بالمراكز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FQHCs) والعيادات الصحية الريفية (RHCs) التي تعمل بالتعاون مع برنامج Health Net Cal MediConnect أو ابحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

اختيارك لمقدم الرعاية الأولية

عند التسجيل في خطتنا، سوف تختار مجموعة طبية متعاقدة من شبكتنا. المجموعة الطبية هي مجموعة مكونة من مقدمي رعاية أولية ومتخصصين وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية الذين يعملون معاً ومتعاقدين على العمل بالتعاون مع خطتنا. كما ستختار مقدم رعاية أولية (PCP) من هذه المجموعة الطبية المتعاقدة. الذي يسهل عليك الوصول إلى عيادته. يمكنك طلب مقدم رعاية أولية (PCP) في حدود 10 ميلاً أو 30 دقيقة من مكان سكنك أو عملك. يمكن العثور على المجموعات الطبية (ومقدمي الرعاية الأولية والمستشفيات التابعة لها) في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان mmp.healthnetcalifornia.com. للتأكد من توفر مقدم خدمة، أو للسؤال عن مقدم رعاية أولية محدد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

تقوم كل مجموعة طبية ومقدم للرعاية الصحية (PCP) بإجراء الإحالات إلى متخصصين محددتين تابعين للخطة فضلاً عن استخدام مستشفيات محددة في إطار شبكتهم. إذا كان هناك متخصص معين بالخطة أو مستشفى تود استخدامها، فتحقق أولاً للتأكد من أن المتخصصين والمستشفيات ضمن المجموعة الطبية وشبكة مقدمي الرعاية الأولية (PCP). اسم عيادة مقدم الرعاية الأولية (PCP) ورقم هاتفها مطبوعان على بطاقة عضويتك.

إذا لم تختار مجموعة طبية أو مقدمًا للرعاية الأولية (PCP) أو اخترت مجموعة طبية أو مقدم للرعاية الطبية غير متاح ضمن الخطة، فسوف نخصص تلقائياً لمجموعة طبية ومقدم للرعاية الطبية (PCP) بالقرب من منزلك.

للحصول على معلومات حول كيفية تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)، يرجى الاطلاع على "تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP)" أدناه.

خيار تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) لأي سبب، في أي وقت. ويمكن كذلك لمقدم الرعاية الأولية (PCP) ترك شبكة خطتنا. في حال ترك مقدم الرعاية الأولية (PCP) شبكة خطتنا، يمكننا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية أولية (PCP) ضمن شبكة خطتنا إذا ترك مقدم الرعاية الخاص بك شبكتنا.

يكون طلبك ساريًا في أول يوم من الشهر التالي عقب تاريخ تلقي خطتنا لطلبك. لتغيير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية، أو يمكنك زيارة موقعنا mmp.healthnetcalifornia.com لتقديم طلبك.

عندما تتصل بنا، تأكد من إعلامنا إذا كنت تتابع مع أي متخصصين أو تحصل على خدمات أخرى مشمولة تحتاج إلى موافقة مقدم الرعاية الأولية (PCP) (مثل خدمات الرعاية المنزلية والمعدات الطبية المعمرة). سوف يعلمك قسم خدمات الأعضاء بكيفية مواصلتك للرعاية المتخصصة وغير ذلك من الخدمات التي حصلت عليها عند تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP). كما سوف يتحققون للتأكد مما إذا كان مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي ترغب في التحويل إليه يقبل مرضى جدد. سوف يغير قسم خدمات الأعضاء سجل عضويتك لإثبات اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الجديد وإعلامك بموعد سريان التغيير.

كما سوف يرسل لك القسم بطاقة عضوية توضح اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الجديد ورقم هاتفه.

تذكر أن مقدمي الرعاية الأولية في خطتنا تابعون لمجموعات طبية. وفي حال قمت بتغيير مقدم رعايتك الأولية، ربما تقوم كذلك بتغيير المجموعات الطبية. وعند طلبك إجراء التغيير، احرص على إخبار خدمات الأعضاء إذا ما كنت تراجع أخصائي أو تتلقى خدمات أخرى مشمولة تتطلب موافقة مقدم الرعاية الأولية. سيساعدك قسم خدمات الأعضاء على التأكد من إمكانية قيامك بمواصلة الرعاية المتخصصة وغير ذلك من الخدمات التي حصلت عليها عند تغيير مقدم الرعاية الأولية.

خدمات يمكنك الحصول عليها بدون الحصول على الموافقة المسبقة من مقدم الرعاية الأولية (PCP)

في أغلب الأحيان، يجب أن يقدم لك مقدم الرعاية الأولية موافقة قبل التمكن من زيارة مقدمي خدمة آخرين. وهذا ما يسمى بالإحالة. يمكنك الحصول على الخدمات مثل الخدمات المدرجة أدناه بدون الحصول على الموافقة أولاً من مقدم الرعاية الأولية (PCP):

- خدمات الطوارئ من مقدم الخدمة بالشبكة أو من مقدمي الخدمة خارج الشبكة.
- الرعاية العاجلة من مقدمي الخدمة بالشبكة.
- الرعاية العاجلة من مقدمي الخدمة من خارج الشبكة عند عدم التمكن من الوصول إلى مقدمي الخدمة بالشبكة، عندما (تكون خارج نطاق خدمة الخطة).
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من مرفق غسيل معتمد لدى Medicare عندما تكون خارج نطاق خدمة الخطة. (يرجى الاتصال على خدمات الأعضاء قبل مغادرة نطاق الخدمة. يمكننا المساعدة في حصولك على غسيل الكلى أثناء وجودك خارج نطاق الخدمة).
- لقاحات الأنفلونزا ولقاحات الالتهاب الرئوي، طالما كنت تحصل عليها من مقدم الخدمة بالشبكة.
- الرعاية الصحية الروتينية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. ويشمل هذا فحص الثدي وصور الثدي الشعاعية (الأشعة السينية للثدي) واختبارات الكشف عن سرطان الرحم وفحوصات منطقة الحوض طالما كنت تحصل عليها من مقدم خدمة تابع للشبكة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

- بالإضافة إلى ذلك، إذا كنت مؤهلاً لتلقي الخدمات من مقدمي الخدمات الصحية الهنود (أي الأميركيين الأصليين)، يمكنك زيارة مقدمي الخدمة هؤلاء بدون إحالة.
- خدمات تنظيم الأسرة من مقدمي خدمة من داخل الشبكة وخارجها.
- الرعاية الأساسية قبل الولادة وخدمات الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي واختبار فيروس نقص المناعة البشرية.

راجع الفصل 4 للحصول على تفاصيل حول الخدمات المشمولة بالتغطية التي قد تتطلب موافقة مسبقة (إحالة) من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.

د2. كيفية الحصول على الرعاية من المتخصصين ومقدمي الخدمة الآخرين بالشبكة

المتخصص هو طبيب يوفر الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. هناك أنواع متعددة من المتخصصين. إليك بعض الأمثلة:

- رعاية أخصائي الأورام للمرضى المصابين بالسرطان.
- رعاية أطباء القلب للمرضى المصابين بمشاكل في القلب.
- رعاية جراحي تقويم العظام للمرضى الذين يعانون من مشكلات تتعلق بالعظام، أو المفاصل أو العضلات.

لزيرة طبيب متخصص، عادةً ما تحتاج للحصول على موافقة مقدم الرعاية الأولية (PCP) أولاً (يطلق على هذا مصطلح "الإحالة" لطبيب متخصص). من المهم للغاية الحصول على إحالة (الموافقة المسبقة) من مقدم الرعاية الأولية (PCP) قبل زيارة متخصص تابع للخطة أو مقدمي خدمة آخرين معينين (هناك بعض الاستثناءات، بما في ذلك الرعاية الصحية الروتينية للنساء). إذا لم يكن لديك إحالة (موافقة مسبقة) قبل الحصول على الخدمات من متخصص، فقد يتوجب عليك الدفع مقابل هذه الخدمات بنفسك.

إذا كان المتخصص يريد منك العودة مرة أخرى لمزيد من الرعاية، فتتحقق أولاً للتأكد من أن الإحالة (الموافقة المسبقة) التي حصلت عليها من مقدم الرعاية الأولية (PCP) للزيارة الأولى تغطي مزيداً من الزيارات للطبيب المتخصص.

تقوم كل مجموعة طبية ومقدم للرعاية الصحية (PCP) بإجراء الإحالات إلى متخصصين محددين تابعين للخطة فضلاً عن استخدام مستشفيات محددة في إطار شبكتهم. وهذا يعني أن المجموعة الطبية ومقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تختاره يمكنهما تحديد الأطباء المتخصصين والمستشفيات التي يمكنك استخدامها. إذا كان هناك متخصصين محددين أو مستشفيات محددة ترغب في استخدامها، فتأكد مما إذا كانت المجموعة الطبية أو مقدم الرعاية الأولية (PCP) يستخدمان هؤلاء المتخصصين أو المستشفيات. يمكنك عمومًا تغيير مقدم الرعاية الأولية (PCP) في أي وقت إذا كنت ترغب في زيارة متخصص تابع للخطة أو الذهاب إلى مستشفى لا يمكن لمقدم الرعاية الأولية (PCP) إحالتك إليها. في هذا الفصل، تحت عنوان "خيار تغيير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك"، سنخبرك بكيفية تغيير مقدم الرعاية الأولية.

سوف تتطلب بعض أنواع الخدمات الحصول على الموافقة المسبقة من خطتنا أو مجموعتك الطبية (وهذا ما يسمى بالحصول على "الإذن المسبق"). يعد الإذن المسبق عملية تصديق تتم قبل الحصول على خدمات معينة. إذا كانت الخدمة التي تحتاج إليها تتطلب إذنًا مسبقًا، فسوف يطلب مقدم الرعاية الأولية (PCP) أو مقدم خدمة آخر بالشبكة الإذن من خطتنا أو مجموعتك الطبية. ستتم مراجعة الطلب وسيتم إرسال قرار إليك (قرار المؤسسة) ولمقدم خدمتك. انظر مخطط المزايا في الفصل رقم 4 من هذا الكتيب للحصول على خدمات معينة تتطلب إذنًا مسبقًا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

د3. ما يجب فعله عندما يترك مقدم الخدمة خطتنا

يمكن لمقدم خدمة تابع للشبكة وتتعامل معه أن يترك الخطة. إذا قام أحد مقدمي الخدمة بترك خطتنا، فلك حقوق وحصانات محددة وهي ملخصة أدناه:

- على الرغم من أن شبكة مقدمي الخدمة قد تتغير خلال السنة، علينا توفير إمكانية وصول غير منقطعة إلى مقدمي الخدمة المؤهلين.
- سنرسل لك إشعارًا قبل 30 يومًا على الأقل كي يتسنى لك اختيار مقدم خدمة جديد.
- سنساعدك في اختيار مقدم خدمة مؤهل جديد للاستمرار بإدارة حاجات رعايتك الصحية.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي، فلك الحق في طلب، وسنعمل معك للتأكد من، عدم انقطاع العلاج الضروري طبيًا الذي تتلقاه.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل مقدم الخدمة القديم بمقدم خدمة آخر مؤهل أو أن رعايتك غير مدارة بصورة مناسبة، فلك الحق في الطعن على قرارنا.

إذا علمت أن أحد مقدمي الخدمة سيترك خطتنا، يُرجى الاتصال بنا كي نساعدك في إيجاد مقدم خدمة جديد وإدارة رعايتك. للمساعدة، يرجى الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

د4. كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة

إذا كان هناك نوع محدد من الخدمات تحتاج إليه وكان غير متوفر في شبكة خطتنا، فسوف تحتاج إلى الحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة) أولاً. سوف يطلب مقدم الرعاية الأولية (PCP) إذنًا مسبقًا من خطتنا أو مجموعتك الطبية.

من المهم الحصول على الموافقة مسبقًا قبل زيارة مقدم الخدمات من خارج الشبكة أو تلقي خدمات من خارج شبكتنا (باستثناء الرعاية الطارئة والرعاية العاجلة وخدمات الغسيل الكلوي التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج نطاق خدمة الخطة بشكل مؤقت). إذا لم تحصل على الموافقة المسبقة، فربما يتعين عليك الدفع مقابل هذه الخدمات بنفسك.

للحصول على معلومات حول الرعاية الطارئة والرعاية العاجلة، يرجى الرجوع إلى القسم "ح" في هذا الفصل.

إذا قمت بزيارة مقدم خدمات من خارج الشبكة، يجب أن يكون مقدم الخدمة مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medicare و/أو Medicaid.

- لا يمكننا الدفع لمقدم خدمة غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare و/أو Medi-Cal.
- إذا قمت بزيارة مقدم خدمة غير مؤهل للمشاركة في Medicare، يجب أن تدفع التكلفة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها.
- يجب أن يخبرك مقدمو الخدمة إذا لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في Medicare.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

هـ. كيفية الحصول على الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS)

تشمل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) والمرافق التمريضية (NF). قد يتم تلقي الخدمات في المنزل أو المجتمع أو في المرفق. الأنواع المختلفة من الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) مفصلة أدناه:

- **خدمات البالغين المجتمعية (CBAS):** هو برنامج للخدمة المعتمدة على المرفق للمرضى الخارجيين يوفر الرعاية التمريضية الماهرة والخدمات الاجتماعية والعلاج المهني وعلاج التخاطب والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائلة/مقدم الرعاية وخدمات التغذية والنقل وغير ذلك من الخدمات إذا كنت تفي بمعايير الأهلية السارية.
- **برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP):** وهو برنامج خاص بكاليفورنيا يوفر خدمات منزلية ومجتمعية (HCBS) للعلاء الضعاف من كبار السن المؤهلين لوضعهم في مرفق رعاية تمريضية إلا أنهم يرغبون البقاء في المجتمع.
 - يمكن للأفراد المؤهلين لبرنامج Medi-Cal ويبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر ويعانون من إعاقات التأهل لهذا البرنامج. ويعتبر هذا البرنامج بديلاً لوضعهم في مرفق رعاية تمريضية.
 - تشمل خدمات برنامج خدمات المسنين متعددة الأغراض على سبيل المثال لا الحصر: الرعاية النهارية للبالغين/مركز الدعم، المساعدة السكنية مثل التكيف البدني والأجهزة المساعدة، المساعدة بالرعاية اليومية والشخصية والإشراف الوقائي وإدارة الرعاية وغيرها من الخدمات.
- **مرفق الرعاية التمريضية (NF):** هو مرفق يوفر الرعاية للأفراد الذين لا يمكنهم العيش بأمان في المنزل لكن لا يحتاجون للإقامة في المستشفى.

سوف يساعدك منسق الرعاية الذي تتعامل معه في فهم كل برنامج. لمعرفة المزيد عن أي من هذه البرامج، فاتصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

و. كيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المواد المخدرة)

سوف يكون لديك إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية السلوكية الضرورية طبيًا والمشمولة بالتغطية في برنامج Medicare و-Medi-Cal. يوفر برنامج Health Net Cal MediConnect الوصول إلى الخدمات الصحية السلوكية المشمولة بالتغطية في Medicare. إن خدمات الصحة السلوكية المشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal لا تُقدم من خلال برنامج Health Net Cal MediConnect، لكنها ستتاح لأعضاء برنامج Health Net Cal MediConnect المؤهلين من خلال إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles (DMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (الوقاية والسيطرة على اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) (DPH/SAPC).

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



و1. ما هي خدمات الصحة السلوكية التابعة لبرنامج Medi-Cal المقدمة خارج برنامج Health Net Cal MediConnect عبر إدارة الصحة العقلية في مقاطعة Los Angeles وإدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (الوقاية والسيطرة على اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) (DPH/SAPC)

تتوفر لك خدمات الصحة العقلية المتخصصة التابعة لبرنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة العقلية للمقاطعة (MHP) إذا كنت تستوفي معايير الضرورة الطبية لخدمات الصحة العقلية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal. تشمل خدمات الصحة العقلية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal التي تقدمها دائرة الصحة العقلية في مقاطعة لوس أنجلوس (DMH) ودائرة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) (DPH/SAPC):

- خدمات الصحة العقلية (التقييم والعلاج والتأهيل والضمان وتطوير الخطة)
- خدمات الدعم الخاصة بالأدوية
- العلاج المكثف ليوم واحد
- إعادة التأهيل اليومي
- التدخل في الأزمات
- السيطرة على الأزمات
- خدمات العلاج الداخلي للبالغين
- خدمات العلاج الداخلي في الأزمات
- خدمات مرفق الصحة النفسية
- خدمات الطب النفسي للمرضى المقيمين في المستشفيات
- إدارة الحالة المستهدفة

تتوفر لك خدمات Medi-Cal للمخدرات (Drug Medi-Cal) من خلال دائرة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على سوء استخدام المواد) (DPH/SAPC) إذا كنت تستوفي معايير الضرورة الطبية لبرنامج Drug Medi-Cal. تشمل خدمات Drug Medi-Cal المقدمة من إدارة الصحة العامة في مقاطعة Los Angeles (الوقاية والسيطرة على اضطرابات تعاطي المواد المخدرة) (DPH/SAPC) ما يلي:

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج للمقيمين
- خدمات مرضى العيادات الخارجية التي لا تضم أدوية
- خدمات علاج المخدرات
- خدمات نالتريكسون لإدمان الأفيون

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



بالإضافة إلى خدمات Drug Medi-Cal المدرجة أعلاه، يمكنك الحصول على خدمات إزالة السممية الطوعية للمرضى الداخليين إذا كنت تفي بمعايير الضرورة الطبية.

كما سيكون لديك إمكانية الحصول على خدمات الصحة السلوكية الضرورية طبيًا المشمولة في برنامج Medicare والمدارة من خلال شبكة الصحة العقلية لبرنامج Health Net Cal MediConnect. تشمل خدمات الصحة السلوكية، على سبيل المثال وليس الحصر:

- خدمات المرضى الخارجيين: التدخل في الأزمات لمرضى العيادات الخارجية والتقييم والعلاج قصير الأمد والعلاج المتخصص طويل الأمد وأي رعاية تأهيلية في ما يتعلق باضطرابات استخدام العقاقير.
- الخدمات واللوازم للمرضى المقيمين: الإقامة في غرفة تتكون من سريرين أو أكثر، بما في ذلك وحدات العلاج الخاص وخدمات التوريدات والخدمات الإضافية المقدمة عادة من قبل المرفق.
- مستويات الرعاية للمرضى المقيمين ومستويات الرعاية البديلة: البقاء في المستشفى بشكل جزئي وخدمات مرضى العيادات الخارجية المكثفة في مرفق معتمد من برنامج Medicare.
- إزالة السممية: خدمات المرضى المقيمين لإزالة السممية الحادة وعلاج الحالات الطبية الحادة المتعلقة باضطرابات استخدام العقاقير.
- خدمات الطوارئ: الفحص والاختبار والتقييم لتحديد إذا ما كانت هناك حالة طبية نفسية طارئة، وتقديم الرعاية والعلاج للشفاء أو التخلص من الحالة الطبية النفسية الطارئة.

للحصول على معلومات حول مقدمي الخدمة، يرجى البحث في دليل مقدمي الخدمة والصيديات. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. أو يمكنك أيضًا زيارة موقعنا الإلكتروني mmp.healthnetcalifornia.com.

استثناءات وقيود خدمات الصحة السلوكية

للحصول على قائمة باستثناءات وقيود خدمات الصحة السلوكية، يرجى الرجوع إلى الفصل رقم 4، القسم هـ: المزايا غير المشمولة بتغطية Health Net Cal MediConnect أو Medicare أو Medi-Cal.

العملية المستخدمة لتحديد الضرورة الطبية لخدمات الصحة السلوكية

يجب أن تسمح الخطة بتغطية خدمات ولوازم محددة تخص الصحة السلوكية. للحصول على تفاصيل حول الخدمات التي قد تتطلب الإذن المسبق، يرجى الرجوع إلى الفصل رقم 4. للحصول على الإذن فيما يتعلق بهذه الخدمات، ينبغي الاتصال بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. سوف يحيلك البرنامج إلى أقرب متخصص متعاقد للصحة العقلية والذي سوف يعمل على تقييم حالتك ويحدد إذا ما كانت هناك ضرورة لمزيد من العلاج. إذا كنت في حاجة إلى علاج، فسيعد متخصص الصحة العقلية المتعاقد خطة علاج ويقوم بإرسالها إلى Health Net Cal MediConnect للمراجعة. ستمت تغطية الخدمات المتضمنة في خطة العلاج عند اعتمادها من قبل الخطة. إذا لم تتم الموافقة على خطة العلاج من قبل الخطة، فلن تتم تغطية مزيد من الخدمات أو اللوازم لهذه الحالة. يمكن للخطة توجيهك لقسم الصحة العقلية بالمقاطعة لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



إجراءات الإحالة بين Health Net Cal MediConnect و Los Angeles

إدارة الصحة العقلية في المقاطعة (DMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية من اضطراب استعمال المواد والسيطرة عليه) (DPH/SAPC) يمكن إجراء الإحالات لخدمات الصحة السلوكية لبرنامج Health Net Cal MediConnect من خلال العديد من المصادر، بما في ذلك: مقدمو خدمة الصحة السلوكية للمقاطعة ومدراء الحالات في المقاطعة ومقدمو الرعاية الأولية والأعضاء وعائلاتهم. يمكن لمصادر الإحالة هذه التواصل مع Health Net من خلال الاتصال على الرقم الذي يظهر على بطاقة تعريف العضوية الخاصة بك. سوف تؤكد Health Net Cal MediConnect الأهلية وتسمح بالخدمات عندما يكون ذلك مناسبًا.

سوف تعمل Health Net Cal MediConnect بالتعاون مع مقاطعة لوس أنجلوس لتوفير تنسيق الإحالة والرعاية المناسبة لك.

يمكن إجراء الإحالات لخدمات الصحة العقلية المتخصصة بالمقاطعة و/أو خدمات الكحول والمخدرات مباشرة من خلالك.

تشمل خدمات تنسيق الرعاية تنسيق الخدمات بين مقدمي الرعاية الأولية (PCP) ومقدمي خدمات الصحة السلوكية بالمقاطعة ومديري الحالات بالمقاطعة وعائلتك أو مقدم الرعاية، حسب الاقتضاء.

ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى بخصوص خدمة الصحة السلوكية

تخضع المزايا المتضمنة في هذا القسم لنفس عملية طلب الطعن الخاصة بأي ميزة أخرى. انظر الفصل رقم 9، ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، طلبات الطعن، الشكاوى)، للحصول على معلومات حول تقديم الشكاوى.

متابعة الرعاية للأعضاء الذين يتلقون خدمات الصحة السلوكية في الوقت الحالي

إذا كنت تتلقى حاليًا خدمات الصحة السلوكية، يمكنك طلب مواصلة زيارة مقدم الخدمة الذي تتعامل معه. نحن مطالبون بالموافقة على هذا الطلب إذا كان بإمكانك إثبات علاقة قائمة بمقدم الخدمة في الأشهر الـ 12 التي تسبق التسجيل. إذا تمت الموافقة على طلبك، يمكنك متابعة زيارة مقدم الخدمة الذي تزوره حاليًا لمدة 12 شهرًا. بعد 12 شهرًا، لا يمكننا تغطية رعايتك إذا تابعت زيارة مقدم الخدمة من خارج الشبكة. للمساعدة في طلبك، ينبغي الاتصال بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

ز. كيفية الحصول على خدمات النقل

يتعاون برنامج Health Net Cal MediConnect مع شركة (LogistiCare) (LogistiCare Solutions، LLC) لتوفير خدمات النقل الطبي غير الطارئ (NEMT) وخدمات النقل غير الطبي (NMT) لأعضاء Health Net المسجلين في خطة Health Net Cal MediConnect.

النقل الطبي غير الطارئ (NEMT)

النقل الطبي غير الطارئ الضروري للحصول على الخدمات الطبية المغطاة والخاضع لأمر كتابي من الطبيب أو طبيب الأسنان أو طبيب القدم فقط عندما لا تسمح حالة المتلقي الطبية بالتنقل بالحافلة أو سيارة الركاب وسيارة الأجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام أو الخاص.

وتتضمن ميزة النقل الطبي غير الطارئ ما يلي:

- رحلات ذهاب أو عودة غير محدودة لكل عضو في كل سنة تقويمية مجانًا
- سيارات الإسعاف وشاحنات خاصة بالكراسي المتحركة وشاحنات خاصة بالنقلات

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- خدمة نقل من وإلى المواعيد الطبية من السكن
- لا توجد قيود أو حد أقصى للأميال المقطوعة ضمن منطقة تقديم الخدمة
- اصطحاب أحد أفراد العائلة أو مقدم الرعاية أثناء النقل وبدون تكلفة إضافية
- يمكنك أن تطلب من السائق التوقف عند صيدلية أو مركز أشعة أو مرفق مختبري من عيادة الطبيب (لا يتم احتسابها على أنها رحلة منفصلة)

النقل غير الطبي (NMT)

يتضمن النقل غير الطبي (NMT) النقل إلى أماكن الخدمات الطبية بواسطة سيارات نقل الركاب أو سيارات الأجرة أو أي شكل آخر من وسائل النقل العام/أو الخاص من قبل أشخاص غير مسجلين كمقدمي خدمات Medi-Cal.

لا يشمل النقل غير الطبي (NMT) نقل المرضى أو المصابين أو المقعدين أو الحالات المرضية غير المستقرة أو حالات العجز والتي لا بد فيها من استخدام خدمات النقل الطبي بواسطة سيارات الإسعاف أو عربات نقل المصابين أو الكراسي المتحركة أو النقلات الطبية المخصصة.

وتتضمن ميزات خدمة النقل غير الطبي:

- رحلات ذهاب أو عودة غير محدودة لكل عضو في كل سنة تقويمية مجاناً
- خدمات التوصيل حتى الباب
- سيارة أجرة، سيارة ركاب قياسية، سيارة فان صغيرة وأشكال أخرى من وسائل النقل العام/الخاص
- خدمة نقل من وإلى المواعيد الطبية من السكن
- لا توجد قيود أو حد أقصى للأميال المقطوعة ضمن منطقة تقديم الخدمة
- اصطحاب أحد أفراد العائلة أو مقدم الرعاية أثناء النقل وبدون تكلفة إضافية
- يمكنك أن تطلب من السائق التوقف عند صيدلية أو مركز أشعة أو مرفق مختبري من عيادة الطبيب (لا يتم احتسابها على أنها رحلة منفصلة)

لطلب خدمات النقل المذكورة أعلاه، اتصل بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

يجب تقديم طلب النقل مسبقاً قبل سبعة أيام عمل للنقل الطبي غير الطارئ والنقل غير الطبي.

وإذا كنت بحاجة لتنسيق الخدمات خلال مهلة أقصر، فسيتم النظر في هذه الطلبات على أساس كل حالة على حدة واعتماداً على طبيعة الموعد، ومتى تم ترتيب الموعد للخدمة الطبية وتوافر مصادر النقل.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

ح. كيفية الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية عندما يكون لديك حالة طبية طارئة أو في حاجة إلى رعاية عاجلة أو خلال كارثة

1ح. الحصول على الرعاية في الحالة الطبية الطارئة

تعريف الحالة الطبية الطارئة

الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات أعراض مثل الألم الحاد أو الإصابة الخطيرة. وتكون الحالة خطيرة للغاية بحيث، إذا لم تحصل على العناية الطبية الفورية، ويمكنك أو أي شخص عادي ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب توقع أنها قد تؤدي إلى:

- خطر شديد على صحتك أو صحة جنينك؛ أو
- ضرر خطير على وظائف الجسم؛ أو
- خلل جسيم في أداء وظائف أي عضو في الجسم؛ أو
- في حالة المرأة الحامل في مرحلة المخاض النشط، إذا حدث الآتي:
 - عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
 - يمكن أن يشكل النقل إلى مستشفى أخرى خطرًا على صحتك أو الجنين أو سلامته.

ما يجب فعله إذا كانت لديك حالة طبية طارئة

إذا كانت لديك حالة طبية طارئة:

- **احصل على المساعدة بأسرع ما يمكن.** اتصل بـ 911 أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اطلب سيارة إسعاف إذا احتجت إليها. لست في حاجة للحصول على موافقة أو إحالة أولاً من مقدم الرعاية الأولية.
- **تأكد بأسرع ما يمكن من إخبار خطتنا بحالتك الطارئة.** نحتاج إلى متابعة الرعاية الطارئة الخاصة بك. يجب أن تتصل أو يتصل شخص آخر بنا فيما يتعلق بالرعاية الطارئة، عادة في غضون 48 ساعة. ومع ذلك، لن تضطر لدفع تكاليف خدمات الطوارئ بسبب التأخير في إخبارنا. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة آمنة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

الخدمات المشمولة بالتغطية في حالات الطوارئ الطبية

يمكنك الحصول على الرعاية الطارئة المشمولة بالتغطية عند الحاجة إليها بأي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها. إذا احتجت إلى سيارة إسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، فإن خطتنا تغطي ذلك. للاطلاع على المزيد، راجع جدول المزايا في الفصل 4.

يمكنك الحصول على الرعاية الطارئة المشمولة بالتغطية عند الحاجة إليها بأي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها. وهذه المزايا لها حد يبلغ \$50,000 كل عام. للحصول على مزيد من المعلومات، انظر "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في جدول الميزات في الفصل 4 من هذا الكتيب أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة آمنة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

بعد انتهاء الحالة الطارئة، قد تحتاج إلى رعاية متابعة للتأكد من التحسن. سوف نقوم بتغطية رعاية متابعتك. إذا حصلت على رعاية طارئة من مقدمي خدمات من خارج الشبكة، فسوف نحاول أن نجعل أحد مقدمي الخدمة التابعين للشبكة يتولى رعايتك في أقرب وقت ممكن.

الحصول على الرعاية الطارئة إذا لم تكن حالة طارئة

أحيانًا يكون من الصعب تحديد إذا ما كنت في حالة طبية طارئة. فقد تدخل المستشفى لرعاية طارئة ويقول الأطباء بأن الحالة لم تكن فعليًا حالة طبية طارئة. طالما أنك اعتقدت بشكل معقول بأن صحتك في خطر كبير، فسوف نغطي رعايتك.

إلا أنه، عندما يقول الطبيب إن حالتك لم تكن طارئة، فسوف نغطي رعايتك الإضافية فقط في حالة:

- زيارتك لمقدم خدمة في نطاق الشبكة وإلا
- سيتم اعتبار الرعاية الإضافية التي تحصل عليها "رعاية عاجلة" ويجب عليك اتباع القواعد الخاصة بالحصول على هذه الرعاية. (انظر القسم التالي).

2. الحصول على الرعاية العاجلة

تعريف الرعاية العاجلة

الرعاية العاجلة هي الرعاية التي تحصل عليها لمرض مفاجئ أو إصابة أو حالة مفاجئة ليست طارئة لكن في حاجة إلى التعامل معها على الفور. على سبيل المثال، يمكن أن يزداد سوء حالتك الحالية وتحتاج إلى معالجتها.

الحصول على الرعاية العاجلة عندما تكون في نطاق خدمة الخطة

في أغلب الحالات، سوف نغطي الرعاية العاجلة فقط في حالة:

- حصولك على هذه الرعاية من مقدم خدمة تابع للشبكة، و
- واتباعك للقواعد الأخرى المذكورة في هذا الفصل

إلا أنه، إذا لم يكن بمقدورك الوصول إلى مقدم خدمة تابع للشبكة، فسوف نغطي الحالة الضرورية التي تحصل عليها من أي مقدم خدمة من خارج الشبكة.

في حالات الطوارئ الخطيرة: اتصل بـ 911 أو اذهب إلى أقرب مستشفى.

إذا لم تكن حالتك بالغة للغاية: اتصل بمقدم الرعاية الأولية (PCP) أو، إذا لم يكن بإمكانك الاتصال به أو كنت في حاجة للرعاية الطبية على الفور، فإذهب إلى أقرب مركز طبي أو أقرب مركز للرعاية العاجلة أو أقرب مستشفى.

إذا لم تكن متأكدًا من وجود حالة طبية طارئة، يمكنك الاتصال بمجموعتك الطبية أو مقدم الرعاية الأولية للمساعدة.

تكون مجموعتك الطبية متاحة على مدار 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع، للرد على مكالماتك الهاتفية فيما يتعلق بالرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها فورًا. سوف تقوم المجموعة الطبية بتقييم الموقف وتقديم لك توجيهات خاصة بالمكان الذي تتوجه إليه للحصول على الرعاية التي تحتاج إليها.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

إذا لم تكن متأكدًا من أن لديك حالة طارئة أو تتطلب رعاية عاجلة، يمكنك الاتصال بخط التمريض الخاص بنا المتاح في أي وقت، ليلاً أو نهارًا. يمكنك الاتصال بخط التمريض الخاص بنا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). باعتبارك عضوًا في Health Net Cal MediConnect، لديك إمكانية الوصول إلى خدمات الفرز والفحص، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. إذا احتجت للمساعدة في تحديد موقع مقدم خدمة، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711). يمكن لخدمات الأعضاء تحويلك إلى خط التمريض أيضًا. خدمات الأعضاء متاحة من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة آمنة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

الحصول على الرعاية العاجلة عندما تكون خارج نطاق خدمة الخطة

عندما تكون خارج نطاق الخدمة، قد لا يمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمة تابع للشبكة. في هذه الحالة، سوف تغطي خطتنا الرعاية الضرورية التي تحصل عليها من أي مقدم خدمة.

لا تغطي خطتنا الرعاية المطلوبة بشكل عاجل أو أي رعاية أخرى غير طارئة تتلقاها خارج الولايات المتحدة.

وقد تعتبر خدمات الرعاية العاجلة المتلقاة خارج الولايات المتحدة حالة طارئة بموجب مزايا تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. للحصول على مزيد من المعلومات، راجع "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في جدول المزايا في الفصل 4 من هذا الكتيب.

3. الرعاية في أثناء الكوارث

إذا أعلن محافظ ولايتك أو سكرتير الخدمات الإنسانية والصحية في الولايات المتحدة، أو رئيس الولايات المتحدة عن حالة كارثة أو حالة طارئة في منطقتك الجغرافية، فما زلت مؤهلاً للحصول على الرعاية من Health Net Cal MediConnect.

يُرجى زيارة موقعنا لمزيد من المعلومات عن كيفية الحصول على الرعاية اللازمة خلال الكوارث المعلن عنها:

mmp.healthnetcalifornia.com

سنسمح لك خلال أي كارثة معلن عنها بالحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة مجانًا، في حال لم تتمكن من الاستعانة بمقدم خدمة في الشبكة. وإذا لم تتمكن من استخدام صيدلية تابعة للشبكة خلال الكارثة المعلن عنها، سوف تتمكن من صرف أدويةك الموصوفة من صيدلية خارج الشبكة. للمزيد من المعلومات راجع الفصل 5.

ط. ماذا تفعل في حال محاسبتك مباشرة على كامل تكلفة الخدمات المشمولة بالتغطية من خطتنا

إذا أرسل لك مقدم الخدمة الفاتورة بدلاً من إرسالها إلى مسؤول الخطة، يجب أن تطلب منّا دفع حصتنا من الفاتورة.

لا ينبغي أن تدفع الفاتورة بنفسك. وإذا فعلت ذلك، فقد لا تتمكن الخطة من رد الأموال إليك.

إذا دفعت مقابل خدماتك المشمولة بالتغطية أو إذا حصلت على فاتورة بالتكلفة الكاملة للخدمات الطبية المشمولة بالتغطية، فراجع الفصل 7 لمعرفة ما يمكنك فعله.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

ط1. ما يتعين عليك فعله في حال كانت الخدمات غير مشمولة بتغطية خطتنا

يغطي برنامج Health Net Cal MediConnect جميع الخدمات:

- التي يتحدد أنها ضرورية طبيًا، و
- والمدرجة في جدول ميزات الخطة (انظر الفصل 4)، و
- والتي تحصل عليها من خلال اتباع قواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات غير مشمولة في تغطية خطتنا، يجب أن تدفع التكلفة بالكامل وحدك.

إذا كنت ترغب في معرفة إذا ما كنا سندفع مقابل أي خدمة أو رعاية طبية، فلك الحق في أن تسألنا. يحق لك أيضًا أن تطلب ذلك بشكل كتابي. إذا قلنا بأننا لن ندفع مقابل خدمتك، فلك الحق في الطعن على قرارنا.

يوضح الفصل 9 ما يمكنك فعله إذا أردت منّا تغطية مستلزمات أو خدمات طبية. كما أنه يخبرك كيفية الطعن على قرارنا حول التغطية. كما يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء للتعرف على المزيد من حقوقك الخاصة بالطعن.

سوف ندفع مقابل بعض الخدمات حتى حد معين. إذا تجاوزت الحد، عليك دفع كامل التكلفة للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمة. اتصل بخدمات الأعضاء للاطلاع على الحدود ومدى اقترابك من الوصول إليها.

ي. تغطية خدمات الرعاية الصحية عندما تكون مشتركًا في دراسة بحثية سريرية**ي1. تعريف الدراسة البحثية السريرية**

الدراسة البحثية السريرية (تسمى أيضًا التجربة السريرية) هي عبارة عن طريقة يختبر بها الأطباء الأنواع الجديدة من الرعاية الصحية أو الأدوية. ويطلب الأطباء متطوعين للمساعدة في الدراسة. يساعد هذا النوع من الدراسات الأطباء في تحديد نجاح نوع جديد من الرعاية الصحية أو الأدوية وأمانه من عدمه.

بمجرد موافقة Medicare على دراسة تريد الاشتراك فيها، فسيصل أحد العاملين بالدراسة بك. سوف يوضح هذا الشخص الدراسة لك ويحدد إذا ما كنت مؤهلاً للاشتراك بها أم لا. يمكنك الاشتراك بالدراسة طالما أنك تستوفي الشروط المطلوبة. كما عليك أن تتفهم أيضًا ما عليك فعله للدراسة وتوافق عليه.

أثناء وجودك في الدراسة، يمكنك أن تظل مسجلًا في خطتنا. وبهذه الطريقة تستمر في الحصول على الرعاية غير المتعلقة بالدراسة.

إذا رغبت في المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلست بحاجة إلى الحصول على موافقة منّا أو من مقدم الرعاية الأولية. لا يتعين أن يكون مقدمو الخدمة الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة هم مقدمو خدمة من داخل الشبكة.

عليك إخبارنا قبل بدء المشاركة في دراسة بحثية سريرية.

إذا كنت تخطط لتشارك في دراسة بحثية سريرية، فعليك أنت أو منسق الرعاية الخاص بك الاتصال بخدمات الأعضاء لإبلاغنا بذلك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

2. الدفع مقابل الخدمات عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت للمشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلن تدفع شيئاً مقابل الخدمة المشمولة بتغطية الدراسة وسوف تقوم Medicare بالدفع مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية في الدراسة إلى جانب التكاليف المعتادة المرتبطة برعايتك. بمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، ستتم تغطيتك بالنسبة لمعظم المستلزمات والخدمات التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. ويشمل هذا:

- الغرفة والطعام للإقامة بالمستشفى التي تتكفل Medicare بدفع تكاليفها حتى في حال عدم اشتراكك.
- أي عملية أو غير ذلك من الإجراءات الطبية الأخرى التي تعد جزءاً من الدراسة البحثية.
- علاج أي آثار جانبية ومضاعفات للرعاية الجديدة.

إذا كنت جزءاً من دراسة لم يوافق عليها Medicare، فستتحمل أي تكاليف لوجودك في الدراسة.

3. معرفة المزيد عن الدراسات البحثية السريرية

يمكنك التعرف على المزيد حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال قراءة محتوى "Medicare والدراسات البحثية السريرية" على الموقع الإلكتروني لـ Medicare (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). ويمكنك كذلك الاتصال على الرقم: (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ك. كيفية تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك عندما تحصل على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

ك1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية هي مكان يوفر الرعاية التي تتلقاها عادة في مستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الماهرة. إذا كان تلقيك رعاية في مستشفى أو مرفق للرعاية التمريضية الماهرة ضد معتقداتك الدينية، فسوف نغطي رعايتك في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.

يمكنك اختيار تلقي الرعاية الصحية في أي وقت لأي سبب. تقتصر هذه الفائدة على خدمات المرضى الداخليين من الجزء أ لبرنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية). سوف يدفع برنامج Medicare فقط مقابل خدمات الرعاية الصحية غير الطبية المقدمة من قبل مؤسسات الرعاية الصحية غير الطبية.

ك2. الحصول على الرعاية من مؤسسة للرعاية الصحية الدينية غير الطبية

للحصول على رعاية من مؤسسة رعاية صحية غير طبية، يجب أن توقع على وثيقة قانونية توضح أنك لا توافق على تلقي العلاج الطبي "غير المستثنى".

- العلاج الطبي "غير المستثنى" هو أي رعاية طوعية وغير مطلوبة بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.
- العلاج الطبي "المستثنى" هو أي رعاية غير طوعية ومطلوبة بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة، بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



للتغطية بموجب خطتنا، يجب أن تفي الرعاية التي تحصل عليها في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية بالشروط التالية:

- يجب أن يكون المرفق المقدم للخدمة معتمدًا من قبل Medicare.
 - تقتصر تغطية الخدمات بموجب خطتنا على الأوجه غير الدينية من الرعاية.
 - إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة يتم تقديمها إليك في مرفق، ينطبق ما يلي:
 - يجب أن يكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية للرعاية الصحية للمرضى المقيمين أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة.
 - عليك الحصول على الموافقة من قبل إدخالك للمرفق وإلا لن تتم تغطية إقامتك.
- تتوفر تغطية غير محدودة للحصول على هذه المزايا طالما أنك تستوفي الشروط المذكورة أعلاه.

ل. المعدات الطبية المعمرة (DME):

ل1. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا

المعدات الطبية المعمرة هي أعراض محددة يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في منزلك. ومن الأمثلة على هذه المعدات الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة وإمدادات مرضى السكر وأسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل ومضخات التسريب في الوريد (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين والإمدادات والأبخرة وأجهزة المساعدة بالمشي. سوف تمتلك أعراضًا معينة كالأجهزة التعويضية.

في هذا القسم، سوف نناقش المعدات الطبية المعمرة التي يجب عليك استئجارها. كعضو في Health Net Cal MediConnect، يمكنك امتلاك المعدات الطبية المعمرة طالما كانت ضرورية طبيًا وكنت في حاجة طويلة الأمد للغرض. إضافة إلى ذلك، يجب السماح بالمعدات والترتيب والتنسيق له من قبل مقدم الرعاية الأولية و/أو المجموعة الطبية و/أو Health Net Cal MediConnect. اتصل بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، لمعرفة متطلبات استئجار المعدات الطبية المعمرة أو امتلاكها والمستندات التي تحتاج إلى تقديمها. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

في حالات معينة، سننقل ملكية عنصر المعدات الطبية المعمرة إليك. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المتطلبات التي يجب عليك تليبيتها والأوراق التي تحتاج إلى تقديمها.

إذا حصلت على ملكية أحد المعدات الطبية المعمرة في الوقت الذي تكون فيه عضوًا في خطتنا، وتحتاج المعدات إلى صيانة، فيُسمح لمقدم الخدمة بإنشاء فاتورة لتكلفة الإصلاح.

ل2. ملكية المعدات الطبية المعمرة عند التبديل إلى برنامج Original Medicare أو برنامج Medicare Advantage

في برنامج Original Medicare، يمكن للأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا محددة من المعدات الطبية المعمرة امتلاكها بعد 13 شهرًا. في خطة Medicare Advantage، يمكن للخطة تحديد عدد الأشهر التي يجب على الأشخاص استئجار أنواع معينة من المعدات الطبية المعمرة فيها قبل امتلاكها.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ملحوظة: يمكنك العثور على تعريفات خطط Medicare الأصلية و Medicare Advantage في الفصل 12. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات عنها في كتيب *Medicare & You 2021*. إذا لم يكن لديك نسخة من هذا الكتيب، فيمكنك الحصول عليه من موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov) أو من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

سيُتبع عليك سداد 13 دفعة بشكل متتابع بموجب خطة Medicare الأصلية، أو سيُتبع عليك سداد عدد الدفعات المتتابة المحددة من قبل خطة Medicare Advantage، لتمتلك المعدات الطبية المعتمدة في حالة:

- لم تكن قد أصبحت المالك لعنصر المعدات الطبية المعتمدة أثناء وجودك في الخطة و
 - في حال تركك خطتنا وتلقي ميزات Medicare من خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.
- إذا دفعت مبالغ مقابل المعدات الطبية المعتمدة بموجب Original Medicare أو خطة Medicare Advantage قبل الانضمام إلى خطتنا، فإن مبالغ Original Medicare أو Medicare Advantage تلك لا تعد ضمن المدفوعات التي يتعين عليك سدادها بعد مغادرتك خطتنا.
- سيُتبع عليك القيام بـ 13 دفعة جديدة بشكل متتابع بموجب Original Medicare أو سداد عدد الدفعات المتتابة المحددة من قبل خطة Medicare Advantage لتمتلك المعدات الطبية المعتمدة.
 - لا توجد استثناءات لهذه الحالة عند رجوعك إلى Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.

3.ل مزايا معدات الأكسجين بصفتك عضوًا في خطتنا

إذا تأهلت للحصول على معدات أكسجين مشمولة بتغطية Medicare وأنت عضو في خطتنا، فإننا سنُشمل ما يلي بالتغطية:

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

يجب إعادة معدات الأكسجين إلى المالك إذا لم تعد ضرورية بالنسبة لك من الناحية الطبية أو إذا تركت خطتنا.

4.ل الحصول على معدات الأكسجين عند التبديل إلى خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية وأنت تركت خطتنا وقمت بالتبديل إلى خطة Original Medicare، فإنك ستقوم باستئجارها من أحد الموردين لمدة 36 شهرًا. مدفوعات الاستئجار الشهرية الخاصة بك تشمل معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات المدرجة أعلاه بالتغطية.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية بعد أن قمت باستئجارها لمدة 36 شهرًا:

- يجب على المورد الذي تتعامل معه توفير معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا أخرى.
- يجب على المورد الذي تتعامل معه توفير معدات ومستلزمات الأكسجين لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية من الناحية الطبية بعد انتهاء فترة الخمس سنوات:

- لم يعد يتعين على المورد الذي تتعامل معه توفيرها لك، ويمكنك اختبار الحصول على معدات بدلاً منها من أي مورد.
- تبدأ فترة 5 سنوات جديدة.
- ستتأجر من مورد لمدة 36 شهرًا.
- يجب على المورد الذي تتعامل معه توفير معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات لمدة 24 شهرًا آخرين.
- تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات طالما كانت معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية.

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية من الناحية الطبية وأنت تركت خطتنا وقمت بالتبديل إلى خطة Medicare Advantage، فإن الخطة ستغطي ما تغطيه خطة Original Medicare على الأقل. يمكنك سؤال خطة Medicare Advantage الخاصة بك عن معدات ومستلزمات الأكسجين المشمولة بتغطيتها وعن التكاليف التي ستتحملها نتيجة ذلك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الفصل 4: جدول الميزات

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تغطيها Health Net Cal MediConnect وأي قيود أو حدود لتلك الخدمات. كما يخبرك عن الميزات التي لا تغطيها خططنا. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

64	أ. خدماتك المشمولة بالتغطية
64	ب. القواعد ضد قيام مقدمي الخدمات بمحاسبتك على الخدمات
64	ج. جدول الميزات الخاص بخططنا
66	د. جدول الميزات
104	هـ. المزايا المشمولة بالتغطية خارج Health Net Cal MediConnect
104	هـ.1. انتقالات مجتمع كاليفورنيا (CCT)
104	هـ.2. برنامج Medi-Cal للعناية بالأسنان
105	هـ.3. الرعاية في مرحلة الاحتضار
106	و. المزايا غير المشمولة بتغطية Health Net Cal MediConnect أو Medicare أو Medi-Cal

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

أ. خدماتك المشمولة بالتغطية

يخبرك هذا الفصل عن الخدمات التي تدفع مقابلها خطة Health Net Cal MediConnect. كما يمكنك التعرف على الخدمات غير المغطاة. تتوفر المعلومات المتعلقة بميزات الأدوية في الفصل 5. كما يوضح هذا الفصل أيضًا القيود على بعض الخدمات.

نظرًا لحصولك على المساعدة من Medi-Cal، لا تدفع مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية طالما أنك ملتزم بقواعد الخطة. راجع الفصل رقم 3 للاطلاع على التفاصيل المتعلقة بقواعد الخطة.

إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم الخدمات المشمولة بالتغطية، فاتصل بمنسق الرعاية و/أو خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

ب. القواعد ضد قيام مقدمي الخدمات بمحاسبتك على الخدمات

لا نسمح لمقدمي الخدمة التابعين لـ Health Net Cal MediConnect بمحاسبتك لقاء الخدمات المشمولة بالتغطية. فنحن ندفع مقابل الخدمات لمقدمي الخدمة مباشرة ونحميك من أي تكاليف. وهذا ينطبق أيضًا حتى ولو دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من الرسم الذي يرضه لقاء الخدمة.

يجب ألا تستلم فاتورة مطلقًا من مقدم الخدمة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. وإذا فعلت ذلك، فراجع الفصل 7 أو اتصل بخدمات الأعضاء.

ج. جدول الميزات الخاص بخطتنا

يخبرك جدول الميزات هذا بالخدمات التي تدفعها الخطة. ويذكر فئات الخدمات بترتيب أبجدي ويشرح الخدمات المشمولة بالتغطية.

سوف ندفع مقابل الخدمات المدرجة في جدول الميزات فقط عند استيفاء القواعد التالية. أنت لا تدفع شيئًا مقابل الخدمات المدرجة في جدول الميزات طالما كنت تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أدناه.

- ينبغي تقديم خدماتك المشمولة بتغطية Medicare وMedi-Cal وفقًا للقواعد المحددة من كل من Medicare وMedi-Cal.
- يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وخدمات اضطرابات تعاطي المواد المخدرة والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد والمستلزمات والمعدات والأدوية) ضرورية طبيًا. ومعنى الضرورة الطبية هو أنك تحتاج إلى هذه الخدمات للوقاية من حالة طبية أو لتشخيصها أو معالجتها أو للمحافظة على حالتك الصحية الحالية. وهذا يشمل الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى المستشفى أو دار التمريض. كما أنها تعني أيضًا الخدمات أو اللوازم أو الأدوية التي تفي بمعايير مقبولة من الممارسة الطبية. تكون الخدمة ضرورية طبيًا عندما تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة أو للحيلولة دون الإصابة بأمراض أو إعاقات كبيرة أو لتخفيف الألم الشديد.
- أنت تحصل على رعايتك من أحد مقدمي الخدمات في الشبكة. مقدم الخدمة في الشبكة هو مقدم الخدمة الذي يعمل معنا. في أغلب الأحيان، لن ندفع مقابل الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة. يحتوي الفصل 3 على مزيد من المعلومات حول استخدام مقدمي الخدمات في الشبكة ومقدمي الخدمة من خارج الشبكة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- لديك مقدم للرعاية الأولية (PCP) أو فريق رعاية يقدم لك الرعاية ويديرها لك. في أغلب الأحيان، يجب أن يقدم لك مقدم الرعاية الأولية موافقة قبل التمكن من استخدام مقدمي الخدمة الآخرين في شبكة الخطة. وهذا ما يسمى بالإحالة. يحتوي الفصل 3 على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة ويوضح متى لا تحتاج إليها.
- يجب أن تحصل على الرعاية من مقدمي رعاية ينتسبون إلى المجموعة الطبية الخاصة بمقدم رعايتك الأولية. راجع الفصل 3 للمزيد من المعلومات.
- بعض الخدمات المدرجة في جدول الميزات تكون مغطاة فقط في حال حصول طبيبك أو مقدم خدمة آخر بالشبكة على الموافقة من قبل أولئك. وهذا ما يسمى بالإذن المسبق. الخدمات المشمولة بالتغطية التي تتطلب إذنًا مسبقًا معلمة في جدول الميزات بخط مائل.
- كافة الخدمات الوقائية مجانية. سوف ترى هذه التفاحة 🍏 بجانب الخدمات الوقائية في جدول الميزات.
- قد تكون الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (CPO) متاحة بموجب خطة الرعاية الفردية الخاصة بك. تمنحك هذه الخدمات مزيدًا من المساعدة في المنزل، مثل تقديم الوجبات أو مساعدتك أو مساعدة مقدمي الرعاية، أو تركيب مقابض ومنحدرات للكراسي المتحركة في كابينة الاستحمام. يمكن لهذه الخدمات مساعدتك للعيش بشكل أكثر استقلالية ولكنها لا تستبدل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) التي يحق لك تلقيها بموجب Medi-Cal. من أمثلة الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية التي قدمتها Health Net Cal MediConnect في الماضي خدمات توصيل الوجبات لمدة تصل إلى أسبوعين (2) بعد الخروج من المستشفى من بائعنا المتعاقدين معه، المسمى Mom's Meals؛ رعاية قصيرة الأمد لمقدمي الرعاية من أفراد العائلة تصل حتى 24 ساعة كل 6 أشهر؛ وخدمات خاصة للمجموعات (SSG) حيث يتم جدولة الزيارات المنزلية وتنفيذها بهدف ربط أعضائنا بمرافق المجتمع. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو ترغب في معرفة كيف قد تساعدك الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية، فاتصل بمنسق الرعاية الخاص بك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

د. جدول الميزات

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>فحص تمدد الشريان الأورطي البطني </p> <p>سوف ندفع مرة واحدة فقط مقابل الفحص بالموجات فوق الصوتية للأشخاص المعرضين للخطر. حيث تغطي الخطة هذا الفحص فقط في حال كنت تعاني من عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة لها من طبيبك أو الطبيب المساعد أو ممرضة متدربة أو أخصائي تمرير سريري.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>العلاج بالوخز الإبري</p> <p>ندفع مقابل ما يصل إلى اثنين من خدمات العلاج بالوخز الإبري في أي شهر تقويمي أو أكثر إذا كانت ضرورية طبيًا. سندفع أيضًا مقابل ما يصل إلى 12 زيارة علاج بالوخز الإبري في 90 يومًا إذا كنت تعاني من ألم أسفل الظهر المزمن، المعروف بأنه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محدد (ليس له سبب جهازي يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض ثقلي أو التهابي أو معدني)؛ • وغير مرتبط بالجراحة؛ و • غير مرتبط بالحمل. <p>بالإضافة إلى ذلك، سندفع مقابل 8 جلسات إضافية لعلاج آلام أسفل الظهر المزمنة بالوخز الإبري إذا ظهرت علامات التحسن عليك. ويقتصر الأمر على 20 عملية علاج بالوخز الإبري لآلام أسفل الظهر المزمنة كل عام.</p> <p>يجب إيقاف عمليات العلاج بالوخز الإبري لآلام أسفل الظهر المزمنة إذا لم تتحسن حالتك أو إذا ازدادت سوءًا.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>الفحص والاستشارة بخصوص تعاطي المشروبات الكحولية</p> <p>سوف ندفع مقابل فحص واحد لسوء استخدام الكحول (SBIRT) للبالغين الذين يتعاطون الكحول لكنهم ليسوا مدمنين. وهذا يضم النساء الحوامل.</p> <p>إذا كان فحصك إيجابياً فيما يتعلق بتعاطي الكحوليات، يمكنك الحصول على أربع جلسات استشارية شخصية قصيرة كل عام (إذا كنت تتسم بالقدرة والانتباه أثناء الاستشارة) مع مقدم رعاية أولية مؤهل أو ممارس في مكان للرعاية الأولية.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>خدمات سيارة الإسعاف</p> <p>تضم خدمات سيارة الإسعاف المشمولة بالتغطية الطائرة والمروحية وخدمات الإسعاف البرية. سوف تأخذك سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنه أن يقدم لك الرعاية.</p> <p>يجب أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي حتى أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان للرعاية قد تشكل خطرًا على حياتك أو صحتك. ينبغي الموافقة على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى من قبلنا.</p> <p>في الحالات التي لا تشكل حالات للطوارئ، يمكننا دفع مقابل سيارة الإسعاف. يجب أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي حتى أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان للرعاية قد تشكل خطرًا على حياتك أو صحتك.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>زيارة الصحة العامة السنوية</p> <p>يمكن الحصول على فحص عام سنوي. وهذا لإعداد خطة وقاية أو تحديثها بناءً على عوامل الخطر الحالية. سوف ندفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>قياس كثافة العظام </p> <p>سوف ندفع مقابل بعض الإجراءات المحددة للأعضاء المؤهلين (عادة الشخص المعرض لخطر فقدان كثافة العظام أو معرض لخطر ترقق العظام). تحدد هذه الإجراءات كتلة العظام أو تكشف عن هشاشة العظام أو تكشف جودة العظام. ندفع مقابل الخدمات مرة واحدة كل 24 شهرًا أو أكثر إذا كانت ضرورية طبيًا. كما سوف ندفع أيضًا لأحد الأطباء مقابل فحص النتائج والتعليق عليها.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>فحص سرطان الثدي (صور الثدي الشعاعية) </p> <p>سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صورة واحدة شعاعية أساسية بين سن 35 و 39 • صورة واحد شعاعية كل 12 شهرًا للنساء في عمر 40 فما فوق • فحوصات الثدي السريرية مرة كل 24 شهرًا <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>خدمات إعادة تأهيل القلب</p> <p>سوف ندفع مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب مثل التمرين، والتنقيف وتقديم الاستشارات. يجب أن يفي الأعضاء بشروط محددة فيما يتعلق بإحالة الطبيب.</p> <p>كما أننا نغطي أيضًا برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة، التي تعد مكثفة أكثر من برامج تأهيل القلب العادية.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>زيارة تقليل مخاطر التعرض للأمراض القلبية الوعائية (علاج مرض القلب)</p> <p>نحن ندفع مقابل زيارة واحدة في العام، أو أكثر إذا استدعت الضرورة الطبية ذلك، لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك للمساعدة في تقليل خطر تعرضك لأمراض القلب. خلال هذه الزيارة، يمكن لطبيبك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مناقشة استخدام الأسبرين، • فحص ضغط الدم الخاص بك، و/أو • تقديم نصائح لك لضمان تغذيتك الجيدة. <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>اختبار الأمراض القلبية الوعائية</p> <p>ندفع مقابل فحوصات الدم لاستكشاف الأمراض القلبية الوعائية مرة كل خمس سنوات (60 شهرًا). كما أن فحوص الدم هذه أيضًا تكشف الخلل الناتج عن درجة الخطورة العالية لمرض القلب.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>فحص سرطان عنق الرحم والمهبل</p> <p>سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لجميع النساء: اختبارات سرطان عنق الرحم وفحوصات منطقة الحوض مرة واحدة كل 24 شهرًا • بالنسبة للنساء المعرضات لخطورة عالية للإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل: اختبار سرطان عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي حصلن على نتيجة غير طبيعية لاختبار سرطان عنق الرحم خلال الثلاثة سنوات الأخيرة وهن في عمر الإنجاب: اختبار مسح عنق رحم واحد كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي يتراوح عمرهن بين 30-65 عامًا: اختبار فيروس الورم الحليمي البشري أو اختبار مسح عنق الرحم بالإضافة إلى <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
	<p>تقديم الاستشارات للإقلاع عن التدخين أو استخدام التبغ</p> <p>إذا كنت تستخدم التبغ لكن لا تعاني من أعراض أو علامات تتعلق بأمراض التبغ وتريد أن تُقلع عن استخدامه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سوف ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين في فترة تبلغ 12 شهرًا كخدمة وقائية. وتكون هذه الخدمة مجانية لك. تشمل كل استشارة ما يصل إلى أربع زيارات شخصية. <p>إذا كنت تدخن التبغ وتم تشخيص حالتك بمرض يتعلق بتدخين التبغ أو تتناول دواءً قد يتأثر بتدخين التبغ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • سوف ندفع مقابل محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين في فترة تبلغ 12 شهرًا. تشمل كل استشارة ما يصل إلى أربع زيارات شخصية. <p>إذا كنت حاملاً، يمكنك تلقي جلسات استشارية غير محدودة للإقلاع عن تدخين التبغ من خلال الحصول على إذن مسبق.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقاً (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p style="text-align: center;">خدمات الأسنان</p> <p>تتوفر خدمات أسنان معينة، بما في ذلك تنظيف الأسنان والحشوات وأطقم الأسنان الكاملة من خلال برنامج Medi-Cal Dental.</p> <p>راجع القسم هـ لمزيد من المعلومات حول هذه الميزة.</p>
	<p>فحص الاكتئاب</p> <p>سوف ندفع مقابل فحص واحد للاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مكان للرعاية الأولية يمكنه تقديم إحالات وعلاج متابعة.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقاً (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

فحص السكري



سوف ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات سكر الدم أثناء الصيام) إذا كانت لديك أي من عوامل الخطر التالية:

- ارتفاع ضغط الدم
 - تاريخ من وجود مستويات غير طبيعية من الكوليسترول وثلاثي الغليسريد (ارتفاع دهون الدم)
 - السمنة
 - تاريخ من ارتفاع معدل السكر (الجلوكوز) بالدم
- يمكن تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثلاً إذا كانت زائد الوزن ولديك تاريخ مرضي بالعائلة لمرض السكري. بناءً على نتائج الاختبار، يمكنك أن تكون مؤهلاً لفحص السكري كل 12 شهراً.
- ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا



تدريب الإدارة الذاتية المتعلقة بالسكري وخدماته ومستلزماته

سوف ندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأفراد الذين يعانون من مرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا):

- مستلزمات مراقبة نسبة الجلوكوز في الدم، بما في ذلك الآتي:
 - جهاز قياس نسبة السكر بالدم
 - أشرطة اختبار نسبة الجلوكوز بالدم
 - أجهزة الوخز والواخزات
 - حلول التحكم بالجلوكوز لفحص دقة أشرطة الاختبار وأجهزة القياس
 - بالنسبة للأفراد المصابين بمرض السكري الذين يعانون من أمراض سكرية شديدة بالقدم، سوف ندفع مقابل ما يلي:
 - زوج من الأحذية العلاجية المصنوعة خصيصًا (بما في ذلك البطانات)، وذلك يشمل القياس، وزوجين إضافيين من البطانات كل سنة تقويمية، أو
 - زوج من الأحذية العريضة، بما في ذلك القياس وثلاثة أزواج من البطانات في كل سنة تقويمية (لا يشمل ذلك البطانات غير المخصصة القابلة للإزالة المقدمة مع هذه الأحذية)
 - وسوف ندفع مقابل التدريب لمساعدتك على إدارة مرض السكري الخاص بك، في بعض الحالات. للتعرف على المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء.
- يقتصر جهاز قياس الجلوكوز السكري ومستلزماته على Accu-Chek و OneTouch عند الحصول عليه من صيدلية. لا تشمل التغطية العلامات التجارية الأخرى ما لم يرخَّص بها سلفًا.
- ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود بالاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة

(للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية المعمرة (DME)"، انظر الفصل 12 من هذا الكتيب).

تتم تغطية العناصر التالية:

- الكراسي المتحركة
- العكازات
- أنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة
- وسادة ضاغطة جافة للمرتبة
- مستلزمات مرض السكري
- أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل
- مضخات التسريب الوريدي (IV) والعمود
- المضخة المعوية والمستلزمات
- أجهزة توليد الكلام
- المعدات وإمدادات الأكسجين
- الرذاذات
- أجهزة المساعدة بالمشي
- عكاز رباعي أو عكاز عادي ذو يد منحنية ولوازم بديلة
- جهاز سحب الفقرات الرقابية (معلق فوق الباب)
- جهاز تحفيز نمو خلايا العظام
- معدات العناية بغسيل الكلى

قد تُغطى عناصر أخرى.

سوف تدفع مقابل جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية طبيًا التي يدفع Medicare و Medi-Cal مقابلها عادةً. إذا كان المورد بمنطقتك لا يقدم علامة تجارية محددة أو مصنعًا محددًا، يمكنك أن تسأل إذا ما كان بإمكانه طلبه خصيصًا لك.

يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لمساعدتك في تحديد موقع مورد آخر قد يكون لديه العنصر المحدد.

تتم كذلك تغطية المعدات الطبية المعمرة غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare للاستخدام خارج المنزل. ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الرعاية الطارئة

العناية الطارئة تعني الخدمات:

- المقدمة من قبل مقدم خدمة مدرب ليقدم خدمات الطوارئ، و
 - المطلوبة لعلاج حالة طارئة طبية.
- الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية مع ألم حاد أو إصابة خطيرة. وتكون الحالة خطيرة للغاية بحيث، إذا لم تحصل على العناية الطبية الفورية، يمكن لأي شخص عادي ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب توقع أنها قد تؤدي إلى:

- خطر شديد على صحتك أو صحة جنينك؛ أو
- ضرر خطير على وظائف الجسم؛ أو
- خلل جسيم في أداء وظائف أي عضو في الجسم؛ أو
- في حالة المرأة الحامل في مرحلة المخاض النشط، إذا حدث الآتي:
 - عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
 - يمكن أن يشكل النقل إلى مستشفى أخرى خطرًا على صحتك أو الجنين أو سلامته.

إذا حصلت على رعاية طبية طارئة لدى مستشفى من خارج الشبكة وكنت في حاجة لتلقي رعاية بالقسم الداخلي بعد استقرار الحالة الطارئة، يجب العودة إلى مستشفى من داخل الشبكة لرعايتك لمواصلة الدفع مقابل الخدمة. يمكنك الإقامة في مستشفى خارج الشبكة للحصول على رعايتك بالقسم الداخلي فقط إذا وافقت الخطة على إقامتك

- التغطية في الولايات المتحدة.

بخصوص التغطية خارج الولايات المتحدة، يُرجى مراجعة "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" أدناه في جدول المزايا هذا.

تعني الولايات المتحدة: الولايات الخمسين، ومقاطعة كولومبيا، وبورتوريكو، وجزر فيرجين أيلاندز، وغوام، وجزر ماريانا الشمالية وساموا الأمريكية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

خدمات تنظيم الأسرة

يسمح لك القانون باختيار أي مقدم خدمة للحصول على خدمات معينة خاصة بتنظيم الأسرة . وهذا يعني أي طبيب أو عيادة أو صيدلية أو مكتب لتنظيم الأسرة.

سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:

- اختبار تنظيم الأسرة والعلاج الطبي
 - مختبر تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية
 - وسائل تنظيم الأسرة (جهاز اللولب الرحمي أو الزرع أو الحقن أو أقراص منع الحمل والرقعات أو الحلقات)
 - لوازم تنظيم الأسرة المتاحة بوصفة طبية (الواقي الذكري والإسفنجة والرغوة والغشاء والحجاب العازل الأنثوي وغطاء عنق الرحم)
 - الاستشارات الخاصة بالعمق وتشخيصه والخدمات ذات الصلة
 - الاستشارة والاختبار والعلاج للأمراض المنقولة جنسياً (STI)
 - الاستشارات والاختبارات الخاصة بالأمراض المنقولة جنسياً (STI) ومتلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) والحالات المرضية الأخرى المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسبة (HIV)
 - وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يبلغ عمرك 21 عامًا أو أكبر لاختيار وسيلة تنظيم الأسرة هذه. يجب أن توقع على استمارة موافقة تعقيم فيدرالية قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن ليس قبل أكثر من 180 يومًا من موعد الجراحة.)
 - الاستشارة الوراثية
- سوف ندفع أيضًا مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ولكن يجب أن تزور مقدم خدمة تابع لشبكتنا للحصول على الخدمات التالية:
- علاج الحالات الطبية الخاصة بالعمق (لا تشمل هذه الخدمة الطرق الصناعية للحمل).
 - علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) وحالات أخرى تتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية (HIV)
 - الفحوصات الجينية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
	<p>برامج التوعية الخاصة بالصحة والعافية</p> <p>نقدم الكثير من البرامج التي تركز على حالات صحية محددة. وتتضمن هذه:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صفوف التنقيف الصحي، • وصفوف التنقيف الغذائي، • والإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ، و • والخط الساخن للمريض • برنامج Fitness Benefit <p>يمكنك برنامج Fitness Benefit عضوية أساسية للعناية باللياقة البدنية في المرافق المشاركة، أو يمكنك طلب برنامج للعناية باللياقة البدنية في المنزل.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p>خدمات السمع</p> <p>نحن ندفع مقابل أي اختبارات للسمع والتوازن تُجرى بواسطة مقدم الخدمة الذي تتعامل معه. تخبرك هذه الاختبارات عما إذا كنت في حاجة إلى علاج طبي. ويتم تغطيتها كإعانة خارجية عندما تحصل عليها من طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم خدمة آخر مؤهل.</p> <p>إذا كنت حاملاً أو تقيمين في مرفق ترميزي، كما سندفع مقابل وسائل المساعدة على السمع، بما في ذلك:</p> <ul style="list-style-type: none"> • القوالب والمستلزمات والملحقات • الإصلاحات التي تكلف أكثر من \$25 لكل إصلاح • مجموعة أولية من البطاريات • ستة زيارات للتدريب وعمليات الضبط والتركييب من نفس البائع بعد الحصول على وسيلة المساعدة على السمع • استئجار وسائل المساعدة لفترة تجريبية <p>تكلفة خدمات ميزات وسائل المساعدة على السمع، بما في ذلك ضريبة المبيعات، تبلغ \$1,510 لكل عام مالي (يمتد العام المالي من يوليو وحتى يونيو من العام التالي). إذا كنت حاملاً أو تعيشين في مرفق رعاية ترميزية، فلا ينطبق عليك الحد الأقصى لمبلغ الميزات البالغ \$1,510. استبدال وسائل المساعدة على السمع المفقودة أو المسروقة أو التالفة نظراً لظروف خارجة عن إرادتك غير مشمول في مبلغ الميزات الأقصى البالغ \$1,510.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) </p> <p>نحن ندفع مقابل اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) كل 12 شهرًا للأفراد:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الذين يطلبون إجراء اختبار فيروس نقص المناعة البشرية، أو • المعرضين لنسبة عالية من مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. <p>بالنسبة للنساء الحوامل، ندفع مقابل ما يصل إلى ثلاثة اختبارات لفحص فيروس نقص المناعة البشرية أثناء الحمل.</p>	
<p>رعاية الوكالة الصحية المنزلية</p> <p>قبل أن تتمكن من الحصول على الخدمات الصحية المنزلية، يجب أن يخبرنا أحد الأطباء بأنك بحاجة إليها، ويتم تقديم هذه الخدمات من قبل وكالة صحية منزلية.</p> <p>سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الرعاية التمريضية الماهرة بشكل متقطع أو جزئي وخدمات مساعد الصحة المنزلية (لكي تتم التغطية بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، لا بد أن يكون مجموع ساعات الرعاية التمريضية الماهرة وخدمات مساعد الصحة المنزلية أقل من 8 ساعات في اليوم و35 ساعة في الأسبوع). • العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>علاج الحقن المنزلي</p> <p>ستدفع الخطة مقابل علاج الحقن المنزلي والذي يُعرف بأنه عبارة عن أدوية أو مواد بيولوجية تُحقن في الوريد أو تحت الجلد وتقدم لك في المنزل. يلزم إجراء الحقن المنزلي لما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الدواء أو المادة البيولوجية مثل الغلوبولين المضاد للفيروسات أو المناعي; • المعدات، مثل المضخة; • والمستلزمات مثل الأنابيب أو القسطرة. <p>ستغطي الخطة خدمات الحقن المنزلي، التي تشمل على سبيل المثال وليس الحصر ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، التي تقدم وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بك; • تدريب وتنظيف الأعضاء غير المدرج بالفعل في ميزة المعدات الطبية المعمرة; • المراقبة عن بُعد; • وخدمات المراقبة لتقديم علاج وأدوية الحقن المنزلي من قبل مورد مؤهل لعلاج الحقن المنزلي. 	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الرعاية في مرحلة الاحتضار

يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية في مرحلة الاحتضار معتمد من Medicare. يحق لك اختيار الرعاية في مرحلة الاحتضار في حال قرر مقدم الخدمة الخاص بك والمدير الطبي للرعاية في مرحلة الاحتضار بأن لديك تشخيص إصابة بمرض عضال. ويعني هذا بأنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش لمدة ستة أشهر أو أقل. يمكن لطبيب رعاية مرحلة الاحتضار الخاص بك أن يكون مقدم خدمات من داخل الشبكة أو من خارجها.

ستدفع الخطة مقابل ما يلي أثناء حصولك على الخدمات في مرحلة الاحتضار:

- الأدوية الخاصة بعلاج الأعراض والألام
- الرعاية المؤقتة قصيرة الأمد
- الرعاية المنزلية

يتم إرسال فواتير الخدمات في مرحلة الاحتضار التي يغطيها برنامج Medicare الجزء أ والجزء ب إلى برنامج Medicare.

- راجع القسم "و" من هذا الفصل للحصول على المزيد من المعلومات.

بالنسبة للخدمات المشمولة بتغطية خطتنا ولكنها غير مغطاة من Medicare الجزء أ أو الجزء ب:

- سوف يغطي Health Net Cal MediConnect الخدمات المشمولة بتغطية الخطة وغير المشمولة في Medicare الجزء أ أو الجزء ب. وسوف تغطي الخطة الخدمات سواء كانت متعلقة بالتشخيص النهائي أم لا. لن تتكبد أي تكاليف مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تغطيها مزايا Medicare الجزء د التابعة لبرنامج Health Net Cal MediConnect:

- لا تكون الأدوية مشمولة بتغطية كل من الرعاية في مرحلة الاحتضار وخطتنا في الوقت عينه. للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الفصل 5.

ملحوظة: إذا كنت في حاجة إلى الرعاية غير التابعة للرعاية في مرحلة الاحتضار، يجب أن تتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للترتيب للخدمات. الرعاية غير التابعة للرعاية في مرحلة الاحتضار هي الرعاية غير المتعلقة بالتشخيص بالإصابة بمرض عضال.

تغطي خطتنا خدمات الاستشارات الاستشفائية (مرة واحدة فقط) للمريض المصاب بمرض عضال الذي لم يختَر ميزة الرعاية الصحية في مرحلة الاحتضار.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إنذارًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

التطعيمات



سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:

- لقاح الالتهاب الرئوي
 - حقن الإنفلونزا، مرة كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع حقن إضافية للإنفلونزا إذا استدعت الضرورة الطبية ذلك
 - لقاح الالتهاب الكبدي الوبائي ب، إذا كانت نسبة خطورة تعرضك للإصابة بالالتهاب الكبدي الوبائي ب مرتفعة أو متوسطة
 - اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا لمخاطر وكانت تستوفي قواعد تغطية Medicare الجزء ب
- سوف ندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد التغطية لبرنامج Medicare الجزء د. اقرأ الفصل 6 لمعرفة المزيد.
- سوف ندفع أيضًا مقابل جميع اللقاحات للبالغين على النحو الموصى به من قبل اللجنة الاستشارية المعنية بممارسات التحصين (ACIP).
- ينبغي أن تتحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة فيما يتعلق بلقاح الالتهاب الكبدي الوبائي ب أو غير ذلك من اللقاحات.
- لا يلزم الحصول على الإذن المسبق (الموافقة المسبقة) للقاح الالتهاب الرئوي أو اللقاحات المضادة للإنفلونزا.
- قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ، بالنسبة للقاح الالتهاب الكبدي الوبائي ب أو غير ذلك من اللقاحات.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الرعاية الداخلية بالمستشفى

سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وبعض الخدمات الأخرى الضرورية طبياً غير المدرجة هنا:

- غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضرورياً طبياً)
 - الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة
 - خدمات التمريض المعتادة
 - تكاليف وحدات الرعاية الخاصة، مثل الرعاية المركزة أو وحدات العناية التاجية
 - الأدوية والعقاقير
 - الاختبارات المعملية
 - خدمات الأشعة السينية وخدمات الأشعة
 - المستلزمات الطبية والجراحية الضرورية
 - الأجهزة مثل المقاعد المتحركة
 - خدمات غرفة العمليات والإفاقة
 - العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب
 - خدمات سوء استعمال المواد للمرضى المقيمين
 - في بعض الأحيان، الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة ونخاع العظم والخلايا الجذعية والأمعاء/الأحشاء.
- إذا كنت في حاجة إلى عملية زرع، فسيقوم مركز زراعة معتمد من قبل Medicare بمراجعة حالتك ويقرر إذا ما كنت مرشحاً لعملية الزرع أم لا. قد يكون مقدمو خدمة عملية الزرع في نطاق الخدمة المحلية أو خارجها. إذا كان مقدمو خدمة عملية الزرع المحلية سيقبلون أسعار Medicare، يمكنك حينها الحصول على خدمات عملية الزرع محلياً أو خارج طرق الرعاية المجتمعية المعتادة. وإذا قدمت Health Net Cal MediConnect خدمات عملية الزرع خارج طرق الرعاية المجتمعية المعتادة واخترت الحصول على عملية الزرع هناك، فسوف نرتب أو ندفع مقابل تكاليف الإقامة والسفر لك ولشخص آخر.
- الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه
 - الخدمات ذات الصلة بالأطباء

يجب أن تحصل على موافقة من الخطة لمواصلة الحصول على الرعاية بالقسم الداخلي في مستشفى خارج الشبكة بعد أن أصبحت حالتك الطارئة تحت السيطرة.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إنذاراً مسبقاً (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
	<p style="text-align: center;">رعاية الصحة العقلية للمرضى المقيمين</p> <p>سوف ندفع مقابل خدمات رعاية الصحة العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● إذا كنت في حاجة إلى خدمات المرضى المقيمين في مستشفى مستقل للأمراض النفسية، فسوف ندفع مقابل أول 190 يومًا بعد ذلك، سوف تدفع وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة مقابل الخدمات النفسية الضرورية طبياً للمرضى المقيمين. يتم تنسيق إذن الرعاية ما بعد 190 يوماً مع وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة. ○ لا ينطبق حد الـ 190 يوماً على خدمات الصحة العقلية للمرضى المقيمين المقدمة في وحدة نفسية بمستشفى عام. ● إذا كان عمرك 65 عامًا أو أكبر، فسوف ندفع مقابل الخدمات المتلقاة في معهد للأمراض العقلية (IMD). ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة. <p>قد تتطلب التغطية إنذارًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p style="text-align: center;">الإقامة داخل المستشفى: الخدمات المشمولة بالتغطية في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية ماهرة (SNF) خلال إقامة مريض داخلي غير مشمولة بالتغطية</p> <p>إذا كانت إقامتك الداخلية غير مبررة وغير ضرورية من الناحية الطبية، فلن ندفع مقابلها.</p> <p>إلا أنه، في بعض الحالات حيث لا تكون الرعاية في أثناء الإقامة بالمستشفى مشمولة بالتغطية، قد ندفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في أثناء وجودك في المستشفى أو في مرفق الرعاية الترميضية. للتعرف على المزيد، اتصل بخدمات الأعضاء.</p> <p>سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● خدمات الأطباء ● الاختبارات التشخيصية مثل الفحوصات المخبرية ● الأشعة السينية والعلاج بالنظائر بما في ذلك مواد وخدمات الفينين ● الضمادات الجراحية ● الجبائر، والقوالب وغير ذلك من الأجهزة التي تستخدم في حالات الكسور والخلع ● الأجهزة التعويضية والتكميلية، بخلاف المتعلقة بالأسنان، بما في ذلك استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة. وتكون هذه هي أجهزة: <ul style="list-style-type: none"> ○ تحل محل عضو داخلي بالجسم أو جزء منه (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو ○ تحل محل وظيفة، بالكامل أو جزئيًا، لعضو داخلي بالجسم ضامر أو معتل. ● جبائر الساق والذراع والظهر وأطواق الرقبة وأحزمة الفتق والأرجل والأيدي والعيون الصناعية. وهذا يشمل عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال الضرورية نظرًا للانكسار أو التآكل أو فقدان أو التغيير في حالة المريض ● العلاج الطبيعي وعلاج التخاطب والعلاج المهني

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

خدمات ومستلزمات مرض الكلى

سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:

- خدمات التنقيف الخاصة بأمراض الكلى للتنقيف برعاية الكلى ومساعدة الأعضاء في اتخاذ قرارات جيدة فيما يتعلق برعايتهم. يجب أن يكون لديك مرض كلوي مزمن من المرحلة الرابعة، ويجب أن يحيلك طبيبك. سوف نغطي ما يصل إلى ست جلسات من خدمات التنقيف المتعلقة بالمرض الكلوي.
 - علاجات غسيل الكلى للمرضى الخارجيين، بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند التواجد خارج نطاق الخدمة، وفق ما هو موضح في الفصل 3.
 - علاجات غسيل الكلى للمرضى الداخليين إذا تم إدخالك كمريض مقيم إلى مستشفى للرعاية الخاصة
 - تدريب غسيل الكلى الذاتي، بما في ذلك التدريب لك ولأي شخص يساعدك في علاجات غسيل الكلى في المنزل
 - معدات ومستلزمات غسيل الكلى بالمنزل
 - خدمات محددة للدعم المنزلي، مثل الزيارات الضرورية من قبل موظفين مدربين على عمليات غسيل الكلى لمراقبة علمية غسيل الكلى بالمنزل الخاصة بك وتفقد معدات غسيل الكلى وإمداد المياه.
 - تدفع ميزات برنامج Medicare الجزء ب مقابل بعض أدوية غسيل الكلى. للاطلاع على مزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى "أدوية الوصفات الطبية لبرنامج Medicare الجزء ب" أدناه.
- ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

فحص سرطان الرئة



سوف تدفع الخطة مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا إذا:

- كان عمرك يتراوح بين 55-80 عامًا، و
- زرت طبيبك أو مقدم رعاية آخر مؤهل للاستشارة واتخاذ قرار مشترك، و
- كنت تدخن علبة واحدة في اليوم على الأقل بدون أعراض واضحة لسرطان الرئة أو تدخن حاليًا أو أقلعت عن التدخين خلال السنوات الخمس عشرة الماضية.

وبعد إجراء الفحص الأولي، ستدفع الخطة مقابل فحص آخر كل سنة مع طلب خطي من طبيبك أو مقدم رعاية آخر مؤهل.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>الميزات الخاصة بالوجبات</p> <p>تُغطي خطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما يصل إلى اثنين (2) من الوجبات التي يتم توصيلها إلى المنزل يوميًا لمدة تصل إلى 14 يومًا بعد الخروج من مستشفى أو مرفق ترمييز ماهر • يجب أن تكون الوجبات قد أمر بها طبيب أو ممارس من غير الأطباء <p>اتصل بخدمات الأعضاء لتحديد موعد تسليم الوجبات. توجد أرقام الهاتف على الغلاف الخلفي لهذا الكتيب.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>علاج التغذية الطبي</p> <p>هذه الميزة هي للأفراد المصابين بمرض السكري أو أمراض الكلى بدون غسيل الكلى. كما أنها للمرضى بعد الزرع الكلوي عند الإحالة من قبل طبيبك.</p> <p>سوف ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة الشخصية خلال أول عام من تلقيك خدمات علاج التغذية الطبي بموجب برنامج Medicare (وهذا يشمل خطتنا أو أي خطة أخرى من Medicare Advantage أو Medicare). قد نوافق على خدمات إضافية إذا استدعت الضرورة الطبية ذلك.</p> <p>سوف ندفع مقابل ساعتين من خدمات الاستشارة الشخصية كل عام بعد ذلك. في حال تغير حالتك أو علاجك أو تشخيصك، قد تتمكن من الحصول على مزيد من ساعات العلاج مع إحالة من الطبيب. يجب أن يصف الطبيب هذه الخدمات ويقوم بتجديد الإحالة كل عام في حالة الاحتياج إلى العلاج في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا استدعت الضرورة الطبية ذلك.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>برنامج Medicare الخاص بالوقاية من داء السكري (MDPP)</p> <p>سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية ضمن برنامج Medicare الخاص بالوقاية من داء السكري (MDPP): تم تصميم برنامج Medicare الخاص بالوقاية من داء السكري لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. وهو يوفر تدريبًا عمليًا حول:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التغيير في النظام الغذائي على المدى الطويل، و • زيادة النشاط البدني، و • طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي. <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الخدمات التي تُدفع مقابلها خطتنا

الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية من الجزء ب لبرنامج Medicare

- هذه الأدوية مشمولة بموجب الجزء ب من برنامج Medicare. قد تخضع بعض الأدوية لطريقة العلاج المرحلي. سوف تدفع Health Net Cal MediConnect مقابل الأدوية التالية:
- الأدوية التي لا تعطى لنفسك عادةً ويتم حقنها أو تسريبها عند حصولك على خدمات الطبيب أو خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفى أو خدمات المركز الجراحي الجوال
 - الأدوية التي تأخذها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل الرذاذات) المصرح بها من الخطة
 - عوامل التجلط التي تعطى لنفسك من خلال الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا
 - الأدوية الكابتة للمناعة، إذا كنت مسجلاً في الجزء أ من Medicare عند زراعة العضو
 - أدوية ترقق العظام التي يتم حقنها. يتم دفع مقابل هذه الأدوية إذا كنت نزيل الدار وكنت تعاني من كسر عظمي أعرب الطبيب عن أنه ناتج عن ترقق العظام ما بعد سن اليأس ولا يمكنك حقن نفسك بالدواء
 - المستضدات
 - بعض الأدوية الفموية المضادة للسرطان والأدوية المضادة للغثيان
 - أدوية معينة لغسيل الكلى المنزلي، بما في ذلك الهيبارين وترياق الهيبارين (عند الضرورة الطبية) والتخدير الموضعي والعوامل المحفزة لتكون الكريات الحمراء (مثل ريتناكرت)
 - الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية
- سينقلك الرابط التالي إلى قائمة أدوية الجزء ب التي قد تخضع للعلاج المرحلي:
<https://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/resources.html>
- كما نغطي بعض اللقاحات تحت ميزة الأدوية الموصوفة للجزء ب والجزء د في برنامج Medicare.
- يوضح الفصل 5 الميزة الخاصة بالأدوية التي تُصرف بوصفة طبية للمرضى الخارجيين. وهو يوضح القواعد التي يجب اتباعها لتغطية الوصفات الطبية.
- يوضح الفصل 6 مقدار ما تدفعه مقابل أدويةك التي تُصرف بوصفة طبية كونك مريضًا خارجيًا من خلال خطتنا.
- قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (مواقفة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP):

يعد برنامج خدمات المسنين متعددة الأغراض (MSSP) برنامجًا لإدارة الحالة يوفر الخدمات المنزلية والخدمات المجتمعية (HCBS) للأفراد المؤهلين لبرنامج Medi-Cal.

لتكون مؤهلاً، يجب أن تكون بالغًا من العمر 65 عامًا أو أكثر وتعيش في نطاق خدمة الموقع وتكون قادرًا على تلقي الخدمات في إطار حدود تكاليف برنامج خدمات المسنين متعددة الأغراض (MSSP) ومناسبًا لخدمات إدارة الرعاية ومؤهلًا حاليًا لبرنامج Medi-Cal ومؤهلًا أو قابلاً للتأهيل للإيداع في مرفق للرعاية التمريضية.

يشمل برنامج خدمات المسنين متعددة الأغراض ما يلي:

- مركز الدعم/الرعاية اليومية للبالغين
- المساعدة السكنية
- المساعدة الخاصة بالرعاية اليومية والشخصية
- الإشراف الوقائي
- إدارة الرعاية
- المهلة
- وسائل النقل والمواصلات
- خدمات الوجبات
- الخدمات الاجتماعية
- خدمات الاتصالات

هذه الميزة مشمولة بالتغطية حتى \$5,356.25 كل عام.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (مواقفة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود للاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

النقل الطبي غير الطارئ

تسمح لك هذه الفائدة بالنقل الأكثر فعالية من حيث التكلفة والأكثر قدرة للوصول إليه. ويمكن أن يشمل هذا: الإسعاف والسيارة الفان ذات النقالة وخدمات النقل الطبي عبر الفان ذات الكرسي المتحرك والتنسيق مع وسائل النقل غير الرسمية.

ينم التصريح بأشكال النقل عندما:

- لا تسمح حالتك الطبية و/أو الجسمانية بالتنقل بالحافلة أو سيارة الركاب أو سيارة الأجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام أو الخاص، و

- ويكون النقل مطلوبًا بغرض الحصول على رعاية طبية ضرورية.

لطلب خدمات النقل المذكورة أعلاه، يجب الاتصال بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

يجب تقديم طلب النقل مسبقًا قبل سبعة أيام عمل للنقل الطبي غير الطارئ والنقل غير الطبي.

وإذا كنت بحاجة لترتيب الخدمات بمهلة أقصر، فسيتم النظر في هذه الطلبات على أساس كل حالة على حدة واعتمادًا على طبيعة الموعد، ومتى تم ترتيب الموعد للخدمة الطبية وتوافر مصادر النقل.

سيعمل LogistiCare على تسهيل الحصول على وصفة طبية (استمارة بيان شهادة الطبيب) من مقدم رعايتك.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا حسب الخدمة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

النقل غير الطبي

تسمح هذه الميزة بالنقل للحصول على الخدمات الطبية من خلال سيارة ركاب أو سيارة أجرة أو غير ذلك من أشكال النقل العام/الخاص. ولا تحد هذه الفائدة من فائدة النقل الطبي غير الطارئ. يرجى الرجوع إلى الفصل رقم 3، القسم 3 للاطلاع على معلومات إضافية بخصوص خدمات النقل.

لطلب خدمات النقل المذكورة أعلاه، يجب الاتصال بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

يجب تقديم طلب النقل مسبقًا قبل سبعة أيام عمل للنقل الطبي غير الطارئ والنقل غير الطبي.

وإذا كنت بحاجة لترتيب الخدمات بمهلة أقصر، فسيتم النظر في هذه الطلبات على أساس كل حالة على حدة واعتمادًا على طبيعة الموعد، ومتى تم ترتيب الموعد للخدمة الطبية وتوافر مصادر النقل.

سيعمل LogistiCare على تسهيل الحصول على وصفة طبية (استمارة بيان شهادة الطبيب) من مقدم رعايتك.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

رعاية المرفق التمريضي

يعد المرفق التمريضي (NF) مكانًا يوفر الرعاية للأفراد الذين لا يمكنهم تلقي رعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون للإقامة في مستشفى. تشمل الخدمات التي تدفع مقابلها، على سبيل المثال وليس الحصر، ما يلي:

- غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضروريًا طبيًا)
- الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة
- خدمات التمريض
- العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب
- العلاج التنفسي
- الأدوية المقدمة إليك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك. (وهذا يضم المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تجلط الدم).
- الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه
- المستلزمات الطبية والجراحية التي عادة ما تقدم من خلال مرافق الرعاية التمريضية
- الفحوصات المخبرية التي تجريها عادة مرافق الرعاية التمريضية
- الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى المخبرية التي تجريها عادة مرافق الرعاية التمريضية
- استخدام الأجهزة مثل المقاعد المتحركة المقدمة عادة من قبل مرافق الرعاية التمريضية
- الخدمات ذات الصلة بالأطباء/الممارسين
- المعدات الطبية المعمرة
- خدمات الأسنان، بما في ذلك أطقم الأسنان الاصطناعية
- ميزات البصر

تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>رعاية المرفق التمريضي (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • اختبارات السمع • رعاية تقويم العمود الفقري • خدمات طب الأقدام <p>سوف تحصل على رعايتك عادة من قبل مرافق الشبكة. ولكن يمكنك الحصول على الرعاية من منشأة لا تنضوي تحت شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا كانوا يقبلون مبالغ السداد الخاصة بخطتنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دار رعاية أو مجتمع عناية مستمرة بالمتقاعدين كنت تعيش به مباشرة قبل الذهاب إلى المستشفى (طالما توفر رعاية المرافق التمريضية). • مرفق الرعاية التمريضية الذي يعيش به الزوج بعد مغادرة المستشفى. <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>فحص السمنة وعلاج خفض الوزن </p> <p>إذا كان مقياس كتلة الجسم الخاص بك يبلغ 30 أو أكثر، فسوف ندفع مقابل تقديم الاستشارة لمساعدتك في خفض الوزن. يجب أن تحصل على الاستشارات في مكان للرعاية الأولية. وبهذا، يمكن إدارتها من خلال خطة الوقاية الكاملة الخاصة بك. تحدث إلى مقدم الرعاية الأولية للاطلاع على المزيد من المعلومات.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>خدمات برنامج علاج تعاطي الأفيون</p> <p>ستدفع الخطة مقابل الخدمات التالية لمعالجة اضطراب تعاطي الأفيون:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA)، وإذا أمكن، تدبير هذه الأدوية واعطائها لك • استشارات تخصص تعاطي المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار للمخدرات أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السموم) <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

اختبارات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية

سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وبعض الخدمات الأخرى الضرورية طبياً غير المدرجة هنا:

- الأشعة السينية.
- الإشعاع (الراديووم والنظائر) بما في ذلك مواد ومستلزمات الفنينين
- المستلزمات الجراحية مثل الضمادات
- الجبائر، والقوالب وغير ذلك من الأجهزة التي تستخدم في حالات الكسور والخلع
- الاختبارات المعملية
- الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه
- الخدمات الإشعاعية التشخيصية (بما في ذلك الاختبارات المعقدة مثل التصوير المقطعي المحوسب (CT) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) وتصوير الأوعية بالرنين المغناطيسي (MRA) والتصوير الطبقي بالإصدار الفوتوني (SPECT))

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين

نحن ندفع مقابل الخدمات الضرورية طبياً التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بإحدى المستشفيات لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة، مثل:

- الخدمات التي يتم الحصول عليها في قسم الطوارئ أو عيادة المرضى الخارجيين مثل خدمات الملاحظة أو جراحة المرضى الخارجيين
 - تساعد خدمات الملاحظة طبيبك على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى كـ "مريض داخلي".
 - في بعض الأحيان، يمكن أن تبقى في المستشفى حتى الصباح التالي ولا تزال "مريضاً خارجياً".
 - يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كونك مريضاً بالقسم الداخلي أو مريضاً بالعيادات الخارجية في ورقة الحقائق هذه: www.medicare.gov/sites/default/files/2018-09/11435-Are-You-an-Inpatient-or-Outpatient.pdf
 - الاختبارات المعملية والتشخيصية التي ترسل المستشفى فاتورة بها
 - رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج الاستشفاء الجزئي، في حال إقرار طبيب بأن علاج المريض الداخلي ضروري بدونها
 - الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي يقدم المستشفى فواتير بها
 - المستلزمات الطبية مثل الشرائح والجبائر
 - العروض والخدمات الوقائية المدرجة في جدول الميزات
 - بعض الأدوية التي لا تستطيع استعمالها بنفسك
- ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إذناً مسبقاً (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين

سوف ندفع مقابل خدمات الصحة العقلية المقدمة من قبل:

- طبيب أو طبيب نفسي مرخص في الولاية
 - أخصائي علاج نفسي
 - عامل اجتماعي سريري
 - أخصائي تمرير سريري
 - ممرضة ممارسة
 - مساعد طبيب
 - أي متخصص رعاية للصحة العقلية مؤهل من Medicare وفق ما يسمح به من قبل قوانين الولاية السارية
- سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا:

- خدمات العيادات
- العلاج اليومي
- خدمات إعادة التأهيل النفسي الاجتماعي
- برامج الاستشفاء الجزئي/المرضى الخارجيين المكثفة
- التقييم والعلاج الفردي والجماعي للصحة العقلية
- الفحص النفسي عند التوصية سريريًا بتقييم نتيجة تتعلق بالصحة العقلية
- خدمات المرضى الخارجيين لأغراض متابعة العلاج بالأدوية
- مختبر العيادات الخارجية وأدويتها ومستلزماتها ومكملاتها
- الاستشارات النفسية

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين

سوف ندفع مقابل العلاج النفسي والعلاج المهني وعلاج التخاطب.

يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين من أقسام المرضى الخارجيين بالمستشفى ومكاتب المعالجين المستقلين ومرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORFs) وغير ذلك من المرافق.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
	<p>خدمات سوء استعمال المواد للمرضى الخارجيين</p> <p>سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● الفحص والاستشارة بخصوص تعاطي المشروبات الكحولية ● علاج تعاطي المخدرات ● الاستشارات الفردية أو الجماعية من قبل طبيب سريري مؤهل ● علاج الإدمان شبه الحاد في برنامج الإدمان الداخلي ● خدمات تعاطي الكحول و/أو الأدوية في مركز علاج المرضى الخارجيين المكثف ● علاج نالتريكسون (فيفيترو) ممتد الإفراز. <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p>الجراحة للمرضى الخارجيين</p> <p>سندفع مقابل الجراحة والخدمات الخاصة بالمرضى الخارجيين في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى والمراكز الجراحية الجواله.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p>العناصر المتاحة بدون وصفة طبية (OTC)</p> <p>ستدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0 للعناصر المتاحة بدون وصفة طبية والمشمولة بالتغطية.</p> <p>تغطي الخطة ما يصل إلى \$55 لكل ربع تقويمي للعناصر المتاحة بالبريد. لا يمكن ترحيل أي مبلغ غير مستخدم إلى ربع السنة التالي.</p> <p>راجع الكتالوج لمعرفة القبول المتعلقة بالعناصر.</p>
	<p>خدمات الاستشفاء الجزئي</p> <p>يعد الاستشفاء الجزئي برنامجًا هيكليًا للعلاج النفسي الفعال. ويتم توفيره في مكان للمرضى الخارجيين بالمستشفى أو من خلال مركز للصحة العقلية المجتمعية. وهي تعتبر رعاية مكثفة أكثر من كونها الرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج. وقد تساعد في عدم اضطرارك للإقامة في المستشفى.</p> <p>ملحوظة: نظرًا لأن Cal MediConnect تحتاج شهادة Medicare، فنحن نغطي الاستشفاء الجزئي فقط في مكان مرضى العيادات الخارجية في المستشفى.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

خدمات الأطباء/مقدمي الخدمة، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء


سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:

- الرعاية الصحية الضرورية طبيًا أو الخدمات الجراحية المقدمة في أماكن مثل:
 - عيادة طبيب
 - مركز جراحي جوال معتمد
 - قسم العيادات الخارجية بإحدى المستشفيات
- الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل متخصص
- اختبارات السمع الرئيسية والتوازن التي يجريها مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، إذا طلب طبيبك ذلك لمعرفة إذا ما كنت في حاجة للعلاج أم لا
- خدمات معينة للرعاية الصحية عن بعد، بما في ذلك خدمات: الرعاية الأولية وخدمات الطبيب الأخصائي وخدمات أخصائي الرعاية الصحية الأخرى وخدمات الصحة العقلية المتخصصة لمرضى العيادات الخارجية، بما في ذلك الرعاية النفسية.
 - يمكنك أن تختار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو من خلال الرعاية الصحية عن بعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات من خلال الرعاية الصحية عن بعد، فيتعين عليك الاستعانة بمقدم خدمة في الشبكة
- تقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بأمراض الكلى في مرحلتها الأخيرة للأعضاء المحتاجين لغسيل الكلى في المنزل في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز غسيل الكلى في المستشفى للحالات الحرجة أو مرفق غسيل الكلى أو منزل العضو.
- تقديم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص السكتة الدماغية أو تقييمها أو معالجة أعراضها.
- عمليات تسجيل الوصول الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو الدردشة المرئية) مع طبيبك لمدة 5-10 دقائق إذا:
 - لم تكن مريضًا جديدًا عند الطبيب و
 - لا يرتبط تسجيل الوصول بزيارة العيادة خلال الأيام السبعة (7) الماضية و
 - لا يؤدي تسجيل الوصول إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح
- تقييم الفيديو و/أو الصور التي أرسلتها إلى طبيبك والشرح والمتابعة بواسطة طبيبك في غضون 24 ساعة إذا:
 - لم تكن مريضًا جديدًا عند الطبيب و
 - لا يرتبط التقييم بزيارة العيادة خلال الأيام السبعة (7) الماضية و
 - لا يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح
- استشارة طبيبك لأطباء آخرين عن طريق الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا
 - اتصل بعيادة مقدم الخدمة لمعرفة ما إذا كان يقدم خدمات الرعاية الصحية عن بعد وللحصول على معلومات عن كيفية الوصول إلى تلك الخدمات.

تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
	<p>خدمات الأطباء/مقدمي الخدمة، بما في ذلك زيارات عيادات الأطباء (تابع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • رأي آخر من مقدم خدمة آخر في الشبكة قبل إجراء عملية جراحية • رعاية الأسنان غير الروتينية. تقتصر الخدمات المشمولة بالتغطية على: <ul style="list-style-type: none"> ○ جراحة الفك أو التركيبات ذات الصلة ○ إصلاح كسور الفك أو عظام الوجه ○ اقتلاع الأسنان قبل العلاج بالإشعاع للسرطان الورمي ○ الخدمات المشمولة بالتغطية عند تقديمها من قبل طبيب <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p>خدمات طب الأقدام</p> <p>سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات القدم وأمراضها (مثل إصبع القدم المطرقية أو الشوكات العظمية) • رعاية القدم الروتينية لأعضاء المصابين بحالات تؤثر على الساقين، مثل السكري <p>تقتصر رعاية القدم الروتينية الإضافية على 12 زيارة في العام حيث تتضمن قص أو إزالة مسامير القدم والنسيج المتصلب وتقليم الأظافر أو قصها.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p>
	<p>اختبارات فحص سرطان البروستاتا </p> <p>للأفراد البالغين من العمر 50 عامًا فما فوق، سوف ندفع مقابل الخدمات التالية مرة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص المستقيم الرقمي • اختبار المستضد النوعي للبروستاتا (PSA) <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
<p>الأجهزة التعويضية واللوازم ذات الصلة</p> <p>تحل الأجهزة التعويضية محل جزء من الجسم أو وظيفة به بشكل كامل أو جزئي سوف ندفع مقابل الأجهزة التعويضية التالية وربما بعض الأجهزة الأخرى غير المدرجة هنا:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● أكياس فغر القولون واللوازم المتعلقة برعاية فغر القولون ● التغذية المعوية والتغذية بالحقن، بما في ذلك مجموعات لوازم التغذية، ومضخة التسريب، والأنابيب والمحول، والمحالي، ولوازم الحقن الذاتي ● الناظمات ● الدعامات ● الأحذية التعويضية ● الأذرع والأرجل الصناعية ● الثدي الصناعي (بما في ذلك صديريّة الثدي الجراحية بعد استئصال الثدي) ● الأطراف الاصطناعية لتحل محل كل الأجزاء الخارجية للوجه أو جزء منها والتي تم إزالتها أو تضررت نتيجة لمرض أو إصابة أو عيب خلقي ● كريم سلس البول والحفاضات <p>وسوف ندفع مقابل بعض اللوازم المتعلقة بالأجهزة التعويضية. وسوف ندفع أيضًا مقابل إصلاح الأجهزة التعويضية أو استبدالها.</p> <p>نوفر بعض التغطية بعد إزالة المياه البيضاء أو جراحة المياه البيضاء. انظر عنوان "الرعاية البصرية" الوارد لاحقًا في هذا القسم للاطلاع على التفاصيل.</p> <p>لن ندفع مقابل الأجهزة التعويضية السنّية.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة للحصول على مستلزمات وحفاضات سلس البول.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	
<p>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</p> <p>سوف ندفع مقابل برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء المصابين بمرض الانسداد الرئوي المزمن المعتدل إلى الشديد للغاية (COPD). يجب أن تحصل على إحالة بخصوص إعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمة الذي يعالج مرض الانسداد الرئوي المزمن.</p> <p>سوف ندفع مقابل خدمات الجهاز التنفسي للمرضى المعتمدين على أجهزة التنفس الصناعي.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>	

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الفحص والاستشارة لحالات العدوى المنقولة جنسياً (STI)



سوف ندفع مقابل عمليات فحص داء المتدثرة والسيلان والزهري والالتهاب الكبدي الوبائي B. وتكون هذه الفحوصات مشمولة بالتغطية للحوامل ولبعض الأفراد المعرضين لخطر متزايد من الإصابة بعدوى منقولة جنسياً. يجب على مقدم الرعاية الأولية طلب إجراء الاختبارات. نغطي هذه الاختبارات مرة كل 12 شهراً أو في أوقات معينة خلال الحمل. وسوف نغطي أيضاً ما يصل إلى جلستي استشارة سلوكية مكثفة وجهاً لوجه كل عام للبالغين النشطين جنسياً المعرضين لخطر متزايد من الإصابة بعدوى منقولة جنسياً. يمكن أن تستغرق كل جلسة من 20 إلى 30 دقيقة. سوف ندفع مقابل جلسات الاستشارة هذه كخدمة وقائية فقط في حال تقديمها من خلال مقدم الرعاية الأولية. يجب إجراء الجلسة في مكان للرعاية الأولية، مثل عيادة طبيب.

رعاية المرافق التمريضية الماهرة (SNF)

سوف ندفع مقابل الخدمات التالية وربما بعض الخدمات الأخرى غير المدرجة هنا:

- غرفة شبه خاصة أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضرورياً طبياً
 - الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة
 - خدمات التمريض
 - العلاج الطبيعي والعلاج المهني وعلاج التخاطب
 - الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك، بما في ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم مثل عوامل تجلط الدم
 - الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه
 - اللوازم الطبية والجراحية التي عادة ما تقدم من خلال مرافق الرعاية التمريضية
 - الفحوصات المعملية التي تجربها عادة مرافق الرعاية التمريضية
 - فحوصات الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي تقدمها مرافق الرعاية التمريضية
 - الأجهزة مثل المقاعد المتحركة المقدمة عادة من قِبل مرافق الرعاية التمريضية
 - الخدمات ذات الصلة بالأطباء/مقدم الرعاية
- سوف تحصل على رعايتك عادة من قِبل مرافق الشبكة. ولكن يمكنك الحصول على الرعاية من منشأة لا تنضوي تحت شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا كانوا يقبلون مبالغ السداد الخاصة بخطتنا:
- دار رعاية أو مجتمع عناية مستمرة بالمتقاعدين كنت تعيش به مباشرة قبل الذهاب إلى المستشفى (طالما توفر رعاية المرافق التمريضية).
 - مرفق رعاية تمريضية يعيش به زوجك/زوجتك بعد مغادرة المستشفى.

قد تتطلب التغطية إنشاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET)

ستدفع الخطة مقابل التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف للأعضاء المصابين بمرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض المحالين لمرض الشريان المحيطي من قِبل الطبيب المسؤول عن علاج مرض الشريان المحيطي. ستدفع الخطة مقابل ما يلي:

- ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعًا إذا تم استيفاء جميع متطلبات برنامج التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف
- 36 جلسة إضافية على مدار الوقت إذا اعتبرت ضرورية طبيًا من قِبل مقدم الرعاية الصحية
- يجب أن يكون برنامج التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف:
- عبارة عن دورات من 30 إلى 60 دقيقة من برنامج تمارين تدريبية لعلاج مرض الشريان المحيطي لدى الأعضاء الذين يعانون من تشنج عضلات الساق بسبب سوء تدفق الدم (العرج)
- مقدمًا في مكان للمرضى الخارجيين بالمستشفى أو في عيادة طبيب
- مقدمًا من قِبل موظفين مؤهلين ممن يحرصون على أن المنفعة تفوق الضرر والمدربين على التمارين العلاجية لمرض الشريان المحيطي
- خاضعًا للإشراف المباشر لطبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخصائي تمرير سريري مدرب على كل من تقنيات دعم الحياة الأساسية والمتقدمة.

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.

الرعاية العاجلة

الرعاية العاجلة هي رعاية تقدم لعلاج:

- حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، أو
 - مرض طبي مفاجئ، أو
 - إصابة، أو
 - حالة تستدعي رعاية فورية.
- إذا كنت في حاجة إلى رعاية عاجلة، عليك أولاً أن تحاول الحصول عليها من مقدم خدمة في الشبكة. إلا أنه، يمكنك استخدام مقدمي خدمة من خارج الشبكة عندما لا تكون قادرًا على الوصول إلى مقدم خدمة في الشبكة.
- وقد تعتبر الرعاية الضرورية العاجلة المتلقاة خارج الولايات المتحدة حالة طارئة بموجب مزايا تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. لمزيد من المعلومات، راجع "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في جدول المزايا أدناه.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الرعاية البصرية



سنقوم بالدفع مقابل الخدمات التالية:

- فحص روتيني واحد للعين كل عام، و
 - وما يصل إلى \$250 مقابل النظارات الطبية (الإطارات القياسية وغير القياسية والعدسات أحادية الرؤية الأساسية أو ثنائية البؤرة أو ثلاثية البؤرة) كل سنتين*، **، أو
 - ما يصل إلى \$250 للعدسات اللاصقة المنتقاة وملاءمتها وتقييمها كل عامين*، **، ***.
 - فحص للبصر الضعيف (حتى 4 مرات في السنة)****
 - مساعدات للبصر الضعيف****
- *من تاريخ الخدمة/الشراء، قد لا تتوفر المزايا متعددة السنوات في السنوات اللاحقة.

**تتحمل مسؤولية نسبة 100% من أي رصيد متبقي يزيد عن معونة \$250.

***يدفع مقابل العدسات اللاصقة الضرورية بصريًا وملاءمتها وتقييمها بالكامل كل سنتين.

****تقتصر التغطية على النساء الحوامل أو الأشخاص المقيمين في مرافق الرعاية التمريضية المتخصصة عندما يتم استيفاء معايير التشخيص والوصفة الطبية. تشمل الخدمات المشمولة بالتغطية ما يلي:

الفحص: التقييم المهني، ملاءمة مساعدات البصر الضعيف والإشراف التالي، إذا كان ذلك مناسبًا، بما في ذلك رعاية مرحلة المتابعة لستة أشهر.

تتضمن مساعدات البصر الضعيف:

- مساعدات البصر الضعيف المحمولة باليد وغيرها من المساعدات التي يتم تركيبها بخلاف النظارات
- مساعدات البصر الضعيف التي يتم تركيبها ذات النظارات بالعدسة المفردة
- نظام العدسات التلسكوبية أو غيره من نظام العدسات المركبة، بما في ذلك نظام العدسات التلسكوبية لرؤية الأشياء البعيدة ونظام العدسات بمنظير رؤية الأشياء القريبة ونظام العدسات المركبة

تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الرعاية البصرية (تابع)

الخدمات الطبية للعيون:

ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة من أجل فحوصات البصر المشمولة بتغطية Medicare يتم تقديم الخدمات الطبية للعيون أو ترتيبها من قِبَل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.

سنقوم بالدفع نظير الخدمات الطبية للمرضى الخارجيين فيما يتعلق بتشخيص أمراض وجروح العين وعلاجها. على سبيل المثال، يتضمن إجراء فحوصات نظر سنوية لمرضى اعتلال شبكية السكري لدى أشخاص يعانون من السكري وتقديم العلاج للضمور البقعي المرتبط بتقدم العمر.

بالنسبة للأشخاص المعرضين بدرجة كبيرة للإصابة بالزرق، سنقوم بالدفع مقابل فحص الزرق كل عام. يشمل الأشخاص المعرضين لخطر كبير من الإصابة بالزرق ما يلي:

- الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي من الإصابة بالزرق
- الأشخاص المصابون بمرض السكري
- الأمريكيون من أصل إفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا أو أكثر
- الأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكثر

سنقوم بالدفع مقابل نظارة واحدة أو زوج واحد من العدسات اللاصقة بعد كل جراحة للمياه البيضاء عندما يقوم الطبيب بإدخال عدسات داخل مقلة العين. (في حال إجراء جراحتين منفصلتين للمياه البيضاء، يتعين عليك الحصول على نظارة واحدة بعد كل عملية جراحية. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى إن لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى). سنقوم أيضًا بالدفع نظير العدسات التصحيحية والإطارات والقطع البديلة إذا كنت بحاجة إليها بعد جراحة لإزالة المياه البيضاء دون زراعة عدسة.

تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا

الرعاية البصرية (تابع)

كيفية استخدام مزاياك الخاصة بالبصر

توفر هذه الخطة تغطية لفحص العين الروتيني سنويًا والمستلزمات البصرية كل 24 شهرًا. ستحصل على فحص الرؤية الروتيني السنوي الخاص بك (لتحديد الحاجة للنظارة التصحيحية) وأي نظارة مناسبة من خلال مقدم رؤية مشارك وليس مجموعتك الطبية.

قم بإجراء ترتيبات لفحص البصر الروتيني السنوي الخاص بك مع مقدم خدمات بصرية مشارك. لتحديد مكان مقدم خدمة مشارك لتزويدك بالخدمات البصرية، اتصل بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. أو يمكنك البحث عن مقدم خدمة عبر الإنترنت على mmp.healthnetcalifornia.com.

يمكنك شراء مستلزمات بصرية من مقدم خدمة قام بإجراء الفحص لك أو من قائمة لمقدمي خدمات المستلزمات البصرية المشاركين في منطقة الخدمات التابعة لك. لن تكون المستلزمات البصرية المقدمة من جانب مقدمي خدمة بخلاف المشاركين مشمولة بالتغطية. لتحديد مكان مقدم خدمة مشارك لتزويدك بالمستلزمات البصرية، اتصل بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. أو يمكنك البحث عن مقدم خدمة عبر الإنترنت على mmp.healthnetcalifornia.com.

ستتحمل مسؤولية الدفع مقابل الخدمات غير المشمولة بالتغطية، مثل أي مبلغ زائد عن معونة المستلزمات البصرية أو خيارات العدسات التجميلية مثل الطلاء المضاد للخدش والعدسات التقدمية ودرجات اللون، إلخ. سيتم الدفع مقابل الخدمات غير المشمولة بالتغطية مباشرة لمقدم خدمات المستلزمات البصرية المشارك الخاص بك.

هذا كل ما تحتاج إليه لإجراء فحص البصر الروتيني الخاص بك والحصول على نظارات طبية جديدة أو عدسات لاصقة جديدة.

للحصول على قائمة باستثناءات الرؤية والنظارات الروتينية، يُرجى الاطلاع على القسم "و" في نهاية هذا الفصل.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الخدمات التي تدفع مقابلها خطتنا	
	<p>زيارة "مرحبًا في Medicare" الوقائية</p> <p>نقوم بتغطية زيارة "مرحبًا في Medicare" الوقائية لمرة واحدة. تشمل الزيارة ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مراجعة لصحتك، • تنقيف ومشورة حول الخدمات الوقائية التي تحتاج إليها (بما في ذلك الفحوصات والحقن) و • إحالات لرعاية أخرى إذا احتجت إليها. <p>ملحوظة: نحن نقوم بتغطية زيارة "مرحبًا في Medicare" الوقائية خلال الـ 12 شهرًا الأولى فقط من اشتراكك في Medicare من الفئة ب. وعند تحديد مواعيدك، أخبر عيادة طبيبك بأنك تريد تحديد موعد لزيارة "مرحبًا في Medicare" الوقائية.</p> <p>ينبغي عليك التحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، إلا في حالة الطوارئ.</p>
	<p>تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم</p> <p>تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. وتُعرف بأنها رعاية عاجلة وطارئة وتالية لفترة استقرار الحالة ويتم تلقيها خارج الولايات المتحدة.¹</p> <ul style="list-style-type: none"> • وتقتصر فقط على الخدمات التي تصنف على أنها رعاية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل أو تالية لفترة استقرار الحالة إذا تم تلقيها في الولايات المتحدة.¹ • تكون خدمات الإسعاف مشمولة بالتغطية في حالات حيث من الممكن أن يشكل الوصول إلى غرفة الطوارئ خطرًا على صحتك بأي طريقة أخرى. • لا تكون الضرائب والرسوم الخارجية (على سبيل المثال لا الحصر تحويل العملة أو رسوم المعاملات) مشمولة بالتغطية. <p>يوجد حد سنوي بقيمة \$50,000 لتغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم.</p> <p>¹الولايات المتحدة تعني الولايات المتحدة: الولايات الخمسين، ومقاطعة كولومبيا، وبورتوريكو، وجزر فيرجين أيلاندز، وغوام، وجزر ماريانا الشمالية وساموا الأمريكية .</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

هـ. المزايا المشمولة بالتغطية خارج Health Net Cal MediConnect

الخدمات التالية غير مشمولة بتغطية Health Net Cal MediConnect ولكنها متاحة من خلال Medicare أو Medi-Cal.

1-1. انتقالات مجتمع كاليفورنيا (CCT)

يستخدم برنامج المساعدة على الانتقال من مرافق الرعاية الصحية للعيش في المجتمع مرة أخرى في كاليفورنيا (CTT) منظمات محلية رائدة لمساعدة المستفيدين من Medi-Cal المؤهلين ممن كانوا يعيشون في مرفق للمرضى الداخليين لمدة 90 يومًا متتاليًا على الأقل في الانتقال مرة أخرى إلى بيئة مجتمعية والبقاء آمنين فيها. ويمول برنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا خدمات تنسيق الانتقال خلال فترة 365 يومًا بعد الانتقال لمساعدة المستفيدين في الانتقال مرة أخرى إلى بيئة مجتمعية.

حيث يمكنك تلقي خدمات تنسيق الانتقال من أي منظمة رائدة تابعة لبرنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا تخدم المقاطعة التي تعيش فيها. ويمكنك العثور على قائمة بالمنظمات الرائدة التابعة لبرنامج CCT والمقاطعات التي تخدمها على الموقع الإلكتروني الخاص بإدارة خدمات الرعاية الصحية على www.dhcs.ca.gov/services/ltc/Pages/CCT.aspx.

بالنسبة لخدمات تنسيق الانتقال التابعة لبرنامج CCT:

سيقوم برنامج Medi-Cal بالدفع مقابل خدمات تنسيق الانتقال. أنت لا تدفع شيئًا مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للخدمات التي لا ترتبط بانتقالك من خلال برنامج CCT:

سوف يرسل مقدم الخدمة فاتورة بخدماتك إلى Health Net Cal MediConnect. سوف تدفع Health Net Cal MediConnect مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. أنت لا تدفع شيئًا مقابل هذه الخدمات.

بينما تتلقى خدمات تنسيق الانتقال التابعة لبرنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا، ستدفع Health Net Cal MediConnect مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا في القسم د من هذا الفصل.

لا تغيير في ميزة تغطية الأدوية في برنامج Health Net Cal MediConnect:

لا تكون الأدوية مشمولة بتغطية برنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا. وستواصل تلقي مزايا الأدوية المعتادة الخاصة بك من خلال Health Net Cal MediConnect. للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الفصل 5.

ملحوظة: إن كنت في حاجة إلى رعاية غير تابعة للانتقال عبر برنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا، يجب أن تتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للترتيب للخدمات. الرعاية غير التابعة للانتقال عبر برنامج انتقالات مجتمع كاليفورنيا هي الرعاية غير المتعلقة بانتقالك من مؤسسة/مرفق. للتواصل مع منسق الرعاية الخاص بك، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

2-2. برنامج Medi-Cal للعناية بالأسنان

تتوفر بعض خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal للعناية بالأسنان؛ على سبيل المثال، خدمات مثل:

- الفحوصات الأولية والتصوير بالأشعة السينية وخدمات التنظيف وعلاجات الفلورايد
- خدمات الترميم وتركيب التيجان
- علاج القنوات الجذرية السنوية
- أطقم الأسنان وتعديلاتها وترميمها وإعادة تبطينها

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com.

تتوفر مزايا الأسنان في برنامج Medi-Cal للعناية بالأسنان مقابل رسوم. ولمعرفة المزيد من المعلومات، أو إذا كنت بحاجة للمساعدة في إيجاد طبيب أسنان يقبل برنامج Medi-Cal للعناية بالأسنان، يُرجى الاتصال بخط خدمة العملاء على الرقم 1-800-322-6384 (على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-735-2922). المكالمات مجانية. يكون ممثلو برنامج خدمات Medi-Cal للعناية بالأسنان متاحين لمساعدتك من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا زيارة موقعنا dental.dhcs.ca.gov/ للحصول على مزيد من المعلومات.

ويمكنك الحصول على مزايا الأسنان من خلال خطة رعاية الأسنان المدارة بالإضافة إلى برنامج Medi-Cal للعناية بالأسنان مقابل رسوم. تتوفر خطط رعاية الأسنان المدارة فقط في مقاطعة لوس أنجلوس. إذا أردت معرفة المزيد من المعلومات عن خطط العناية بالأسنان، وبخاصة إلى المساعدة في تحديد خطة العناية بالأسنان الخاصة بك، أو ترغب في تغييرها، يرجى الاتصال بـ Health Care Options على الرقم 1-800-430-4263 (على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 1-800-430-7077)، من الساعة 8:00 صباحًا حتى 6:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة. المكالمات مجانية.

هـ. 3. الرعاية في مرحلة الاحتضار

يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية في مرحلة الاحتضار معتمد من Medicare. يحق لك اختيار الرعاية في مرحلة الاحتضار في حال قرر مقدم الخدمة الخاص بك والمدير الطبي للرعاية في مرحلة الاحتضار بأن لديك تشخيص إصابة بمرض عضال. ويعني هذا بأنك تعاني من مرض عضال ومن المتوقع أن تعيش لمدة ستة أشهر أو أقل. يمكن لطبيب رعاية مرحلة الاحتضار الخاص بك أن يكون مقدم خدمات من داخل الشبكة أو من خارجها.

راجع جدول المزايا في القسم د من هذا الفصل لمعرفة المزيد من المعلومات حول ما تدفع مقابله Health Net Cal MediConnect أثناء تلقيك خدمات رعاية مرحلة الاحتضار.

بالنسبة لخدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار التي يغطيها Medicare الجزء أ والجزء ب المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض عضال:

- سوف يرسل مقدم خدمات رعاية المحتضرين فاتورة بالخدمات المقدمة لك إلى Medicare. وستدفع Medicare مقابل خدمات رعاية المحتضرين ذات الصلة بتشخيص إصابتك بمرض لا يُرجى شفاؤه. أنت لا تدفع شيئًا مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة لخدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار المشمولة بتغطية Medicare الجزء أ والجزء ب المتعلقة بتشخيص إصابتك بمرض عضال (باستثناء الرعاية الطارئة أو الضرورية بشكل عاجل):

- سوف يرسل مقدم الخدمات فاتورة بخدماتك إلى Medicare. وسوف يدفع Medicare للخدمات التي يغطيها Medicare الجزء أ أو الجزء ب. أنت لا تدفع شيئًا مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تغطيها مزايا Medicare الجزء د التابعة لبرنامج Health Net Cal MediConnect:

- لا تكون الأدوية مشمولة بتغطية كل من الرعاية في مرحلة الاحتضار وخطتنا في الوقت عينه. للمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الفصل 5.

ملحوظة: إذا كنت في حاجة إلى الرعاية غير التابعة للرعاية في مرحلة الاحتضار، يجب أن تتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للترتيب للخدمات. الرعاية غير التابعة للرعاية في مرحلة الاحتضار هي الرعاية غير المتعلقة بتشخيص الإصابة بمرض عضال. للتواصل مع منسق الرعاية الخاص بك، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com.

و. المزايا غير المشمولة بتغطية Health Net Cal MediConnect أو Medicare أو Medi-Cal.

يسرد هذا القسم أنواع المزايا المستثناة من الخطة. مستثناة تعني أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. كذلك لن يدفع Medicare و Medi-Cal مقابلها.

توضح القائمة أدناه بعض الخدمات والبنود غير المشمولة بتغطيتنا تحت أي ظروف وبعض الخدمات والبنود التي تم استثنائها من جانبنا في بعض الحالات.

لن نقوم بالدفع مقابل المزايا الطبية المستثناة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في كتيب الأعضاء هذا) إلا بموجب الظروف المحددة المدرجة. إذا اعتقدت أننا يجب علينا الدفع مقابل خدمة غير مشمولة بالتغطية، يمكنك تقديم طعن. للحصول على مزيد من المعلومات حول تقديم طعن، راجع الفصل 9.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود موضحة في جدول المزايا، فإن البنود والخدمات التالية غير مشمولة بتغطية خطتنا:

- الخدمات التي لا تعتبر "مناسبة وضرورية طبيًا" وفقًا لمعايير Medicare و Medi-Cal، إلا في حال إدراج هذه الخدمات في خطتنا كخدمات مشمولة بالتغطية.
- الأدوية والبنود والعلاجات الجراحية والطبية التجريبية، إلا إذا كانت مشمولة بتغطية برنامج Medicare أو دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو خطتنا. راجع الفصل 3، صفحة 59 للحصول على المزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية. العلاج والبنود التجريبية هي تلك غير المقبولة بشكل عام من قبل المجتمع الطبي.
- العلاج الجراحي للسمنة المرضية إلا إذا كانت هناك ضرورة طبية وتدفع Medicare نظير ذلك.
- غرفة خاصة في مستشفى، إلا في حال الضرورة الطبية.
- الممرضات الخصوصية.
- المتعلقات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية مثل الهاتف أو التلفاز.
- الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك.
- الرسوم المدفوعة من قبل أقاربك من الدرجة الأولى أو أفراد أسرته.
- خدمات أو إجراءات التحسين الطوعية أو الاختيارية (بما في ذلك فقدان الوزن ونمو الشعر والأداء الجنسي والأداء الرياضي والأغراض التجميلية ومكافحة الشيخوخة والأداء العقلي)، إلا في حال وجود ضرورة طبية.
- الجراحة التجميلية أو الأعمال التجميلية، إلا في حال الضرورة نظرًا لإصابة عرضية أو لتحسين جزء من الجسم غير مكون بشكل سليم. ولكن سنقوم بالدفع مقابل ترميم الثدي بعد استئصاله ومعالجة الثدي الآخر ليطابقه.
- رعاية تقويم العمود الفقري، غير العلاج اليدوي للعمود الفقري المتوافق مع إرشادات التغطية.
- أحذية تقويم العظام، إلا إذا كانت الأحذية جزءًا من دعامة للأرجل ومشمولة ضمن تكلفة الدعامة أو كانت الأحذية لشخص مصاب بمرض القدم السكري.
- أجهزة دعم القدم، باستثناء الأحذية العلاجية أو أحذية تقويم العظام للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

- عمليات عكس التعقيم ولوازم منع الحمل غير الموصوفة طبيًا.
- خدمات المداوي الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية والبدلية).
- الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى (VA). ومع ذلك، عندما يحصل المحارب القديم على الخدمات الطارئة في مستشفى شؤون المحاربين القدامى (VA) وعندما تكون مشاركة التكلفة من قبل شؤون المحاربين القدامى أكثر من مشاركة التكلفة بموجب خطتنا، سنقوم بتعويض المحارب القديم عن الفرق. لا تزال تتحمل مسؤولية دفع مبالغ مشاركة التكلفة.
- العلاج والاختبارات بموجب أمر المحكمة، باستثناء إذا كانت هناك ضرورة طبية وفي الزيارات المسموح بها بموجب عقد الخطة.
- العلاج في مركز علاج داخلي. يمكن أن تتوفر هذه المزايا تحت مزايا الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة.
- الخدمات الإضافية مثل: إعادة التأهيل المهني وخدمات إعادة التأهيل الأخرى (يمكن أن تتوفر هذه المزايا تحت مزايا الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة) وخدمات التغذية.
- الاختبارات النفسية والنفسية العصبية، باستثناء ما تم إجراؤه من جانب أخصائي نفسي معتمد للمساعدة في تخطيط العلاج، بما في ذلك إدارة الأدوية أو توضيح التشخيص واستثناء، على وجه الخصوص، جميع الاختبارات التعليمية والأكاديمية واختبارات الإنجازات والاختبارات النفسية المتعلقة بالحالات الطبية أو لتحديد الاستعداد لإجراء جراحة والتقارير الحاسوبية المؤتمتة.
- حدوث أي تلف بالمستشفى أو المرفق تتسبب به.
- علاج الارتجاع البيولوجي أو المعالجة بالتنويم.
- التحفيز المغناطيسي عبر الجمجمة (TMS).
- رموز V كما هي مدرجة في DSM 5.
- الخدمات التي تعتبرها Health Net Cal MediConnect تجريبية أو بحثية.
- الخدمات المتلفة خارج دولة الإقامة الأساسية، باستثناء في حالة خدمات الطوارئ وما تأذن به Health Net Cal MediConnect بخلاف ذلك.
- العلاج بالصدمات الكهربائية (ECT)، باستثناء ما تأذن به Health Net Cal MediConnect.
- الرعاية الروتينية للأسنان، مثل التنظيف أو تركيب حشوات أو أطقم الأسنان. ومع ذلك، يوفر برنامج Denti-Cal للولاية بعض خدمات الأسنان مثل تركيب أطقم أسنان. يرجى الرجوع إلى قسم "خدمات الأسنان" في مخطط المزايا للاطلاع على المزيد من المعلومات.

استثناءات فحوصات البصر الروتينية والمستلزمات البصرية غير المشمولة بتغطية Medicare:

- جراحات بضع القرنية الشعاعي والليزك تواصل مع الخطة للحصول على معلومات حول خصومات عمليات الليزك.
- تمارين تقويم البصر أو تدريب الرؤية وأي اختبارات تكميلية ذات صلة.
- علاج عيوب النظر الانكسارية (CRT).
- علم سوائية التقنن (عملية تستخدم العدسات اللاصقة لتغيير شكل القرنية للحد من قصر النظر).

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- إعادة ملائمة العدسات اللاصقة بعد فترة الملائمة الأولى (90 يومًا).
 - العدسات المستوية، العدسات اللاصقة المستوية (عدسات بتصحيح انكسار أقل من + 50 ديوبتر).
 - النظارتان الطبيتان البديلتان للعدسات ثنائية البؤرة.
 - النظارات الشمسية والمستلزمات البصرية التي تصرف بدون وصفة طبية
 - ملحقات العدسات
 - استبدال العدسات والأطر المقدمة بموجب هذه الخطة التي فقدت أو كسرت، إلا في الفترات الزمنية الطبيعية التي تكون فيها الخدمات متاحة بخلاف ذلك.
 - العلاج الطبي أو الجراحي للأعين (للعلاج الطبي المشمول بالتغطية، يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا السابق في هذا الفصل).
 - علاج تصحيح الإبصار من خلال علاج ذو طبيعة تجريبية.
 - العدسات اللاصقة المستوية لتغيير لون العين بطريقة تجميلية.
 - تكاليف الخدمات و/أو المواد التي تتجاوز مصاريف مزايا الخطة.
 - العدسات اللاصقة المطلية فنيًا.
 - تعديل العدسات اللاصقة أو صقلها أو تنظيفها.
 - الزيارات الإضافية للعيادة المتعلقة بأمراض العدسات اللاصقة.
 - بوالص تأمين العدسات اللاصقة أو اتفاقيات الخدمة.
 - اللوازم والخدمات البصرية المقدمة من قبل مقدم خدمة بخلاف مقدمي الخدمات المشاركين.
 - تكون الأدوية الموصوفة أو الأدوية التي تُباع بدون وصفة لمرضى العيادات الخارجية غير مشمولة بالتغطية كجزء من مزايا رعاية البصر الخاصة بك. يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا السابق في هذا الفصل أو
- الفصلين 5 و6 للحصول على المزيد من المعلومات حول الأدوية الموصوفة أو الأدوية التي تُباع بدون وصفة لمرضى العيادات الخارجية تحت مزايا الأدوية الطبية أو الموصوفة الخاصة بك.
- المعينات البصرية (بخلاف النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة) أو معينات ضعف البصر الموضحة في جدول المزايا السابق في هذا الفصل.
 - المستلزمات البصرية التصحيحية المطلوبة من جهة توظيف كشرط للتوظيف والمستلزمات البصرية الخاصة بالسلامة ما لم تكن مشمولة بتغطية الخطة بشكل محدد.
 - مواد أو خدمات الإبصار المقدمة من جانب أي خطة مزايا جماعية أخرى توفر رعاية البصر.
 - خدمات الإبصار المقدمة بعد انتهاء التغطية الخاصة بك، إلا عندما يتم تسليم المواد التي طُلبت قبل انتهاء التغطية والخدمات المقدمة لك في غضون 31 يومًا من تاريخ هذا الطلب.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

- خدمات الإبصار المقدمة كنتيجة لأي قوانين تعويض العمال أو تشريعات مشابهة أو المطلوبة من جانب أي وكالة أو برنامج حكومي، سواء فيدرالي أو خاص بالولاية أو إدارات فرعية تابعة له.
- مواد و/أو خدمات الإبصار غير المبينة في دليل الأعضاء هذا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com



الفصل 5: الحصول على أدويةك الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية عبر الخطة

مقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على أدويةك المتاحة بوصفات طبية إذا كنت مريضًا خارجيًا. هذه هي الأدوية التي يطلبها مقدم الخدمة لك وتحصل عليها من الصيدلية أو عبر البريد. وتتضمن الأدوية المشمولة بتغطية الجزء د من برنامج Medicare وMedi-Cal. يطلعك الفصل 6 على ما تدفعه مقابل الحصول على هذه الأدوية. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتاب الأعضاء.

يغطي Health Net Cal MediConnect أيضًا الأدوية التالية، على الرغم من أنه لن تتم مناقشتها في هذا الفصل:

- الأدوية المشمولة في الجزء أ من Medicare. وتتضمن هذه بعض الأدوية التي تقدم لك وأنت في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية.
- الأدوية المشمولة في الجزء ب من Medicare. وتتضمن هذه بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض عمليات الحقن بالأدوية المقدمة لك أثناء زيارة عيادة طبيب أو مقدم خدمة آخر والأدوية التي تقدم لك في عيادة غسيل الكلى. للتعرف على المزيد حول الأدوية المشمولة بتغطية الجزء ب لبرنامج Medicare، راجع جدول المزاي في الفصل 4.

قواعد لتغطية الخطة لأدوية المرضى الخارجيين

سنقوم دائمًا بتغطية الأدوية الخاصة بك طالما تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

1. يجب أن يكون لديك طبيبًا أو مقدم خدمة آخر يكتب وصفتك الطبية. غالباً ما يكون هذا الشخص مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك. ويمكن أن يكون أيضًا مقدم خدمة آخر في حال قام مقدم الرعاية الأولية الخاصة بك بإحالتك للرعاية.
2. يتعين عليك بشكل عام استخدام صيدلية تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية.
3. يجب أن يكون الدواء متاح بوصفة طبية الخاص بك ضمن قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية الخاصة بالخطة. نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا.
- وإن لم تكن موجودة في قائمة الأدوية، فإننا قد نكون قادرين على شملها بالتغطية من خلال تقديم استثناء لك.
- للاطلاع على المزيد حول طلب استثناء، انظر الفصل 9.
4. يجب استخدام دواءك لدواعي استعمال مقبولة طبيًا. وهذا يعني أن استخدام الدواء إما معتمد من جانب إدارة الغذاء والدواء أو مدعوم بمرجعية طبية معينة. بالنسبة للأدوية المشمولة بتغطية Medi-Cal، فإن ذلك يعني أن استخدام الدواء معقول وضروري لحماية الحياة، أو منع مرض خطير أو إعاقة خطيرة، أو لتخفيف ألم شديد من خلال تشخيص المرض أو الاعتلال أو الإصابة.

جدول المحتويات

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- أ. صرف وصفاتك الطبية..... 113
1. صرف وصفاتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة..... 113
2. استخدام بطاقة مُعرف العضو عند صرف الوصفة الطبية..... 113
3. ما يتعين عليك فعله إذا قمت بالتغيير لصيدلية أخرى تابعة للشبكة..... 113
4. ما يتعين عليك فعله في حال تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة..... 113
5. استخدام صيدلية متخصصة..... 114
6. استخدام خدمات طلب البضائع بالبريد للحصول على أدوية..... 114
7. الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية..... 115
8. التعامل مع صيدلية ليست ضمن شبكة الخطة..... 115
9. رد المبالغ التي تدفعها للحصول على الوصفة الطبية..... 116
- ب. قائمة الأدوية الخاصة بالخطة..... 116
- ب1. الأدوية الواردة في قائمة الأدوية..... 116
- ب2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية..... 116
- ب3. الأدوية غير الواردة في قائمة الأدوية..... 117
- ب4. مستويات مشاركة التكلفة لقائمة الأدوية..... 117
- ج. القيود المفروضة على بعض الأدوية..... 118
- د. أسباب احتمالية عدم تغطية دوائك..... 119
- د1. يمكنك الحصول على مخزون مؤقت..... 119
- هـ. تغييرات في تغطية أدوية..... 121
- و. تغطية الأدوية في الحالات الخاصة..... 123
- و1. إذا كنت مقيمًا في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية ماهرة مشمول بتغطية خطتنا..... 123
- و2. إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد..... 123
- و3. إذا كنت مشتركًا في برنامج لرعاية المحتضرين مرخص من Medicare..... 123
- ز. البرامج الخاصة بسلامة الأدوية وإدارتها..... 124
- ز1. البرامج الخاصة بمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان..... 124



- 124 2. البرامج الخاصة بمساعدة الأعضاء في إدارة الأدوية الخاصة بهم.
- 125 3. برنامج إدارة الأدوية لمساعدة الأعضاء على استخدام أدويةك الأفيونية بشكل آمن.



أ. صرف وصفاتك الطبية

أ1. صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، سنقوم بالدفع مقابل الوصفات الطبية فقط في حال القيام بصرفها في أي صيدليات تابعة لشبكتنا. الصيدلية التابعة للشبكة هي مستودع أدوية وافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك الذهاب إلى أي من صيدليات شبكتنا.

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

أ2. استخدام بطاقة معرف العضو عند صرف الوصفة الطبية

لصرف وصفتك الطبية، أظهر بطاقة تعريف العضوية في صيدلية الشبكة الخاصة بك. سترسل لنا الصيدلية التابعة للشبكة فاتورة مقابل حصتنا من تكلفة أدويةك الموصوفة والمشمولة بالتغطية. عليك دفع قيمة التسديد التشاركي للصيدلية عند حصولك على وصفتك الطبية.

إن لم يكن لديك بطاقة تعريف العضوية عند صرف وصفتك الطبية، اطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة.

إن لم تكن الصيدلية قادرة على الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند حصولك عليها. يمكنك مطالبتنا بعد ذلك برد مبلغ حصتنا. إن لم تتمكن من الدفع نظير الحصول على الدواء، اتصل على خدمات الأعضاء على الفور. سنبدل ما بوسعنا لمساعدتك.

• للاطلاع على كيفية مطالبتنا برد المبلغ لك، راجع الفصل 7.

• إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لصرف وصفتك الطبية، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

أ3. ما يتعين عليك فعله إذا قمت بالتغيير لصيدلية أخرى تابعة للشبكة

في حال تغيير الصيدليات والحاجة إلى إعادة صرف وصفة طبية، يمكنك إما طلب الحصول على وصفة طبية جديدة مكتوبة من جانب مقدم الخدمة أو الطلب من صيدليتك تحويل وصفتك الطبية إلى الصيدلية الجديدة إذا كان هناك أي عمليات إعادة صرف متبقية.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لتغيير صيدلية شبكتك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

أ4. ما يتعين عليك فعله في حال تركت الصيدلية التي تتعامل معها الشبكة

في حال انفصال الصيدلية عن شبكة الخطة، فإنه يتعين عليك العثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة تابعة للشبكة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو زيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

5. استخدام صيدلية متخصصة

أحيانًا يتعين عليك صرف الوصفات الطبية في صيدلية متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة ما يلي:

- الصيدليات التي تقدم الأدوية للعلاج بالتسريب في المنزل.
- الصيدليات التي تقدم الأدوية للمقيمين في مرفق الرعاية طويلة الأمد، مثل دار رعاية ترميضية.
 - وعادة ما يكون لمرافق الرعاية طويلة الأمد الصيدليات الخاصة بها. وإذا كنت تقيم في مرفق رعاية طويلة الأمد، يجب علينا التأكد من أنه يمكنك تلقي الأدوية التي تحتاجها لدى صيدلية المرفق.
 - إذا لم تكن صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأمد ضمن شبكتنا أو كنت تواجه أي صعوبة في الوصول إلى مزايا الأدوية الخاصة بك في مرفق الرعاية طويلة الأمد، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.
- الصيدليات التي تقدم الخدمات الصحية للهنود/البرنامج الصحي الحضري/القبلي للهنود. يمكن للأمريكيين الأصليين أو سكان الأسكا الأصليين فقط استخدام هذه الصيدليات باستثناء حالات الطوارئ.
- الصيدليات التي توفر الأدوية التي تتطلب تعليمات ومعاملة خاصة في استخدامها.

للعثور على صيدلية متخصصة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو زيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

6. استخدام خدمات طلب البضائع بالبريد للحصول على أدويةك

للحصول على أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات طلب البضائع بالبريد لشبكة الخطة. وبشكل عام، الأدوية المتوفرة من خلال طلب البضائع بالبريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد. يتم تحديد الأدوية التي تتوفر عبر خدمات طلب البضائع بالبريد الخاصة بختنتنا كأدوية طلب بضائع عبر البريد في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

تسمح خدمة الطلب بالبريد الخاصة بختنتنا لك بطلب مخزونًا يصل إلى 90 يومًا. المخزون لمدة 90 يومًا له نفس قيمة التسديد التشاركي مثل مخزون الشهر الواحد.

صرف وصفاتي الطبية عبر البريد

للحصول على نماذج الطلب ومعلومات حول صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني mmp.healthnetcalifornia.com، أو اتصل بخدمات الأعضاء (أرقام الهواتف موجودة أسفل هذه الصفحة) للحصول على مساعدة.

عادة ما تستغرق الوصفة الطبية المطلوبة عبر البريد 10 أيام للوصول إليك. في حال تأخر طلبك عبر البريد، اتصل بخدمات الأعضاء (أرقام الهواتف الموجودة أسفل هذه الصفحة) للحصول على مساعدة.

عمليات الطلب بالبريد

تتبع خدمة الطلب عبر البريد إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها منك، والوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها مباشرة من عيادة مقدم الخدمة وحالات إعادة صرف وصفاتك الطبية التي طلبتها عبر البريد:

1. الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلية منك

تقوم الصيدلية بصرف وتسليم الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها منك تلقائيًا.



2. الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلية من عيادة مقدّم الخدمة

- بعد استلام الصيدلية للوصفة الطبية من مقدم رعاية صحية، سنتصل بك لترى ما إذا كنت تريد صرف الدواء على الفور أو في وقت لاحق.
- سيعطيك ذلك فرصة للتأكد من أن الصيدلية تسلمك الدواء الصحيح (بما في ذلك التركيز والكمية والشكل)، وعند الضرورة، سيسمح لك ذلك بوقف الطلب أو تأخيره قبل إرسال الفاتورة لك وشحنه.
 - من المهم أن تجيب في كل مرة تتصل الصيدلية بك لتعلمهم بما يتعين فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

3. إعادة صرف الوصفات الطبية المطلوبة عبر البريد

- إعادة صرف أدويةك، يتاح لك خيار الاشتراك في برنامج إعادة صرف تلقائية. بموجب هذا البرنامج، سنبداً في إعادة صرف وصفاتك الطبية التالية بشكل تلقائي عندما تظهر سجلاتنا أنه من المفترض أن مخزون أدويةك أوشك على النفاد.
- سنتصل بك الصيدلية قبل شحن كل عملية إعادة صرف للتأكد من حاجتك إلى المزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الدواء أو إذا تغير الدواء الخاص بك.
 - إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي الخاص بنا، يُرجى الاتصال بصيدليتك قبل 14 يومًا من الموعد المتوقع لنفاد أدويةك لتتأكد من شحن طلبك التالي في الوقت المناسب.
- لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يحضر عمليات إعادة الصرف المطلوبة عبر البريد تلقائيًا، يُرجى التواصل معنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء أو الصيدلة التابعة لخدمة الطلب عبر البريد:

CVS Caremark: 1-888-624-1139 (الهاتف النصي: 711)

لكي تتمكن الصيدلية من الاتصال بك لتأكيد طلبك قبل الشحن، يُرجى الحرص على إطلاع الصيدلية على الوسيلة الأفضل للاتصال بك. يجب أن تؤكد معلومات الاتصال الخاصة بك في كل مرة تجري طلبًا أو في وقت التحاقك ببرنامج إعادة الصرف التلقائي أو في حال تغيير معلومات الاتصال الخاصة بك.

7أ. الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية

يمكنك الحصول على مخزون طويل الأمد من الأدوية المداومة الموجودة في قائمة أدوية الخاصة بخطتنا. أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد. عند الحصول على مخزون طويل الأمد من الأدوية، قد تنخفض قيمة السداد التشاركي الخاصة بك.

تتيح لك بعض صيدليات الشبكة الحصول على مخزون طويل الأمد من أدوية المداومة. للمخزون لمدة 90 يومًا نفس قيمة السداد التشاركي كمخزون الشهر الواحد. يطلعك دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على الصيدليات التي يمكن أن تقدم لك مخزونًا طويل الأمد من أدوية المداومة. يمكنك الاتصال أيضًا بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

للحصول على أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد الخاصة بشبكة الخطة للحصول على مخزون طويل الأمد من أدوية المداومة. راجع القسم أعلاه للاطلاع على خدمات الطلب عبر البريد.

8أ. التعامل مع صيدلية ليست ضمن شبكة الخطة

بشكل عام، يمكننا الدفع مقابل الأدوية المصروفة في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما تكون غير قادر على استخدام صيدلية الشبكة. لدينا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة خدماتنا يمكنك صرف الوصفات الطبية الخاصة بك منها باعتبارك عضوًا في خطتنا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

سنقوم بالدفع مقابل الوصفات الطبية المصروفة في صيدلية خارج شبكتنا في الحالات التالية:

- إن لم تتسلم أكثر من مخزون لمدة 30 يومًا،
- وفي حال عدم وجود صيدلية تابعة للشبكة مفتوحة وبالقرب منك، أو
- إذا كنت بحاجة إلى أدوية لا يمكنك الحصول عليها من صيدلية الشبكة القريبة منك، أو
- إذا كنت بحاجة إلى أدوية لحالات طارئة أو رعاية طبية طارئة، أو
- إذا كان يتعين عليك ترك منزلك بسبب كارثة فيدرالية أو حالة طوارئ أخرى متعلقة بالصحة العامة.

في هذه الحالات، يُرجى الرجوع إلى خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان هناك صيدلية تابعة للشبكة بالقرب منك.

9أ. رد المبالغ التي تدفعها للحصول على الوصفة الطبية

إذا كان يتعين عليك استخدام صيدلية خارج الشبكة، فسيتم عليك بوجه عام دفع التكلفة كاملة بدلاً من قيمة السداد التشاركي عند حصولك على وصفتك الطبية. يمكنك مطالبتنا برد حصتنا من التكلفة.

للاطلاع على المزيد حول ذلك، انظر الفصل 7.

ب. قائمة الأدوية الخاصة بالخطة

لدينا قائمة بالأدوية المشمولة بالتغطية. نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية" اختصارًا.

نقوم باختيار الأدوية الواردة في قائمة الأدوية بمساعدة فريق أطباء وصيادلة. ستطلعك قائمة الأدوية أيضًا على ما إذا كان هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويةك.

سنقوم بشكل عام بتغطية الأدوية المدرجة في قائمة أدوية الخطة طالما تتبع القواعد المفصلة في هذا الفصل.

ب1. الأدوية الواردة في قائمة الأدوية

تشتمل قائمة الأدوية على الأدوية المشمولة بتغطية الجزء ب من Medicare وبعض الأدوية والمنتجات المتاحة بوصفات طبية والمتاحة بدون وصفات طبية المشمولة بتغطية مزاي Medi-Cal.

تشتمل قائمة الأدوية على الأدوية التي تحمل علامة تجارية والأدوية الجينية. تحتوي الأدوية الجينية على نفس المكونات الفعالة الموجودة في الأدوية التي تحمل علامة تجارية. بشكل عام، تتميز هذه الأدوية بنفس فاعلية الأدوية ذات العلامات التجارية وعادة ما تكون بتكلفة أقل.

تغطي خطتنا أيضًا أدوية ومنتجات معينة متاحة بدون وصفات طبية. تكلف بعض الأدوية المتاحة بدون وصفات طبية أقل من الأدوية المتاحة بوصفات طبية وتتميز بنفس فاعليتها. لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.

ب2. كيفية العثور على دواء في قائمة الأدوية

لمعرفة ما إذا كان الدواء الذي تتناوله موجودًا في قائمة الأدوية، يمكنك:

- تحقق من أحدث قائمة أدوية أرسلناها إليك عبر البريد.
- تفضل بزيارة موقع الخطة الإلكتروني على mmp.healthnetcalifornia.com. تُعد قائمة الأدوية الموجودة على الموقع الإلكتروني الأكثر حداثة دائمًا.
- اتصل بخدمات الأعضاء لترى إن كان الدواء موجودًا في قائمة أدوية الخطة أو لطلب نسخة من القائمة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

ب3. الأدوية غير الواردة في قائمة الأدوية

لا نقوم بتغطية جميع أدوية المتاحة بوصفات طبية. لا توجد بعض الأدوية في قائمة الأدوية لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية هذه الأدوية. في حالات أخرى، نكون قد قررنا عدم تضمين دواء ما في قائمة الأدوية.

سوف تدفع Health Net Cal MediConnect مقابل الأدوية المدرجة في هذا القسم. ويُطلق عليها اسم **الأدوية المستثناة**. في حال الحصول على وصفة طبية لدواء مستثنى، يتعين عليك الدفع مقابل الحصول عليه بنفسك. إذا اعتقدت بأننا يجب علينا الدفع مقابل الحصول على دواء مستثنى بسبب حالتك، يمكنك تقديم طعن. (لمعرفة كيفية تقديم طعن، راجع الفصل 9.)

فيما يلي ثلاث قواعد عامة تتعلق بالأدوية المستثناة:

1. لا يمكن أن تدفع تغطية الخطة لأدوية المرضى الخارجيين للخطة (التي تتضمن أدوية الجزء د و Medi-Cal) مقابل الأدوية التي تكون مشمولة بالفعل بتغطية الجزء أ أو الجزء ب من Medicare. تكون الأدوية المشمولة بتغطية الجزء أ أو الجزء ب من Medicare مشمولة بتغطية Health Net Cal MediConnect مجاناً، ولكن لا تعتبر جزءاً من مزايا الأدوية المتاحة بوصفات طبية للمرضى الخارجيين.
 2. لا يمكن أن تغطي خطتنا الدواء الذي تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
 3. يجب أن يكون استخدام الدواء معتمداً من قِبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعوماً بمرجعية طبية معينة كعلاج لحالتك الطبية. يجب أن يصف طبيبك دواء معيئاً لعلاج حالتك حتى لو لم يكن معتمداً لعلاج حالتك. ويطلق على هذا اسم الاستخدام غير المرخص. لا تغطي خطتنا عادة الأدوية عندما تكون موصوفة طبيياً لاستخدام غير مرخص.
- كذلك، تكون أنواع الأدوية المدرجة أدناه غير مشمولة بتغطية Medicare أو Medi-Cal وذلك بموجب القانون.

- الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
- الأدوية المستخدمة لعلاج خلل الانتصاب أو خلل الوظائف الجنسية مثل Viagra® و Cialis® و Levitra® و Caverject®
- أدوية المرضى الخارجيين حين توصي الشركة التي تصنعها أنه يتحتم عليك أن تقوم بإجراء اختبارات أو خدمات تتم من جانبهم فقط

ب4. مستويات مشاركة التكلفة لقائمة الأدوية

يقع كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا ضمن مستوى من مستويات مشاركة التكلفة الثلاثة. والمستوى هو مجموعة من الأدوية من النوع ذاته بشكل عام (على سبيل المثال، الأدوية التي تحمل علامة تجارية، أو الأدوية الجنيسة أو الأدوية التي تباع بدون وصفة). بشكل عام، كلما ارتفع مستوى مشاركة التكلفة، ارتفعت تكلفة الدواء عليك.

- يكون لأدوية المستوى 1 تسديد تشاركي منخفض. وهي أدوية جنيسة. سيتراوح التسديد التشاركي ما بين \$0 إلى \$3.70. ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.
- ولأدوية المستوى 2 تسديد تشاركي أعلى. وهي أدوية تحمل علامات تجارية. سيتراوح التسديد التشاركي ما بين \$0 إلى \$9.20. ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.
- يبلغ التسديد التشاركي لأدوية المستوى الثالث 3 \$0. وهي أدوية متاحة بوصفات طبية وأدوية متاحة بدون وصفات طبية مشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

لمعرفة مستوى مشاركة التكلفة التي يقع فيها دواؤك، ابحث عن الدواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

يطلعك الفصل 6 على المبلغ الذي تدفعه مقابل الحصول على أدوية في كل مستوى من مستويات مشاركة التكلفة.

ج. القيود المفروضة على بعض الأدوية

بالنسبة لأدوية معينة موصوفة طبيًا، تفرض قواعد خاصة قيودًا على طريقة ووقت تغطية الخطة لها. بشكل عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على أدوية مناسبة لعلاج حالتك الطبية تتسم بالأمان والفاعلية. عندما يكون الدواء منخفض التكلفة والمتسم بالأمان يعمل بنفس كفاءة الدواء مرتفع التكلفة، فإننا نتوقع من مقدم الخدمة الخاص بك أن يصف الدواء منخفض التكلفة.

في حال وجود قاعدة خاصة تتعلق بدوائك، فهذا يعني دائمًا أنك يجب أن تتخذ أنت أو مقدم الخدمة خطوات إضافية لنقوم بتغطية الدواء. على سبيل المثال، قد يكون على مقدم الخدمة لديك أن يخبرنا بتشخيصك أو يقدم نتائج فحوصات الدم أولاً. في حال اعتقادك أنت أو مقدم الخدمة لديك بأنه يجب عدم تطبيق قاعدتنا على حالتك، عليك أن تطلب منا أن نقوم بإجراء استثناء. قد نسمح لك أو نمنعك من استخدام الدواء بدون اتخاذ الخطوات الإضافية.

لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، انظر الفصل 9.

1. تقييد استخدام الدواء ذي العلامة التجارية عندما يتوفر الدواء الجينيس

بشكل عام، تعمل الأدوية الجينية بنفس كفاءة الأدوية ذات العلامة التجارية وعادة ما تكون بتكلفة أقل. في معظم الحالات، إذا كان هناك إصدار جينيس للأدوية التي تحمل علامة تجارية، ستعطيك الصيدليات التابعة للشبكة الإصدار الجينيس.

• لن ندفع عادة مقابل الأدوية ذات العلامة التجارية عندما يتوفر إصدار جينيس.

• ولكن إذا أخبرنا مقدم الخدمة عن السبب الطبي بأن الدواء الجينيس لن يكون مناسبًا لك، فعندئذ سنقوم بتغطية الدواء الذي يحمل علامة تجارية.

• قد يكون التسديد التشاركي الخاص بك أكبر بالنسبة للأدوية ذات العلامة التجارية مقارنة مع الأدوية الجينية.

2. الحصول على الموافقة من الخطة مقدمًا

بالنسبة لبعض الأدوية، يجب أن تحصل أو يحصل طبيبك على موافقة من برنامج Health Net Cal MediConnect قبل صرف وصفتك الطبية. في حال عدم الحصول على موافقة، لن يغطي برنامج Health Net Cal MediConnect الدواء.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

بشكل عام، نريد منك تجربة أدوية أقل تكلفة (تتميز بنفس الفاعلية) قبل أن نقوم بتغطية الأدوية التي تكلف أكثر. على سبيل المثال، في حال معالجة الدواء "أ" والدواء "ب" نفس الحالة الطبية وكانت تكلفة الدواء "أ" أقل من تكلفة الدواء "ب"، قد نطلب منك تجربة الدواء "أ" أولاً.

في حال عدم فاعلية الدواء "أ" بالنسبة لك، سنغطي عندئذ الدواء "ب". وهذا ما يُسمى بالعلاج التدريجي.

4. قيود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نعرض قيودًا على مقدار الدواء الذي تتناوله. وهذا ما يسمى قيد الكمية. على سبيل المثال، يمكننا فرض قيد على كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو تريد تناوله، اطلع على قائمة الأدوية. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني mmp.healthnetcalifornia.com.

د. أسباب احتمالية عدم تغطية دوائك

نحاول أن نجعل تغطية الأدوية الخاصة بك تعمل بشكل مناسب لك، ولكن أحيانًا قد لا يكون الدواء مشمولاً بالتغطية بالطريقة التي ترغب بها. على سبيل المثال:

- الدواء الذي تريد تناوله غير مشمول بتغطية خطتنا. قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية. قد يكون الدواء الجنييس مشمولاً بالتغطية ولكن الإصدار الذي يحمل علامة تجارية غير مشمول بها. قد يكون الدواء جديدًا ولكننا لم نراجع بعد من حيث السلامة والفاعلية.
- الدواء مشمول بالتغطية ولكن ثمة قواعد خاصة أو قيود على تغطية هذا الدواء. كما هو موضح في القسم أعلاه، يكون لبعض الأدوية المشمولة بتغطية خطتنا قواعد تقيد استخدامها. وفي بعض الحالات، قد تريد أنت أو واصف الدواء طلب إجراء استثناء لهذه القاعدة. ثمة أمور يمكنك القيام بها إذا كان الدواء الخاص بك غير مشمول بالتغطية بالطريقة التي ترغب بها.

د1. يمكنك الحصول على مخزون مؤقت

في بعض الحالات، يمكننا تزويدك بمخزون مؤقت من الأدوية عندما لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية أو عندما يكون مقيّدًا بطريقة ما. وهذا يتيح لك وقتًا للتحدث مع مقدم الخدمة لديك حول الحصول على دواء مختلف أو مطالبتنا بتغطية الدواء.

للحصول على مخزون مؤقت من الأدوية، يتعين عليك استيفاء القاعدتين التاليتين أدناه:

1. الدواء الذي كنت تتناوله:

- لم يعد مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، أو
- لم يكن مدرجًا أبدًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا، أو
- محدود الآن بطريقة ما.

2. يجب أن تكون ضمن واحدة من هذه الحالات:

- كنت مشتركًا في الخطة العام الماضي.
- سنقوم بتغطية مخزون مؤقت من دوائك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
- سيكون هذا المخزون المؤقت خاص بتوفير الدواء لمدة تصل إلى 30 يومًا في صيدلية بيع بالتجزئة ولمدة تصل إلى 31 يومًا في صيدلية رعاية طويلة الأمد.
- إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل، سنسمح بإعادة صرف الأدوية لمرات متعددة لتوفير الدواء لما يصل إلى 30 يومًا بحد أقصى في صيدلية بيع بالتجزئة ولمدة تصل إلى 31 يومًا في صيدلية رعاية طويلة الأمد. ويتعين عليك صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة.
- قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأمد أدويةك الموصوفة بكميات أقل في كل مرة لتفادي هدرها.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



- أنت مشترك جديد في خطتنا.
 - سنقوم بتغطية مخزون مؤقت من دوائك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في الخطة.
 - سيكون هذا المخزون المؤقت خاص بتوفير الدواء لمدة تصل إلى 30 يومًا في صيدلية بيع بالتجزئة ولمدة تصل إلى 31 يومًا في صيدلية رعاية طويلة الأمد.
 - إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل، سنسمح بإعادة صرف الأدوية لمرات متعددة لتوفير الدواء لما يصل إلى 30 يومًا بحد أقصى في صيدلية بيع بالتجزئة ولمدة تصل إلى 31 يومًا في صيدلية رعاية طويلة الأمد. ويتعين عليك صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة.
 - قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأمد أدويةك الموصوفة بكميات أقل في كل مرة لتفادي هدرها.
 - كنت مشتركًا في الخطة لمدة تزيد عن 90 يومًا وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى مخزون على الفور.
 - سنقوم بتغطية مخزون واحد لمدة 31 يومًا أو أقل في حال كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى المخزون المؤقت الوارد أعلاه.
 - إذا تغير مستوى رعايتك، فنقوم بتغطية مخزون مؤقت من أدويةك. يحدث تغيير مستوى الرعاية عند خروجك من المستشفى. يحدث ذلك أيضًا عندما تنتقل إلى مرفق رعاية طويلة الأمد أو منه.
 - إذا انتقلت إلى المنزل من مرفق رعاية طويلة الأمد أو مستشفى وتحتاج إلى مخزون مؤقت، فسوف نغطي مخزونًا واحدًا لمدة 30 يومًا. إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل، سنسمح بعمليات إعادة صرف لتوفير مخزون لمدة إجمالية تصل إلى 30 يومًا.
 - إذا انتقلت من المنزل أو مستشفى إلى مرفق رعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى إمداد مؤقت، فسوف نغطي مخزونًا لمدة 31 يومًا مرة واحدة. إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك لأيام أقل، سنسمح بإعادة صرف الأدوية لمرات متعددة لتوفير مخزون لمدة تصل إلى 31 يومًا إجمالًا.
 - لطلب مخزون مؤقت من الدواء، اتصل بخدمات الأعضاء.
- عند حصولك على مخزون مؤقت من الدواء، عليك التحدث إلى مقدم الخدمة ليقرر ما يفعله حين ينفد مخزونك. فيما يلي اختياراتك:
- يمكنك التغيير إلى دواء آخر.
 - قد يكون هناك دواء مختلف مشمول بتغطية خطتنا يناسبك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب قائمة للأدوية المشمولة بالتغطية التي تعالج نفس الحالة الطبية. يمكن أن تساعد القائمة مقدم الخدمة لديك في العثور على الدواء المشمول بالتغطية الذي يناسبك.
 - يمكنك طلب الحصول على استثناء.
 - يمكنك أنت أو مقدم الخدمة لديك طلب الحصول على استثناء منا. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية أحد الأدوية حتى وإن لم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية. أو يمكنك طلب تغطية الدواء بدون قيود. إذا أكد مقدم الخدمة بأن لديك سببًا طبيًا جيدًا للحصول على استثناء، فإنه يمكنه مساعدتك في طلب الحصول عليه.



إذا رُفِعَ دواء تتناوله من قائمة الأدوية أو تم تقييده بطريقة ما في العام المقبل، فسوف نسمح لك بطلب استثناء قبل العام المقبل.

- سنخبرك عن أي تغيير في تغطية دوائك للعام المقبل. يمكنك بعد ذلك أن تطلب منا استثناء وأن نغطي الدواء بالطريقة التي تريدها للعام المقبل.

- سنرد على طلب الاستثناء في غضون 72 ساعة من استلامنا لطلبك (أو بيان داعم من الطبيب الذي يصف أدويةك).

للاطلاع على المزيد حول طلب استثناء، انظر الفصل رقم 9.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب استثناء، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

هـ. تغييرات في تغطية أدويةك

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية بتاريخ 1 يناير، ولكن قد نضيف أو نرفع أدوية من قائمة الأدوية في أثناء العام. قد نغير أيضًا قواعدنا المتعلقة بالأدوية. على سبيل المثال، نستطيع أن:

- نقرر وجوب موافقة مسبقة لدواء أو عدم وجوبها. (الموافقة المسبقة هي إذن من Health Net Cal MediConnect قبل أن تتمكن من الحصول على دواء).
- نضيف أو نغير كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها (يطلق عليها اسم قيود الكمية).
- نضيف أو نغير قيود العلاج التدريجي على الأدوية. (يعني العلاج التدريجي أنه يجب عليك تجربة دواء ما قبل أن نغطي دواء آخر).

لمزيد من المعلومات حول هذه القواعد الخاصة بالأدوية، راجع القسم ج في هذا الفصل.

إذا كنت تتناول دواء تم تغطيته في بداية السنة، فبوجه عام لن نقوم بإزالة أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال الفترة المتبقية من العام ما لم:

- يظهر دواء جديد أقل تكلفة في الأسواق، إلى جانب إضافة الدواء إلى قائمة الأدوية في الوقت الحالي، أو
- يرد إلى علمنا أن الدواء ليس آمنًا، أو
- إزالة دواء من السوق.

للحصول على مزيد من المعلومات حول ما يحدث عند تغيير قائمة الأدوية، يمكنك دائمًا:

- الاطلاع على قائمة الأدوية المحدثة عبر الإنترنت على mmp.healthnetcalifornia.com أو
- اتصل بخدمات الأعضاء للتحقق من قائمة الأدوية الحالية على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

ومع ذلك، قد نقوم بإجراء بعض التغييرات على قائمة الأدوية على الفور. على سبيل المثال:

- **توفر دواء جنيس جديد.** في بعض الأحيان، يُطرح دواء جنيس جديد في الأسواق له نفس فعالية الدواء الذي يحمل علامة تجارية الموجود في قائمة الأدوية في الوقت الحالي. عندما يحدث ذلك، قد نزيل الدواء الذي يحمل العلامة التجارية ونضيف الدواء الجنيس الجديد، لكن تكلفة دواءك الجديد ستظل كما هي أو ستصبح أقل.

عندما نضيف الدواء الجنيس الجديد، قد نقرر أيضًا الاحتفاظ بالدواء الذي يحمل العلامة التجارية في القائمة ولكن مع تغيير قواعد أو حدود التغطية الخاصة به.

- قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، ولكننا سنرسل إليك معلومات حول التغيير أو التغييرات المحددة التي أجريناها بمجرد إجرائها.

- يمكنك أنت أو مقدم الخدمة الخاصة بك طلب الحصول على "استثناء" من هذه التغييرات. سنرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب الحصول على استثناء. يُرجى الاطلاع على الفصل 9 من هذا الكتيب للحصول على المزيد من المعلومات حول الاستثناءات.

- **إزالة دواء من السوق.** إذا قالت إدارة الغذاء والدواء (FDA) أن الدواء الذي تتناوله ليس آمنًا أو أن الشركة المصنعة للدواء تزيله من السوق، فسوف نزيله من قائمة الأدوية. وسنخبرك بذلك إذا كنت تتناول الدواء. تحدث مع طبيبك عن الخيارات الأخرى.

قد نجري تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. سنخبرك مقدمًا بشأن هذه التغييرات الأخرى المجرة على قائمة الأدوية. قد يتم إجراء هذه التغييرات إذا:

- قدمت إدارة الغذاء والدواء توجيهات جديدة أو توفر توجيهات سريرية جديدة حول أحد الأدوية.

- نقوم بإضافة دواء جنيس ليس جديدًا في السوق و

- استبدال دواء يحمل علامة تجارية موجود حاليًا في قائمة الأدوية أو

- تغيير قواعد أو قيود التغطية للأدوية التي تحمل علامة تجارية.

عندما تحدث هذه التغييرات، سوف:

- نخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير على قائمة الأدوية

- نقوم بإعلامك ونعطيك مخزونًا لمدة 30 يومًا بعد طلبك لإعادة صرف الوصفة الطبية.

سيمنحك هذا وقتًا للتحدث إلى طبيبك أو واصف أدوية آخر. سيساعدك أن تقرر:

- إذا كان يمكنك تناول دواء مشابه له موجود في قائمة الأدوية بدلًا منه

- أو إذا كان يمكنك طلب الحصول على استثناء من هذه التغييرات. لمعرفة المزيد حول طلب الاستثناءات، انظر الفصل 9.

قد نُجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لهذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواء تم تغطيته في بداية السنة، فبوجه عام لن نقوم بإزالة أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال الفترة المتبقية من العام.

على سبيل المثال، إذا أزلنا دواء تتناوله، أو زدنا ما تدفعه مقابل الدواء، أو قمنا بتقييد استخدامه، فلن يؤثر التغيير على استخدامك للدواء أو ما تدفعه مقابل الدواء لبقية العام.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



و. تغطية الأدوية في الحالات الخاصة

1. إذا كنت مقيمًا في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية ماهرة مشمول بتغطية خطتنا

في حال دخولك لمستشفى أو مرفق للرعاية الترميضية الماهرة لإقامة مشمولة بتغطية خطتنا، سنقوم بشكل عام بتغطية تكلفة الأدوية المتاحة بوصفات طبية أثناء إقامتك. ليس عليك دفع قيمة سداد تشاركي. بمجرد مغادرتك مرفق الرعاية الترميضية الماهرة أو المستشفى، سنقوم بتغطية الأدوية طالما تستوفي جميع قواعدها الخاصة بالتغطية.

للتعرف على المزيد حول تغطية الدواء وما تدفعه، راجع الفصل 6.

2. إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد

عادة، يمتلك مرفق الرعاية طويلة الأمد، مثل دار رعاية ترميضية، صيدلية خاصة به أو صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين به. إذا كنت تقيم في مرفق رعاية طويلة الأمد، يمكنك الحصول على أدويةك المتاحة بوصفات طبية من صيدلية المرفق إذا كانت جزءًا من شبكتنا.

اطلع على دليل مقدمي الخدمات والصيديات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأمد جزءًا من شبكتنا. وإن لم تكن كذلك، أو إذا كنت تحتاج إلى المزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

3. إذا كنت مشتركًا في برنامج لرعاية المحتضرين مرخص من Medicare

لا تكون الأدوية مشمولة بتغطية كل من الرعاية في مرحلة الاحتضار وخطتنا في الوقت عينه.

- إذا كنت مسجلًا في برنامج للرعاية في مرحلة الاحتضار تابع لبرنامج Medicare وبحاجة لدواء مسكن للألم أو مضاد للغثيان أو ملين أو مضاد للتوتر غير مشمول بتغطية رعاية مرحلة الاحتضار لأنه لا يتعلق بمرضك العضال والحالات ذات الصلة، يجب أن تتلقى خطتنا إشعارًا سوا من واصل الدواء أو مقدم الرعاية في مرحلة الاحتضار يفيد بأن الدواء غير ذي صلة قبل أن تتمكن خطتنا من تغطية الدواء.

- لمنع أي تأخير في استلام أي أدوية ليس لها صلة ينبغي أن تكون مشمولة بتغطية خطتنا، بإمكانك الطلب من واصل الدواء أو مقدم رعاية مرحلة الاحتضار أن يتأكد من استلامنا للإشعار الذي يفيد بأن الدواء غير ذي صلة قبل أن تطلب من الصيدلية صرف وصفتك الطبية.

إذا تركت رعاية مرحلة الاحتضار، على خطتنا تغطية كافة أدويةك. لمنع أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء مزايا برنامج الرعاية في مرحلة الاحتضار التابع لبرنامج Medicare، عليك إحضار وثائق للصيدلية تفيد بأنك تركت برنامج الرعاية في مرحلة الاحتضار. انظر الأقسام السابقة من هذا الفصل التي تخبرك عن قواعد الحصول على تغطية الأدوية بموجب الجزء د.

لمعرفة المزيد حول مزايا الرعاية في مرحلة الاحتضار، انظر الفصل 4.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

ز. البرامج الخاصة بسلامة الأدوية وإدارتها

ز1. البرامج الخاصة بمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان

كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية، نبحث عن المشكلات المحتملة، مثل الأخطاء المتعلقة بالأدوية أو الأدوية التي:

- قد لا تكون ضرورية لأنك تتناول دواء آخر يعمل بنفس الكفاءة
- قد لا تكون آمنة لعمرك أو جنسك
- يمكن أن تضرك في حال تناولها في نفس الوقت
- بها مكونات أنت حساس تجاهها أو قد تصاب بحساسية تجاهها
- بها كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا وجدنا مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية المتاحة بوصفات طبية، سنعمل مع مقدم الخدمة على حل المشكلة.

ز2. البرامج الخاصة بمساعدة الأعضاء في إدارة الأدوية الخاصة بهم

إذا كنت تتناول أدوية لحالات طبية مختلفة، و/أو مشترك في برنامج إدارة الأدوية لمساعدتك على استخدام أدوية الأفيونية بشكل آمن، فقد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات مجانية من خلال برنامج إدارة المعالجة الدوائية (MTM). يساعدك هذا البرنامج ويساعد مقدم الخدمة الخاص بك على التأكد من أن الأدوية تقوم بتحسين صحتك. سيعطيك صيدلاني أو أي أخصائي صحة آخر مراجعة شاملة لكافة أدويةك والتحدث إليك عن:

- كيفية الاستفادة بأقصى قدر من الأدوية التي تتناولها
- أي مخاوف لديك، كتكاليف الأدوية وردود الفعل التي تسببها الأدوية
- كيفية تناول أدويةك بأفضل شكل.
- أي أسئلة أو مشاكل لديك حول وصفتك الطبية والدواء المتاح بدون وصفة طبية.

سننتقي ملخصًا كتابيًا عن هذا النقاش. يتضمن الملخص خطة عمل خاصة بالدواء توصي بما يمكنك القيام به للاستفادة من دوائك بالشكل الأقصى. كذلك ستحصل على لائحة بالأدوية الشخصية ستضمن كافة الأدوية التي تتناولها وسبب تناولك لها. بالإضافة إلى ذلك، ستحصل على معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة والتي تعتبر من العقاقير الخاضعة للرقابة.

من الجيد أن تحدد موعدًا لمراجعة أدويةك قبل زيارة "الصحة العامة" السنوية، كي تتمكن من التحدث إلى طبيبك حول خطة عملك ولائحة الأدوية الخاصة بك. أحضر معك خطة عملك وقائمة الأدوية الخاصة بك إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه إلى أطباءك، أو الصيدلانيين ومقدمي الخدمات الصحية الآخرين. وكذلك، أحضر قائمة الأدوية معك إذا دخلت المستشفى أو غرفة الطوارئ.

تكون برامج إدارة المعالجة الدوائية طوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامجًا يناسب احتياجاتك، فنقوم بتسجيلك في البرنامج ونرسل إليك المعلومات. وإن لم ترغب في البقاء بالبرنامج، يُرجى إبلاغنا وسنقوم بحذفك منه.

إذا كانت لديك أي استفسارات بشأن هذه البرامج، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



3. برنامج إدارة الأدوية لمساعدة الأعضاء على استخدام أدويةك الأفيونية بشكل آمن

لدى Health Net Cal MediConnect برنامج يمكن أن يساعد الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية الموصوفة لهم بأمان والأدوية الأخرى التي يساء استخدامها في كثير من الأحيان. يطلق على هذا البرنامج اسم برنامج إدارة الأدوية (DMP).

إذا كنت تستخدم الأدوية الأفيونية التي تحصل عليها من عدة أطباء أو صيدليات، أو إذا كنت قد تناولت جرعة أفيونية زائدة مؤخرًا، فقد نتحدث إلى أطباءك للتأكد من أن استخدامك مناسب وضروري من الناحية الطبية. العمل مع أطباءك، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية أو أدوية البنزوديازيبين الموصوفة غير آمن، فقد نرفض قيودًا على الطريقة التي يمكنك بها الحصول على تلك الأدوية. قد تشمل القيود ما يلي:

- وجوب حصولك على جميع الوصفات الطبية الخاصة بتلك الأدوية من صيدليات معينة و/أو من أطباء معينين
- فرض قيود على كمية هذه الأدوية التي سنقوم بتغطيتها من أجلك

إذا قررنا أنه يجب تطبيق واحد أو أكثر من القيود عليك، فسوف نرسل لك خطابًا بشكل مسبق. سوف يشرح الخطاب القيود التي نعتقد أنه يجب تطبيقها.

سيكون لديك فرصة لإخبارنا عن الأطباء أو الصيدليات التي تفضل التعامل معها وأي معلومات ترى أن معرفتها مهمة بالنسبة لنا. إذا قررنا فرض قيود على تغطيتك لهذه الأدوية بعد أن نتاح لك فرصة الرد، فسنرسل لك خطابًا آخر يؤكد القيود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو كنت لا توافق على أنك معرض لخطر إساءة استعمال الأدوية التي تستلزم وصفة طبية أو كنت لا توافق على هذا القيد، يمكنك أنت وواصف الأدوية الخاص بك تقديم طعن. إذا قمت بتقديم طعن، سوف نقوم بمراجعة حالتك وموافقتك بقرارنا. إذا استمررتنا في رفض أي جزء من الطعن الذي قدمته فيما يتعلق بالقيود المفروضة على حصولك على هذه الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى جهة مراجعة مستقلة (IRE). (لمعرفة كيفية تقديم طعن والعثور على مزيد من المعلومات حول جهة المراجعة المستقلة، راجع الفصل 9.)

قد لا ينطبق برنامج إدارة الأدوية عليك إذا كنت:

- تعاني من حالات طبية معينة، مثل السرطان، أو داء الكريات المنجلية،
- تحصل على الرعاية في مرحلة الاحتضار أو الرعاية المخففة للألام أو رعاية نهاية الحياة أو
- تعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الفصل 6: ما تدفعه مقابل الأدوية الموصوفة الخاصة بـ Medicare و Medi-Cal

مقدمة

يطلعك هذا الفصل على ما تدفعه للحصول على الأدوية المتاحة بوصفة طبية للمرضى الخارجيين. بمصطلح "الأدوية" نعني:

- الأدوية المتاحة بوصفة طبية من الجزء د لبرنامج Medicare، و
- الأدوية والبنود المشمولة بتغطية Medi-Cal، و
- الأدوية والبنود المشمولة بتغطية الخطة كمزايا إضافية.

نظرًا لأنك مؤهل لبرنامج Medi-Cal، فأنت تحصل على "مساعدة إضافية" من Medicare للمساعدة في الدفع مقابل الحصول على أدويةك الموصوفة من الجزء د لبرنامج Medicare.

المساعدة الإضافية هو برنامج تابع لبرنامج Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء د لبرنامج Medicare، مثل الأقساط والمبالغ المقطوعة ودفعات التسديد التشاركي. يطلق على المساعدة الإضافية أيضًا "إعانة ذوي الدخل المنخفض" أو "LIS".

تظهر المصطلحات الرئيسية الأخرى وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

للتعرف على المزيد حول الأدوية المتاحة بوصفة طبية، يمكنك الاطلاع على ما يلي:

- قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية الخاصة بنا.
 - نطلق عليها اسم "قائمة الأدوية". وهي تطلعك على ما يلي:
 - الأدوية التي ندفع مقابلها
 - في أي من المستويات الثلاثة لمشاركة التكلفة يقع كل دواء
 - ما إذا كان هناك أي قيود على الأدوية
 - إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية، اتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الاطلاع على قائمة الأدوية على موقعنا الإلكتروني mmp.healthnetcalifornia.com. تُعد قائمة الأدوية الموجودة على الموقع الإلكتروني هي الأكثر حداثة.
- الفصل 5 من كتيب الأعضاء هذا.
 - يطلعك الفصل 5 على كيفية حصولك على الأدوية الموصوفة لمرضى العيادات الخارجية من خلال خطتنا.
 - ويتضمن القواعد التي عليك اتباعها. كذلك يطلعك على أنواع من الأدوية المتاحة بوصفة طبية غير المشمولة بتغطية خطتنا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



- دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بنا.
 - في معظم الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية تابعة للشبكة للحصول على أدويةك المشمولة بالتغطية. الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي وافقت على العمل معنا.
 - يحتوي دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على قائمة بالصيدليات التابعة للشبكة. يمكنك قراءة المزيد حول الصيدليات التابعة للشبكة في الفصل 5.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



جدول المحتويات

129	أ. شرح المزايا (EOB).....
129	ب. كيفية تتبع تكاليف أدويةك.....
130	ج. مراحل المبالغ المدفوعة للأدوية الخاصة بالجزء د لبرنامج Medicare.....
131	د. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية.....
131	د1. خيارات الصيدلية الخاصة بك.....
131	د2. الحصول على إمداد طويل الأمد من دواء.....
132	د3. المبالغ التي تدفعها.....
132	د4. نهاية مرحلة التغطية الأولية.....
133	هـ. المرحلة 2: مرحلة التغطية في حالات الكوارث.....
133	و- تكاليف أدويةك إذا وصف لك طبيبك مخزونًا لأقل من شهر كامل.....
133	ز. المساعدة في مشاركة التكلفة للأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسبة).....
133	ز1. ما هو برنامج المساعدة الخاص بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP).....
134	ز2. ما الذي يتعين فعله إذا لم تكن ملتحقًا في برنامج المساعدة الخاص بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة.....
134	ز3. ما يتعين فعله إذا لم كنت ملتحقًا بالفعل في برنامج ADAP.....
134	ح. اللقاءات.....
134	ح1. ما تحتاج إلى معرفته قبل تلقي لقاءًا.....
134	ح2. ما تدفعه مقابل الحصول على لقاء من الجزء د لبرنامج Medicare.....



أ. شرح المزايا (EOB)

تتابع خطتنا الأدوية المتاحة بوصفة طبية الخاصة بك. نتابع نوعين من التكاليف:

- **التكاليف التي تدفعها من مالك الخاص.** تمثل هذه المبالغ المالية التي تدفعها أنت أو الآخرون نيابة عنك مقابل الوصفات الطبية الخاصة بك.
- **التكاليف الإجمالية للأدوية الخاصة بك.** تمثل هذه المبالغ المالية التي تدفعها أنت أو الآخرين نيابة عنك مقابل الوصفات الطبية الخاصة بك، بالإضافة إلى المبلغ الذي تدفعه.
- عندما تحصل على الأدوية المتاحة بوصفة طبية من خلال خطتنا، نرسل لك تقريرًا يسمى *شرح المزايا*. نطلق عليها اسم "شرح المزايا" اختصارًا. يحتوي شرح المزايا على مزيد من المعلومات حول الأدوية التي تتناولها. يتضمن شرح المزايا ما يلي:
- **المعلومات الخاصة بالشهر.** يطلعك التقرير على الأدوية المتاحة بوصفة طبية التي حصلت عليها. ويوضح التكاليف الإجمالية للأدوية وما دفعناه وما تدفعه أنت ويدفعه الآخرون لك.
- **معلومات "السنة حتى تاريخه".** تمثل هذه التكاليف الإجمالية للأدوية الخاصة بك وإجمالي المبالغ المدفوعة منذ 1 يناير.

نقدم تغطية للأدوية غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare.

- لا تعتبر المبالغ المدفوعة لهذه الأدوية جزءًا من إجمالي التكاليف المدفوعة من مالك الخاص.
- لمعرفة الأدوية التي تشملها تغطية خطتنا، راجع قائمة الأدوية.

ب. كيفية تتبع تكاليف أدويةك

لتتبع تكاليف أدويةك والمبالغ التي تدفعها، نستخدم السجلات التي نحصل عليها منك أو من صيدليتك. وهنا نوضح لك كيف بإمكانك مساعدتنا:

1. استخدام بطاقة تعريف العضوية الخاصة بك.

أظهر بطاقة تعريف العضوية الخاصة بك في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية. وسيساعدنا هذا على معرفة الوصفات الطبية التي تصرفها وما تدفعه.

2. تأكد من أن لدينا المعلومات التي نحتاجها.

قم بتقديم نسخ من إيصالات الأدوية التي دفعت مقابل الحصول عليها. يمكنك أن تطلب منا رد حصتنا من تكلفة الأدوية.

فيما يلي الحالات التي يكون عليك فيها تقديم نسخ من إيصالاتك لنا:

- عند شراء دواء مشمول بالتغطية من صيدلية تابعة الشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءًا من مزايا الخطة
- عند دفع قيمة السداد التشاركي للأدوية التي تحصل عليها بموجب برنامج مساعدة المرضى التابع لمصنع الدواء
- عند شراء أدوية مشمولة بالتغطية من صيدلية خارج الشبكة
- عند دفع المبلغ بالكامل للأدوية المشمولة بالتغطية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



معرفة كيفية مطالبتنا برد حصتنا من تكلفة الدواء، راجع الفصل 7.

3. إرسال المعلومات المتعلقة بالمبالغ التي دفعها الآخرون لك.

تُعدّ المبالغ المدفوعة من قبل منظمات وأشخاص آخرين معينين جزءاً من التكاليف النثرية الخاصة بك أيضاً. على سبيل المثال، تُعدّ المبالغ المدفوعة من جانب برنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة والخدمات الصحية للهنود ومعظم المنظمات الخيرية جزءاً من التكاليف المدفوعة من مالك الخاص. يمكن أن يساعدك هذا على أن تكون مؤهلاً للتغطية في حالات الكوارث. عند الوصول إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث، يتحمل برنامج Health Net Cal MediConnect جميع تكاليف أدويةك من الجزء د لبقية العام.

4. الاطلاع على التقارير التي نرسلها لك.

عند الحصول على تقرير شرح *المزايا* عبر البريد، يُرجى التأكد من اكتماله وصحته. في حال اعتقادك بأن شيئاً ما غير صحيح أو مفقود من التقرير، أو إذا كان لديك أي أسئلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. تأكد من الاحتفاظ بهذه التقارير. إذ تشكل سجلاً مهماً لنفقات أدويةك.

ج. مراحل المبالغ المدفوعة للأدوية الخاصة بالجزء د لبرنامج Medicare

هناك مرحلتان من المبالغ المدفوعة لتغطية أدويةك المتاحة بوصفات طبية الخاصة بالجزء د لبرنامج Medicare بموجب برنامج Health Net Cal MediConnect. يعتمد المبلغ الذي تدفعه على المرحلة التي تكون فيها عند صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. ثمة مرحلتين:

المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2: مرحلة التغطية في حالات الكوارث
خلال هذه المرحلة، ندفع جزءاً من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك. تُسمى حصتك بالتسديد التشاركي. تبدأ في هذه المرحلة عندما تصرف أول الوصفات الطبية الخاصة بك في العام.	خلال هذه المرحلة، ندفع جميع تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2021. تبدأ هذه المرحلة عند دفعك مبلغاً معيناً من التكاليف النثرية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



د. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية

خلال مرحلة التغطية الأولية، ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك الموصوفة المشمولة بالتغطية وتدفع أنت الحصة الخاصة بك. تُسمى حصتك بالتسديد التشاركي. تعتمد قيمة التسديد التشاركي على مستوى مشاركة التكلفة الذي يقع فيه الدواء ومكان الذي حصولك عليه.

تكون مستويات مشاركة التكلفة عبارة عن مجموعات من الأدوية بنفس قيمة التسديد التشاركي. يقع كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بالخطوة ضمن مستوى من مستويات مشاركة التكلفة الثلاثة. بشكل عام، كلما زادت عدد مستويات مشاركة التكلفة، زادت معها قيمة التسديد التشاركي. للعثور على مستويات مشاركة التكاليف لأدويةك، يمكنك البحث في قائمة الأدوية.

- يكون لأدوية المستوى 1 تسديد تشاركي منخفض. وهي أدوية جينية. يتراوح التسديد التشاركي ما بين \$0 إلى \$3.70 استنادًا إلى دخلك.
- ولأدوية المستوى 2 تسديد تشاركي أعلى. وهي أدوية تحمل علامات تجارية. يتراوح التسديد التشاركي ما بين \$0 إلى \$9.20 استنادًا إلى دخلك.
- يبلغ التسديد التشاركي لأدوية المستوى الثالث \$0. وهي أدوية متاحة بوصفات طبية وأدوية متاحة دون وصفات طبية (OTC) مشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal وغير مشمولة بتغطية برنامج Medicare.

1.1 خيارات الصيدلية الخاصة بك

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

- صيدلية تابعة للشبكة، أو
- صيدلية خارج الشبكة.

في حالات محددة، نقوم بتغطية الوصفات الطبية المصروفة في صيدليات خارج الشبكة. راجع الفصل 5 لمعرفة متى نقوم بذلك.

لمعرفة المزيد حول خيارات الصيدلية تلك، راجع الفصل 5 في هذا الدليل ودليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

2.2 الحصول على إمداد طويل الأمد من دواء

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على مخزون طويل الأمد (يطلق عليه أيضًا "مخزون ممتد") عند قيامك بصرف وصفاتك الطبية. يصل المخزون طويل الأمد لمدة 90 يومًا. وهذا يكلفك نفس مبلغ المخزون لمدة شهر واحد.

للحصول على تفاصيل تتعلق بمكان وطريقة الحصول على مخزون طويل الأمد من أحد الأدوية، راجع الفصل 5 أو دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



د3. المبالغ التي تدفعها.

خلال مرحلة التغطية الأولية، قد تدفع قيمة تسديد تشاركي في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية. إذا كانت تكاليف الأدوية المشمولة بالتغطية أقل من قيمة التسديد التشاركي، سنقوم بدفع السعر الأقل.

يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لمعرفة مقدار التسديد التشاركي الخاص بك فيما يتعلق بأي دواء مشمول بالتغطية.

حسبك من التكلفة عند الحصول على مخزون لشهر واحد أو مخزون طويل الأمد من دواء موصوف مشمول بالتغطية من:

صيدلية خارج الشبكة	صيدلية رعاية طويلة الأمد تابعة للشبكة	خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطبة	صيدلية تابعة للشبكة	
مخزون يصل حتى 30 يومًا. تقتصر التغطية على حالات معينة. راجع الفصل 5 للحصول على تفاصيل.	مخزون يصل حتى 31 يومًا	مخزون لمدة شهر واحد أو حتى 90 يومًا	مخزون لمدة شهر واحد أو حتى 90 يومًا	
\$0 إلى \$3.70	\$0 إلى \$3.70	\$0 إلى \$3.70	\$0 إلى \$3.70	مشاركة التكلفة المستوى 1 (الأدوية الجنيسة)
ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	
\$0 إلى \$9.20	\$0 إلى \$9.20	\$0 إلى \$9.20	\$0 إلى \$9.20	مشاركة التكلفة المستوى 2 (الأدوية التي تحمل علامات تجارية)
ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	
0\$	0\$	0\$	0\$	مشاركة التكلفة المستوى 3 (الأدوية الموصوفة/الأدوية التي تباع بدون وصفة غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare)

للحصول على معلومات حول الصيدليات التي يمكن أن توفر لك مخزون طويل الأمد، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

د4. نهاية مرحلة التغطية الأولية

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف النثرية إلى \$6,550. وعند ذلك، تبدأ مرحلة التغطية للحالات الكارثية. نقوم بتغطية جميع تكاليف أدويةك من الآن وحتى نهاية العام.

ستساعدك تقارير شرح المزايا على تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل الحصول على الأدوية خلال هذا العام. وسنخبرك إذا بلغت حد \$6,550. العديد من الأشخاص لا يبلغون هذا الحد في العام.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



هـ. المرحلة 2: مرحلة التغطية في حالات الكوارث

عند بلوغك حد التكاليف النثرية \$6,550 لأدويةك الموصوفة، تبدأ مرحلة التغطية للحالات الكارثية. ستظل في مرحلة التغطية للحالات الكارثية حتى نهاية السنة التقويمية. خلال هذه المرحلة، ستغطي الخطة جميع تكاليف أدوية Medicare الخاصة بك.

و- تكاليف أدويةك إذا وصف لك طبيبك مخزونًا لأقل من شهر كامل

في بعض الحالات، تدفع قيمة تسديد تشاركي لتغطية مخزون لشهر كامل من الأدوية المشمولة بالتغطية. ولكن يمكن أن يصف لك طبيبك مخزونًا لأقل من شهر من الأدوية.

- في بعض الأحيان قد ترغب في أن تطلب من طبيبك وصف مخزون لأقل من شهر من الأدوية (على سبيل المثال عند تجربة دواء للمرة الأولى معروف بأن له آثارًا جانبية خطيرة).
- في حال موافقة طبيبك، فلن يلزمك الدفع مقابل الحصول على مخزون شهر كامل من أدوية معينة.
- عندما تحصل على مخزون من الأدوية يكفي لأقل من شهر، سيعتمد قيمة المبلغ الذي ستدفعه على عدد الأيام التي استلمت فيها الدواء. سنقوم باحتساب المبلغ الذي تدفعه كل يوم مقابل الحصول على دوائك ("مبلغ مشاركة التكلفة اليومية") وضربه في عدد الأيام التي تتسلم فيها الدواء.
- إليك مثال: لنقل إن قيمة السداد التشاركي لدوائك لإمداد شهر كامل (إمداد 30 يومًا) يبلغ \$1.30 أمريكي. وهذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه كل يوم مقابل الحصول على دوائك هو أكثر بقليل من \$0.04. في حال استلامك مخزونًا من الأدوية لمدة 7 أيام، سيكون المبلغ الذي تدفعه كل يوم \$0.04 مضروبًا في 7 أيام، ليصل إجمالي المبلغ إلى \$0.30.
- تتيح لك مشاركة التكلفة اليومية التأكد من مناسبة الدواء لك قبل الدفع مقابل الحصول على مخزون شهر كامل.
- كذلك يمكنك أن تطلب من مقدم رعايتك وصف دواء بمخزون أقل من شهر كامل من الأدوية، إذا كان ذلك من شأنه أن يساعدك على:

- التخطيط بشكل أفضل فيما يتعلق بتوقيت إعادة صرف أدويةك،
- تنسيق إعادة صرف الأدوية الأخرى التي تأخذها، و
- الذهاب بشكل أقل إلى الصيدلية

ز. المساعدة في مشاركة التكلفة للأدوية الموصوفة للأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (مرض نقص المناعة المكتسبة)

ز1. ما هو برنامج المساعدة الخاص بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة (ADAP)

يساعد برنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة في ضمان حصول الأفراد المؤهلين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسبة على أدوية فيروس نقص المناعة البشرية لإنقاذ حياتهم. تتأهل الأدوية المتاحة بوصفات طبية للمرضى الخارجيين من الجزء د لبرنامج Medicare المشمولة كذلك بتغطية برنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة للحصول على مساعدة مشاركة تكلفة الأدوية المتاحة بوصفات طبية من خلال إدارة الصحة العامة بكاليفورنيا، مكتب متلازمة نقص المناعة المكتسبة للأشخاص الملتحقين ببرنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

ز. ما الذي يتعين فعله إذا لم تكن ملتحقًا في برنامج المساعدة الخاص بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة

للحصول على معلومات خاصة بمعايير الأهلية أو الأدوية المشمولة بالتغطية أو كيفية التسجيل في البرنامج، يُرجى الاتصال على الرقم 1-844-421-7050 أو زيارة الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج ADAP على الرابط www.cdph.ca.gov/Programs/CID/DOA/Pages/OA_adap_eligibility.aspx.

ز. ما يتعين فعله إذا لم كنت ملتحقًا بالفعل في برنامج ADAP

يمكن أن يستمر برنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة في تزويد عملائه بمساعدة مشاركة تكلفة الأدوية المتاحة بوصفات طبية من الجزء د لبرنامج Medicare للأدوية الواردة في كتيب الوصفات الطبية لبرنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة. للتأكد من استمرارك في استلام هذه المساعدة، يُرجى إخطار مسؤول الالتحاق المحلي التابع لبرنامج المساعدة الخاصة بأدوية متلازمة نقص المناعة المكتسبة بشأن أي تغييرات في اسم خطة الجزء د لبرنامج Medicare الخاصة بك أو رقم بوليصة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على أقرب موقع تسجيل لبرنامج ADAP و/أو مسؤول التسجيل، يُرجى الاتصال على الرقم 1-844-421-7050 أو زيارة الموقع الإلكتروني المذكور أعلاه.

ح. اللقاحات

نقوم بتغطية لقاحات الجزء د لبرنامج Medicare. هناك جزآن لتغطية تطعيمات Medicare الجزء د من جانبنا:

1. الجزء الأول من التغطية يكون خاصًا بتكلفة اللقاح ذاته. اللقاح هو دواء يصرف بوصفة طبية.
2. الجزء الثاني من التغطية يكون خاصًا بتكلفة إعطائك اللقاح. على سبيل المثال، يمكنك الحصول على اللقاحات كحقنة يعطيك إياها الطبيب.

ح. ما تحتاج إلى معرفته قبل تلقي لقاحًا

نوصي بأن تتصل بنا أولاً على خدمات الأعضاء عندما تخطط للحصول على التطعيم.

- يمكننا أن نخبرك عن كيفية تغطية التطعيم في خطتنا وتوضيح حصتك من التكلفة.
- يمكننا أن نخبرك عن كيفية إبقاء تكاليفك منخفضة من خلال استخدام مقدمي الخدمات والصيدليات التابعة للشبكة. الصيدليات التابعة للشبكة هي الصيدليات التي وافقت على العمل مع خطتنا. مقدم الخدمة في الشبكة هو مقدم الخدمة الذي يعمل مع الخطة الصحية. على مقدم الخدمة التابع للشبكة التعاون مع برنامج Health Net Cal MediConnect لضمان أنه ليس لديك أي تكاليف أولية خاصة بلقاح من الجزء د.

ح. ما تدفعه مقابل الحصول على لقاح من الجزء د لبرنامج Medicare

ما تدفعه مقابل الحصول على اللقاح يعتمد على نوع اللقاح (سبب تناولك للقاح).

- تعتبر بعض اللقاحات كمزايا صحية أكثر من اعتبارها دواءً. تكون هذه اللقاحات مشمولة بالتغطية دون تحميلك أي تكلفة. للاطلاع على تغطية هذه اللقاحات، راجع جدول المزايا في الفصل 4.
- تعتبر اللقاحات الأخرى أدوية من الجزء د لبرنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه التطعيمات المدرجة في قائمة الأدوية التابعة للخطة. قد تضطر لدفع قيمة تسديد تشاركي مقابل تطعيمات الجزء د لبرنامج Medicare.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إليك ثلاثة أساليب شائعة للحصول على تطعيم الجزء د لبرنامج Medicare.

1. تشتري لقاح الجزء د لبرنامج Medicare من صيدلية تابعة للشبكة ويتم حقنك به في الصيدلية.
 - ستدفع تسديدًا تشاركيًا مقابل التطعيم.
2. تحصل على لقاح الجزء د لبرنامج Medicare من عيادة طبيبك ويحقنك الطبيب به.
 - ستدفع تسديدًا تشاركيًا للطبيب مقابل اللقاح.
 - ستدفع خطتنا تكلفة تلقيك اللقاح.
 - على عيادة الطبيب الاتصال بمسؤول خطتنا في هذه الحالة لكي نتأكد من أنهم يعرفون أنه عليك فقط دفع تسديد تشاركي مقابل اللقاح.
3. تحصل على لقاح الجزء د لبرنامج Medicare ذاته من صيدلية ثم تأخذه إلى عيادة طبيبك لحقنك به.
 - ستدفع تسديدًا تشاركيًا مقابل التطعيم.
 - ستدفع خطتنا تكلفة تلقيك اللقاح.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية

مقدمة

يخبرك هذا الفصل بكيفية إرسال فاتورة إلينا لطلب الدفع. سيعلمك كذلك بكيفية تقديم طعن إذا كنت غير موافق على قرار بالتغطية. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

137	أ. مطالبتنا بالدفع مقابل الخدمات أو الأدوية الخاصة بك.....
139	ب. إرسال طلب للدفع.....
140	ج- قرارات التغطية.....
140	د. الطعون.....

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



أ. مطالبتنا بالدفع مقابل الخدمات أو الأدوية الخاصة بك

يتعين على مقدمي خدمات شبكتنا تقديم فاتورة بالخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية التي تم استلمتها بالفعل. مقدم الخدمة في الشبكة هو مقدم الخدمة الذي يعمل مع خطة الرعاية الصحية.

إذا حصلت على فاتورة بالتكلفة الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية، فم بإرسال الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، انظر الصفحة 139.

- إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة بالتغطية، فسنقوم بالدفع لمقدم الخدمة مباشرة.
- إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة بالتغطية ودفعت بالفعل أكثر من حصتك من تكلفة الخدمات أو الأدوية، فمن حقك استردادها.
- إذا لم تكن الخدمات أو الأدوية مشمولة بالتغطية، فسنخبرك بذلك.

اتصل بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي استفسارات. إن لم تكن تعلم ما يجب عليك دفعه أو إذا حصلت على فاتورة ولم تعلم ما تفعل بها، يمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال في حال رغبتك إبلاغنا بمعلومات حول طلب دفع أرسلته بالفعل إلينا.

فيما يلي أمثلة على الحالات التي يمكنك فيها أن تطلب منا رد المبلغ لك أو دفع فاتورة حصلت عليها:

1. عند الحصول على رعاية الطوارئ أو الرعاية الصحية العاجلة اللازمة من مقدم خدمة من خارج الشبكة

ينبغي أن تطلب من مقدم الخدمة إرسال الفاتورة لنا.

- إذا دفعت المبلغ بالكامل عند حصولك على الرعاية، فاطلب منا رد المبلغ الذي دفعته لنا. أرسل الفاتورة وإثبات بأي سداد قمت به إلينا.
- قد تحصل على فاتورة من مقدم الخدمة حيث يطلب منك سداد ما تعتقد أنك لا تدين به. أرسل الفاتورة وإثبات بأي سداد قمت به إلينا.
 - إذا كان ينبغي الدفع لمقدم الخدمة، فسنقدم لمقدم الخدمة مباشرة.
 - إذا قمت بالدفع مقابل الخدمة بالفعل، فسنرد إليك المبلغ الذي دفعته.

2. عندما يرسل مقدم خدمة بالشبكة فاتورة لك

على مقدمي الخدمة بالشبكة دائمًا إرسال فاتورة إلينا. قم بإظهار بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect الخاصة بك عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية. تحدث حالة إصدار الفواتير غير الصحيحة/غير الملائمة عندم يقوم مقدم خدمة (مثل طبيب أو مستشفى) بإصدار فاتورة لك بتكلفة أكبر من تكلفة مساهمة الخطة في مبلغ الخدمات. اتصل بخدمات الأعضاء إذا حصلت على أي فواتير.

- بصفتك عضوًا في خطة Health Net Cal MediConnect، يتحتم عليك دفع قيمة التسديد التشاركي فقط في حالة الحصول على الخدمات المشمولة بتغطية خطتنا. لا نسمح لمقدمي الخدمات بمحاسبتك بما يزيد عن هذا المبلغ. وهذا ينطبق أيضًا حتى ولو دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من الرسم الذي يفرضه لقاء الخدمة. إذا قررنا عدم دفع مقابل بعض الرسوم، فلا يزال لا يتعين عليك دفعها.
- كلما تحصل على فاتورة من مقدم خدمة بالشبكة تعتقد أنها أكثر مما يتعين عليك دفعه، أرسل الفاتورة إلينا. سنتصل بمقدم الخدمة مباشرة ونقوم بحل المشكلة.
- إذا دفعت بالفعل فاتورة تسلمتها من مقدم خدمة في الشبكة، لكنك شعرت أنك دفعت مبلغ كبير جدًا، فأرسل الفاتورة وإثبات بأي سداد قمت به إلينا. وسنقوم برد المبالغ التي دفعتها مقابل الخدمات المشمولة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



3. عند استخدامك لصيدلية خارج الشبكة لصرف وصفة طبية

إذا توجهت إلى صيدلية خارج الشبكة، فسيُتعين عليك دفع تكلفة الوصفة بالكامل.

- في حالات معدودة فقط، سنقوم بتغطية الوصفات الطبية المصروفة في الصيدليات خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد حصة التكلفة الخاصة بنا إليك.
- يُرجى مراجعة الفصل 5 للاطلاع على المزيد حول الصيدليات خارج الشبكة.

4. عند دفع تكلفة الوصفة الطبية بالكامل لأن بطاقة تعريف العضوية ليست معك

إذا لم تكن بحوزتك بطاقة تعريف العضوية الخاصة بك، يمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات التسجيل في الخطة الخاصة بك.

- إن لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات التي تحتاج إليها على الفور، فقد يلزمك دفع تكلفة الوصفة بالكامل.
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد حصة التكلفة الخاصة بنا إليك.

5. عند دفعك التكلفة الكاملة لوصفة طبية لدواء غير مشمول بالتغطية

قد تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجًا في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (قائمة الأدوية) أو قد يكون له متطلبات أو قيود لا تعلمها أو لا تعتقد أنها تنطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء، فقد يلزمك دفع تكلفته بالكامل.
 - إن لم تدفع مقابل الحصول على الدواء ولكن تظن أنه يجب أن يكون مشمولاً بالتغطية، يمكنك أن تطلب قرارًا يتعلق بالتغطية (راجع الفصل 9).
 - إذا اعتقدت أنت أو طبيبك أو واصف آخر بأنك بحاجة إلى الدواء على الفور، يمكنك أن تطلب قرارًا سريعًا يتعلق بالتغطية (راجع الفصل 9).
- أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد المبلغ الذي دفعته إليك. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو واصف أدوية آخر لرد حصة تكلفة الدواء الخاصة بنا إليك.

عندما ترسل إلينا طلب دفع، سنقوم بمراجعة طلبك ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء. وهذا ما يُسمى باتخاذ "قرار خاص بالتغطية". إذا قررنا ضرورة تغطيته، فنقوم بدفع حصة تكلفة الخدمة أو الدواء الخاصة بنا. وإذا رفضنا طلب الدفع الخاص بك، يمكنك تقديم طلب طعن في قرارنا.

لمعرفة كيفية تقديم طلب طعن، راجع الفصل 9.



ب. إرسال طلب للدفع

أرسل لنا فاتورتك وإثبات بأي سداد قمت به. يمكن أن يكون إثبات السداد نسخة من الشيك الذي كتبتة أو إيصالاً تسلمته من مقدم الخدمة. من الجيد أن تحتفظ بنسخة من فاتورتك وإيصالاتك لضمها لسجلاتك. يمكنك أن تطلب المساعدة من منسق الرعاية الخاص بك.

للتأكد من تقديم جميع المعلومات التي نحتاج إليها لاتخاذ قرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة الخاص بنا لتقديم طلب السداد.

- ليس عليك استخدام النموذج، ولكنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.
 - يمكنك الحصول على نسخة من النموذج المتوفر على موقعنا الإلكتروني (mmp.healthnetcalifornia.com)، أو يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب النموذج.
- أرسل طلبك وإثبات الدفع إلينا على هذا العنوان. يرجى تقديم إثبات دفع مقبول، والذي يمكن أن يكون نسخة من شيك مُلغى أو كشف حساب بطاقة ائتمان أو بطاقة خصم أو إيصال تحويل إلكتروني:

عنوان المطالبات الطبية:

فيما يخص Cal MediConnect:
Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

عنوان مطالبات الصيدلية:

Health Net Cal MediConnect
Attn: Pharmacy Claims
PO Box 419069
Rancho Cordova, CA 95741-9069

يتعين عليك تقديم مطالبتك إلينا في غضون سنة تقويمية واحدة (بالنسبة للمطالبات الطبية) وفي غضون ثلاث سنوات (بالنسبة لمطالبات الأدوية). يتم قياس الأطر الزمنية من تاريخ حصولك على الخدمة أو الصنف أو الدواء.

ج- قرارات التغطية

عندما نحصل على طلب السداد الخاص بك، سنقوم باتخاذ قرار خاص بالتغطية. وهذا يعني أننا سنقرر ما إذا كانت الرعاية الصحية الخاصة بك أو الدواء مشمولاً في خطتنا. سنحدد أيضاً مقدار المال، إن وجد، الذي عليك دفعه مقابل الرعاية الصحية أو الدواء.

- سنبلغك إذا أردنا المزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن الرعاية الصحية أو الدواء مشمول بالتغطية وانبعثت جميع القواعد للحصول عليها، فنقوم بدفع حصة التكلفة الخاصة بنا مقابل ذلك. إذا دفعت مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء بالفعل، فنقوم بإرسال شيك لك عبر البريد بحصة التكلفة الخاصة بنا. إن لم تدفع مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء بعد، فنقوم بالدفع لمقدم الخدمة مباشرةً.
- يشرح الفصل 3 قواعد الحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية. يشرح الفصل 5 قواعد الحصول على أدوية الموصوفة تحت Medicare الجزء د المشمولة بالتغطية.
- إذا قررنا عدم دفع حصة تكلفة الخدمة أو الدواء الخاصة بنا، فنقوم بإرسال خطاب لك يوضح السبب. سيشرح الخطاب أيضاً حقوقك في تقديم طلب طعن.
- للاطلاع على المزيد حول قرارات التغطية، انظر الفصل رقم 9.

د. الطعون

- إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ بسبب رفض طلب السداد الخاص بك، يمكنك أن تطلب منا تغيير القرار. وهذا ما يُسمى بتقديم طلب طعن. يمكنك أيضاً تقديم طلب طعن في حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.
- عملية الطعن هي عملية رسمية بإجراءات مفصلة ومواعيد نهائية مهمة. للاطلاع على المزيد حول تقديم طلبات الطعن، انظر الفصل 9.
- إذا أردت تقديم طعن حول استرداد ما دفعته مقابل الحصول على خدمة الرعاية الصحية، انتقل إلى الصفحة 184.
 - إذا أردت تقديم طعن حول استرداد ما دفعته مقابل الحصول على دواء، انتقل إلى الصفحة 185.



الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

في هذا الفصل، ستعرف حقوقك ومسؤولياتك باعتبارك عضوًا في خطتنا. علينا احترام حقوقك. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

142	أ. حقك في الحصول على المعلومات بالطريقة التي تفي باحتياجاتك.....
156	ب. مسؤوليتنا تجاه ضمان حصولك على الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية في الوقت المناسب.....
157	ج. مسؤوليتنا تجاه حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI).....
157	ج1. كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية.....
157	ج2. بحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية.....
158	د. مسؤوليتنا تجاه تقديم معلومات لك حول خطتنا ومقدمي الخدمة التابعين لشبكتنا وخدماتنا المشمولة بالتغطية.....
159	هـ. عجز مقدمي الخدمات في الشبكة عن تحرير الفواتير لك مباشرةً.....
159	و. حقك في ترك خطة Cal MediConnect.....
160	ز. حقك في اتخاذ قرارات بشأن رعايتك الصحية.....
160	ز1. حق معرفة خيارات علاجك واتخاذ قرارات حول رعايتك الصحية.....
160	ز2. حقك في إبداء ما ترغب في أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات رعاية صحية بالنيابة عن نفسك.....
161	ز3. ما عليك فعله في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك.....
161	ح. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بمراجعة القرارات التي اتخذناها.....
161	ح1. ما يتعين عليك فعله إذا اعتقدت بأنك تُعامل بإجحاف أو تريد معرفة المزيد من المعلومات عن حقوقك.....
162	ط. حقك في تقديم شكوى ومطالبتنا بمراجعة القرارات التي اتخذناها.....
162	ي. تقييم التقنيات الجديدة والحالية.....
163	ك. مسؤولياتك بصفقتك عضوًا بالخطة.....

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



أ. حَقِّكَ فِي الْحَصُولِ عَلَى الْمَعْلُومَاتِ بِالطَّرِيقَةِ الَّتِي تَفِي بِأَحْتِيَاجَاتِكَ

We must tell you about the plan's benefits and your rights in a way that you can understand.

We must tell you about your rights each year that you are in our plan.

- To get information in a way that you can understand, call Member Services. Our plan has people who can answer questions in different languages.
- Our plan can also give you materials in languages other than English and in formats such as large print, braille, or audio. If you want to get documents in a different language and/or format for future mailings, please call Member Services. This is called a "Standing Request". We will document your choice. If later, you want to change the language and/or format choice, please call Member Services.
- You can also get this handbook in the following languages on our website at: mmp.healthnetcalifornia.com or for free simply by calling Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.
 - Arabic
 - Armenian
 - Cambodian
 - Chinese
 - Farsi
 - Korean
 - Russian
 - Spanish
 - Tagalog
 - Vietnamese

If you are having trouble getting information from our plan because of language problems or a disability and you want to file a complaint, call Medicare at 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). You can call 24 hours a day, 7 days a week. TTY users should call 1-877-486-2048. For information on filing a complaint with Medi-Cal, please contact Member Services at 1-855-464-3571 (TTY: 711), from 8 a.m. to 8 p.m., Monday through Friday. After hours, on weekends and on holidays, you can leave a message. Your call will be returned within the next business day. The call is free.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



يجب علينا إخبارك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. ولا بد لنا أن نخبرك بحقوقك سنويًا طالما أنك تشترك معنا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا أشخاصًا ممن يمكنهم الإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- بمقدور خطتنا تزويدك أيضًا بمواد بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبصيغ مختلفة مثل الطباعة بأحرف طباعة كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي. إذا كنت ترغب في الحصول على الوثائق بلغة و/أو صيغة أخرى للمراسلات المستقبلية، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. ويسمى ذلك "بالطلب الدائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك. إذا أردت لاحقًا تغيير اختيار اللغة و/أو الصيغة، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.
- يمكنك أيضًا الحصول على هذا الكتيب باللغات التالية على موقعنا الإلكتروني التالي:
mmp.healthnetcalifornia.com أو مجانًا ببساطة من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

○ العربية

○ الأرمنية

○ الكمبودية

○ الصينية

○ الفارسية

○ الكورية

○ الرومية

○ الإسبانية

○ التاغالوغية

○ الفيتنامية

إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل تخص اللغة أو الإعاقة وتريد تقديم شكوى، فاتصل مع Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللحصول على المعلومات حول تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

Եթե խնդիրներ ունեք մեր ծրագրի մասին տեղեկություններ ստանալու հարցում լեզվի կամ հաշմանդամության պատճառով, ու ցանկանում եք բողոք ներկայացնել, զանգահարեք Medicare՝ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով: Կարող եք զանգահարել օրը 24 ժամ, շաբաթը 7 օր: TTY օգտագործողները պետք է զանգահարեն 1-877-486-2048 հեռախոսահամարով: Medi-Cal-ին բողոք ներկայացնելու մասին լրացուցիչ տեղեկությունների համար խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Աշխատանքային ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի օրերին, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կզանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրվա ընթացքում: Չանգն անվճար է:

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



យើងត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោងនិងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើង

ត្រូវតែប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់អ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរនៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាខ្សែអាត់សំឡេង។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ទទួលបានឯកសារជាភាសាផ្សេង និង/ឬទ្រង់ទ្រាយផ្សេងសម្រាប់ការធ្វើសំបុត្រនាពេលអនាគត សូមហៅទូរសព្ទមកកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។ នេះហៅថា "សំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍"។ យើងនឹងចងក្រងជម្រើសរបស់អ្នក។ ប្រសិនបើនៅពេលក្រោយ អ្នកចង់ផ្លាស់ប្តូរជម្រើសភាសា និង/ឬទ្រង់ទ្រាយនេះ សូមហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិក។
- លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាដូចខាងក្រោមតាមរយៈគេហទំព័រ mmp.healthnetcalifornia.com ដោយឥតគិតថ្លៃដោយគ្រាន់តែទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ដែលបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់។ ក្រោយម៉ោងធ្វើការនៅចុងសប្តាហ៍ និងនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកបុណ្យជាតិ នា អ្នកអាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទៅលោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។
 - ភាសាអារ៉ាប់
 - ភាសាអាមេរិក
 - ភាសាខ្មែរ
 - ភាសាចិន
 - ភាសាហ្វីលីពីន
 - ភាសាភូមា
 - ភាសាអ៊ីណឌូ
 - ភាសាអេស្ប៉ាញ
 - ភាសាកាតាឡុក
 - ភាសាវៀតណាម



ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើងដោយសារបញ្ហាភាសា ឬពីការភាព ហើយអ្នកចង់រៀបចំបណ្តឹង សូមហៅទូរស័ព្ទទៅកាន់ Medicare តាមរយៈលេខ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ។ អ្នកអាចហៅទូរស័ព្ទ 24 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ប្រាំពីរថ្ងៃក្នុងមួយសប្តាហ៍។ អ្នកប្រើប្រាស់ TTY សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់លេខ 1-877-486-2048។ សម្រាប់ព័ត៌មានទាក់ទងនឹងការធ្វើពាក្យបណ្តឹងជាមួយ Medi-Cal សូមទំនាក់ទំនងសេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY:711) ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់។ ក្រោយម៉ោងធ្វើការ នៅចុងសប្តាហ៍ និងនៅថ្ងៃឈប់សម្រាកបុណ្យជាតិ នានា អ្នកអាចធ្វើសារទុកបាន។ គេនឹងហៅទៅលោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះគឺឥតគិតថ្លៃ។

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



我們必須透過您能夠瞭解的方式告知您計畫的各項福利以及您的權利。在您參加本計畫期間，我們必須每年均告知您有關您的權利。

- 如欲透過您能夠瞭解的方式取得資訊，請致電與會員服務部聯絡。本計畫備有可使用不同語言為您解答疑問的工作人員。
- 本計畫也可為您提供英文以外之其他語言版本以及如大字版、點字版或語音版等格式的資料。如果要獲得其他語言和/或格式的文件以備將來郵寄，請致電與會員服務部聯絡。這稱為「持續請求」。我們將記錄您的選擇。如果以後要變更語言和/或格式選擇，請致電與會員服務部聯絡。
- 您還可以在我們的網站上獲得以下語言的本手冊：mmp.healthnetcalifornia.com或在週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點免費致電 1-855-464-3571 (TTY: 711)，聯絡會員服務部即可免費獲得。下班後、週末和節假日，您可以留言。我們將在下一個工作日內回覆您的電話。撥打此電話免費。
 - 阿拉伯文
 - 亞美尼亞文
 - 柬埔寨文
 - 中文
 - 波斯文
 - 韓文
 - 俄文
 - 西班牙文
 - 塔加拉文
 - 越南語

如果您因為語言問題或殘障而無法透過本計畫取得資訊而您想提出投訴，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 與 Medicare 聯絡。您可以每週 7 天，每天 24 小時隨時撥打電話。聽障專線使用者請致電 1-877-486-2048。如需有關向 Medi-Cal 提出投訴的資訊，請於週一至週五，上午 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY: 711) 與會員服務部聯絡。下班後、週末和節假日，您可以留言。我們將在下一個工作日內回覆您的電話。撥打此電話免費。

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

[.mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)



ما باید مزایای برنامه درمانی و حقوق قانونی شما را به صورتی به شما بگوئیم که برایتان قابل فهم باشد. ما باید هر سال حقوق قانونی که در برنامه درمانی ما دارید را به شما بگوئیم.

- برای دریافت اطلاعات به شکلی که برایتان قابل فهم باشد، با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما افرادی را در استخدام دارد که می‌توانند به سؤالات به زبان‌های مختلف جواب دهند.
- برنامه ما همچنین می‌تواند مطالبی به همه زبان‌های غیر از انگلیسی و فرمت‌هایی مثل چاپ درست، خط بریل و فرمت صوتی برای شما فراهم کند. اگر می‌خواهید در آینده این سند را به زبان و/یا قالب دیگری با ارسال پستی دریافت کنید لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. این کار «درخواست دائمی» نامیده می‌شود. ما انتخاب شما را ثبت می‌کنیم. اگر در آینده خواستید زبان و یا قالب انتخابی را تغییر دهید لطفاً با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید.
- همچنین می‌توانید این دفترچه را به زبان‌های زیر در وبسایت ما دریافت کنید: mmp.healthnetcalifornia.com یا به صورت رایگان می‌توانید روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب به شماره (TTY: 1-855-464-3571) با مرکز خدمات اعضا تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- کره‌ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگالوگ
- ویتنامی

اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت، در دریافت اطلاعات از برنامه درمانی ما با مشکل مواجه هستید و می‌خواهید شکایتی را ارائه کنید، با Medicare به شماره (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE تماس بگیرید. می‌توانید در 24 ساعت شبانه‌روز و 7 روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای کسب اطلاعات در مورد ارائه شکایت به Medi-Cal، لطفاً روزهای دوشنبه تا جمعه از 8 صبح تا 8 شب با مرکز خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید. بعد از ساعات اداری، آخر هفته‌ها و روزهای تعطیل می‌توانید پیام بگذارید. در روز کاری بعدی با شما تماس گرفته خواهد شد. این تماس رایگان است.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة الموقع



당사는 플랜의 혜택과 가입자의 권리에 대해 가입자가 이해할 수 있는 방식으로 알려드릴 의무가 있습니다. 당사는 가입자가 당사 플랜에 가입하신 각 해마다 가입자의 권리에 대해 알려드릴 의무가 있습니다.

- 가입자가 이해하실 수 있는 방식으로 정보를 받으시려면, 가입자 서비스에 연락하십시오. 당사 플랜은 여러 가지 언어로 질문에 답을 드릴 수 있는 직원을 배치해 두고 있습니다.
- 당사 플랜은 또한, 자료를 드릴 때, 영어 이외의 언어로 된 것이나, 큰 활자체, 점자, 또는 오디오 등의 형태로 된 것을 드릴 수 있습니다.향후의 우편물을 다른 언어 또는 다른 형태로 된 것으로 받고 싶으시면, 가입자 서비스에 연락하십시오. 이를 “지속적인 요청”이라고 합니다. 당사는 귀하가 선택하신 것을 기록해 둘 것입니다. 나중에, 언어나 형태를 다른 것으로 바꾸고 싶으시면, 가입자 서비스에 연락하십시오.
- 또한, 당사 웹사이트 mmp.healthnetcalifornia.com 에서 다음의 언어로 된 안내서를 구하실 수 있고, 아니면 간단하게 가입자 서비스에 1-855-464-3571 (TTY: 711) (오전 8시-오후 8시, 월요일-금요일 운영)로 문의하셔도 됩니다. 근무시간 이후, 주말, 휴일에는 메시지를 남겨주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 연락을 드리겠습니다. 통화는 무료입니다.
 - 아랍어
 - 아르메니아어
 - 캄보디아어
 - 중국어
 - 페르시아어
 - 한국어
 - 러시아어
 - 스페인어
 - 타갈로그어
 - 베트남어

언어 문제 또는 장애 때문에 당사 플랜으로부터 정보를 받는 데 문제가 있어서 불만을 제기하시려면, 메디케어(Medicare)에 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 연락하십시오. 하루 24시간, 1주 7일 연락하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048로 연락하셔야 합니다. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 관한 정보는, 가입자 서비스에 1-855-464-3571 (TTY: 711) (오전 8시-오후 8시, 월요일-금요일 운영)로 문의하십시오. 근무시간 이후, 주말, 휴일에는 메시지를 남겨주시면 됩니다. 그러면 다음 근무일에 연락을 드리겠습니다. 통화는 무료입니다.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



О страховом покрытии плана и о ваших правах мы должны сообщать вам в понятной вам форме. Пока вы остаетесь участником нашего плана, мы должны каждый год сообщать вам о ваших правах.

- Для того чтобы получать эти сведения в удобной для вас форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы участников, говорящих на разных языках.
- Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана в переводе с английского на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи либо напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Если вы хотите всегда получать материалы в переводе на другой язык и/или в другой форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана и подайте постоянно действующий запрос. Мы зарегистрируем ваши предпочтения. Если позже вы захотите получать материалы в переводе на другой языки и/или в другой форме, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана.
- Вы также можете получить этот справочник в переводе на приведенные ниже языки на нашем веб-сайте mmp.healthnetcalifornia.com. Либо позвоните в наш отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711), и вам бесплатно пришлют этот справочник в переводе на выбранный вами язык. Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.
 - Арабский
 - Армянский
 - Кхмерский
 - Китайский
 - Фарси
 - Корейский
 - Русский
 - Испанский
 - Тагальский
 - Вьетнамский

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, получаемой от нашего плана, вы можете подать жалобу в программу Medicare по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Линия работает круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь телефоном ТТУ, звоните по номеру 1-877-486-2048. Если вы хотите узнать о том, как подать жалобу в программу Medi-Cal, позвоните в наш отдел обслуживания участников плана по телефону 1-855-464-3571 (ТТУ: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, в выходные и праздничные дни вы можете оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمة مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



Le explicaremos los beneficios de su plan y sus derechos de una manera que usted pueda comprender. Haremos esto cada año de cobertura de nuestro plan.

- Para obtener información de manera clara y comprensible, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con representantes que pueden responder a sus preguntas en varios idiomas.
- También podemos proporcionarle material en otros idiomas, además del inglés, y en distintos formatos, como braille, audio o letra grande. Si desea obtener materiales en otros formatos, como braille o letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Puede hacer una solicitud permanente de los materiales en estos formatos o idiomas y la registraremos para futuros envíos. Si más adelante quiere cambiar de idioma o de formato, llame nuevamente al Departamento de Servicios al Afiliado.
- También puede obtener este manual en los siguientes idiomas en nuestro sitio web, mmp.healthnetcalifornia.com, o de forma gratuita si llama al Departamento de Servicios al Afiliado, al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
 - Árabe
 - Armenio
 - Camboyano
 - Chino
 - Farsi
 - Coreano
 - Ruso
 - Español
 - Tagalo
 - Vietnamita

Si tiene dificultades para obtener información de parte de nuestro plan por problemas relacionados con el idioma o con una discapacidad y desea presentar una queja, comuníquese con Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Puede llamar las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048. Si desea información sobre cómo presentar una queja ante Medi-Cal, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Puede dejar un mensaje fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa mga benepisyo sa plan at ang iyong mga karapatan sa isang paraan na maiintindihan mo. Dapat naming sabihin sa iyo ang tungkol sa iyong mga karapatan bawat taon na nasa plan ka namin.

- Para makakuha ng impormasyon sa isang paraan na maiintindihan mo, tawagan ang Member Services (Mga Serbisyo sa Miyembro). Ang aming plan ay mayroong mga tao na makakasagot sa iyong mga tanong sa iba't ibang mga wika.
- Mabibigyan ka rin ng aming plan ng mga materyales na nasa mga wika maliban sa Ingles at nasa mga format tulad ng malalaking letra, braille, o audio. Kung gusto mong makatanggap ng mga dokumento sa ibang wika at/o format para sa mga mailing sa hinaharap, pakitawagan ang Member Services. Tinatawag itong "Standing Request". Itatala namin ang pipiliin mo. Kung gusto mong baguhin ang piniling wika at/o format sa ibang pagkakataon, pakitawagan ang Member Services.
- Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika sa aming website sa: mmp.healthnetcalifornia.com o nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras ng trabaho, tuwing Sabado at Linggo, at tuwing pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa iyo sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang pagtawag.
 - Arabo
 - Armenian
 - Cambodian
 - Intsik
 - Farsi
 - Koreano
 - Ruso
 - Espanyol
 - Tagalog
 - Vietnamese

Kung nagkakaproblema kang makakuha ng impormasyon mula sa aming plan dahil sa mga problema sa wika o isang kapansanan at gusto mong maghain ng reklamo, tawagan ang Medicare sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Maaari kang tumawag nang 24 na oras sa isang araw, pitong araw sa isang linggo. Dapat tawagan ng mga gumagamit ng TTY ang 1-877-486-2048. Para sa impormasyon sa paghahain ng reklamo sa Medi-Cal, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), mula 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras ng trabaho, tuwing Sabado at Linggo, at tuwing pista opisyal, maaari kang mag-iwan ng mensahe. May tatawag sa iyo sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Libre ang pagtawag.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



Chúng tôi phải cho quý vị biết về các phúc lợi trong chương trình và quyền của quý vị theo cách mà quý vị có thể hiểu được. Chúng tôi phải cho quý vị biết về các quyền của quý vị vào mỗi năm mà quý vị tham gia chương trình của chúng tôi.

- Để nhận thông tin theo cách thức quý vị có thể hiểu được, hãy gọi cho bộ phận Dịch Vụ Thành Viên. Chương trình của chúng tôi có những người có thể trả lời các câu hỏi của quý vị bằng các ngôn ngữ khác nhau.
- Chương trình của chúng tôi cũng cung cấp cho quý vị tài liệu bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh và ở các định dạng như bản in khổ lớn, chữ nổi braille, hoặc bản âm thanh. Nếu quý vị muốn nhận các tài liệu bằng ngôn ngữ khác và/hoặc định dạng khác qua đường bưu điện trong tương lai, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên. Đây được gọi là “Yêu Cầu Cố Định”. Chúng tôi sẽ ghi lại lựa chọn của quý vị. Nếu sau này quý vị muốn thay đổi lựa chọn ngôn ngữ và/hoặc định dạng, vui lòng gọi điện cho Dịch Vụ Thành Viên.
- Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây trên trang web của chúng tôi tại mmp.healthnetcalifornia.com hoặc chỉ cần gọi đến Dịch Vụ Thành Viên theo số 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị có thể để lại tin nhắn sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và vào ngày nghỉ. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.
 - Tiếng Ả Rập
 - Tiếng Armenia
 - Tiếng Campuchia
 - Tiếng Trung
 - Tiếng Ba Tư
 - Tiếng Hàn
 - Tiếng Nga
 - Tiếng Tây Ban Nha
 - Tiếng Tagalog
 - Tiếng Việt

Nếu quý vị đang gặp khó khăn với việc tiếp nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi do các vấn đề về ngôn ngữ hoặc do khuyết tật và quý vị muốn nộp đơn khiếu nại, hãy gọi cho Medicare theo số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Quý vị có thể gọi 24 giờ một ngày, 7 ngày một tuần. Người dùng TTY cần gọi số 1-877-486-2048. Để biết thông tin về cách nộp đơn khiếu nại cho Medi-Cal, vui lòng liên lạc bộ phận Dịch Vụ Thành Viên theo số điện thoại 1-855-464-3571 (TTY: 711), Thứ Hai đến Thứ Sáu, 8 giờ sáng đến 8 giờ tối. Quý vị có thể để lại tin nhắn sau giờ làm việc, vào các ngày cuối tuần và vào ngày nghỉ. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này hoàn toàn miễn phí.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ب. مسؤوليتنا تجاه ضمان حصولك على الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية في الوقت المناسب

إن لم تتمكن من الحصول على موعد مناسب لتلقي الخدمات المشمولة بالتغطية وكان طبيبك لا يظن أنه بإمكانك انتظار فترة أطول من أجل الموعد، فيمكنك الاتصال بإدارة خدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية ويمكنك مساعدتك. إذا لم تتمكن من الحصول على خدمات خلال وقت معقول، فيجب علينا الدفع مقابل الرعاية خارج الشبكة.

بصفتك عضوًا في خطتنا:

- يحق لك اختيار مقدم خدمة الرعاية الأولية (PCP) في شبكتنا. مقدم الخدمة في الشبكة هو مقدم الخدمة الذي يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول أنواع مقدمي الخدمة الذين قد يعملون كمقدمي رعاية أولية وكيفية اختيار مقدم الرعاية الأولية في الفصل 3.
 - اتصل بخدمات الأعضاء أو ابحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لمعرفة المزيد حول مقدمي الخدمات في الشبكة وأي الأطباء يقبلون مرضى جدد.
 - يحق للمرأة الذهاب إلى أخصائي نسائي صحي دون الحصول على إحالة. الإحالة هي الموافقة الممنوحة من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك لزيارة طبيب آخر غير مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.
 - يحق لك الحصول على خدمات مشمولة بالتغطية من مقدمي خدمة في الشبكة في الوقت المناسب.
 - وهذا يشمل الحق في الحصول على خدمات في الوقت المناسب من الأخصائيين.
 - يحق لك الحصول على خدمات أو رعاية طارئة مطلوبة بشكل عاجل من دون موافقة مسبقة.
 - يحق لك صرف وصفاتك الطبية في أي صيدلية من صيدليات الشبكة الخاصة بنا دون تأخير طويل.
 - يحق لك معرفة متى يمكنك الذهاب إلى مقدم خدمة خارج الشبكة. لمعرفة مقدمي الخدمة خارج الشبكة، راجع الفصل 3.
 - عند بداية انضمامك لخطتنا، يحق لك متابعة زيارة مقدمي الخدمة الحاليين لديك واستخدام تصريحات الخدمات لمدة 12 شهرًا في حال استيفاء معايير معينة. لمعرفة المزيد حول متابعة التعامل مع مقدمي الخدمة لديك وتصاريح الخدمة، انظر الفصل 1.
 - يحق لك الحصول على الرعاية الموجهة ذاتيًا بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية الخاصين بك.
- يطلعك الفصل 9 على ما يمكنك فعله إذا اعتقدت أنك لم تحصل على الخدمات أو الأدوية في الوقت المناسب. يطلعك الفصل 9 أيضًا على ما يمكنك فعله في حالة رفضنا شمولك بالتغطية للخدمات أو الأدوية وعدم موافقتك على قرارنا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ج. مسؤوليتنا تجاه حماية معلوماتك الصحية الشخصية (PHI)

نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية (PHI) بموجب القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

تتضمن معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات التي قدمتها لنا عند تسجيلك في هذه الخطة. وتتضمن أيضًا السجلات الطبية الخاصة بك والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.

يحق لك الحصول على المعلومات والتحكم في طريقة استخدام معلوماتك الصحية الشخصية. نقدم لك إشعارًا كتابيًا يطلعك على هذه الحقوق ويشرح لك أيضًا كيفية حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. يطلق على هذا الإشعار "إشعار ممارسات الخصوصية".

ج1. كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية

نضمن عدم اطلاع الأشخاص غير المصرح لهم على سجلاتك أو تغييرها.

في معظم الأحوال، لا نقدم معلوماتك الصحية الشخصية لأي شخص لا يقوم بتقديم الرعاية إليك أو يدفع مقابل رعايتك. وإذا قمنا بذلك، فإنه يجب علينا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. يمكن تقديم الإذن الكتابي من جانبك أو من جانب أي شخص لديه سلطة قانونية لاتخاذ القرارات نيابة عنك.

هناك حالات معينة لا يلزم فيها الحصول على إذن كتابي منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون.

- علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية للهيئات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية الخاصة بنا.
- علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب أمر من المحكمة.
- نحن ملزمون بمنح Medicare معلوماتك الصحية الشخصية. في حال إفصاح Medicare عن معلوماتك الصحية الشخصية لغرض البحث أو لاستخدامات أخرى، فسيتم ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية. إذا قمنا بمشاركة معلوماتك مع Medi-Cal، فسيتم ذلك أيضاً وفقاً للقوانين الفيدرالية وقوانين الولاية.

ج2. يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية

- يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة من سجلاتك. يجوز لنا فرض رسم إعداد نسخة من سجلاتك الطبية.
- يحق لك أن تطلب منا تحديث سجلاتك الطبية أو تصحيحها. إذا طلبت منا القيام بذلك، فسنعاون مع مقدم خدمة الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان يجب إجراء التغييرات.
- يحق لك معرفة كيفية مشاركة معلوماتك الصحية الشخصية مع الآخرين.

إذا كان لديك أي استفسارات أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فاتصل بخدمات الأعضاء.

إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا مدرج في الفصل 11، القسم ج.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



د. مسؤوليتنا تجاه تقديم معلومات لك حول خطتنا ومقدمي الخدمة التابعين لشبكتنا وخدماتنا المشمولة بالتغطية

بصفتك عضوًا في Health Net Cal MediConnect، يحق لك الحصول على معلومات منا. إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فإننا لدينا خدمات الترجمة الفورية لإجابة أي استفسارات لديك حول خطتنا الصحية. للحصول على مترجم فوري، يرجى الاتصال بنا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. هذه خدمة مجانية لك. يمكنك أيضًا الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجانًا:

- اللغة العربية
- اللغة الأرمنية
- اللغة الكمبودية
- اللغة الصينية
- اللغة الفارسية
- اللغة الكورية
- اللغة الروسية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاجالوجية
- اللغة الفيتنامية

نستطيع أيضًا توفير المعلومات لك بتنسيقات أخرى مثل طباعة بأحرف كبيرة أو طريقة برايل أو تسجيل صوتي.

اتصل بخدمات الأعضاء، إذا رغبت في الحصول على أي معلومات حول أي مما يلي:

- معلومات حول كيفية اختيار الخطط أو تغييرها
- معلومات حول خطتنا، بما في ذلك:
 - المعلومات المالية
 - كيفية تقييمنا من قبل أعضاء الخطة
 - عدد طلبات الطعن المقدمة من قبل الأعضاء
 - كيفية الانفصال عن خطتنا

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- مقدمي الخدمة في شبكتنا وصيدليات التابعة لشبكتنا بما في ذلك:
 - كيفية اختيار مقدمي الرعاية الأولية أو تغييرهم
 - مؤهلات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا
 - كيف ندفع لمقدمي الخدمات في شبكتنا
- المعلومات المتعلقة بالخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية والقواعد التي عليك اتباعها، بما في ذلك:
 - الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية في خطتنا
 - حدود التغطية والأدوية الخاصة بك
 - القواعد التي عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية
- المعلومات المتعلقة بسبب عدم تغطية أمر ما وما عليك فعله حيال ذلك، بما في ذلك:
 - مطالبتنا بتوضيح سبب عدم تغطية شيء كتابيًا
 - مطالبتنا بتغيير قرار اتخذناه
 - مطالبتنا بدفع فاتورة استلمتها

هـ. عجز مقدمي الخدمات في الشبكة عن تحرير الفواتير لك مباشرةً

لا يمكن للأطباء والمستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكتنا جعلك تدفع للخدمات المشمولة بالتغطية. لا يمكنهم أيضًا فرض رسم عليك إذا دفعنا أقل مما يفرضه مقدم الخدمة. لمعرفة ما عليك القيام به في حال محاولة مقدمي خدمات الشبكة فرض رسوم عليك مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية، راجع الفصل 7.

و. حقك في ترك خطة Cal MediConnect

لا يمكن لأحد إجبارك على البقاء في خطتنا ما لم ترغب في ذلك.

- لديك الحق في الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage.
- يمكنك الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة من Medicare Part D من خطة للأدوية الموصوفة أو من خطة Medicare Advantage.
- انظر الفصل 10 للحصول على مزيد من المعلومات حول الوقت الذي يمكنك فيه الانضمام إلى خطة مزايا Medicare Advantage أو خطة مزايا أدوية موصوفة جديدة.
- سيسمّر تقديم مزايا Medi-Cal من خلال Health Net Community Solutions, Inc. إلا إذا اخترت خطة مختلفة متوفرة في هذه المقاطعة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

ز. **حَقِّكَ فِي اتِّخَاذِ قَرَارَاتِ بِشَأْنِ رِعَايَتِكَ الصَّحِيَّةِ**

ز1. **حَقِّكَ مَعْرِفَةَ خِيَارَاتِ عِلاجِكَ وَاتِّخَاذِ قَرَارَاتِ حَوْلِ رِعَايَتِكَ الصَّحِيَّةِ**

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطباءك ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين عند حصولك على الخدمات. على مقدمي الخدمات شرح حالتك وخيارات علاجك بالطريقة التي تتمكنك من فهمها. يحق لك ما يلي:

- **معرفة خياراتك.** يحق لك الاطلاع على جميع أنواع العلاج.
- **معرفة المخاطر.** يحق لك معرفة جميع المخاطر المتضمنة. يتعين إخبارك مسبقاً بما إذا كانت أي خدمة أو علاج جزءاً من تجربة بحثية. يحق لك رفض العلاجات التجريبية.
- **الحصول على رأي ثانٍ.** يحق لك زيارة طبيب آخر قبل اتخاذ قرار بشأن العلاج.
- **قل "لا".** يحق لك رفض أي علاج. وهذا يتضمن الحق في مغادرة مستشفى أو مرفق طبي آخر، حتى إن نصحك طبيبك بعكس ذلك. يحق لك أيضاً التوقف عن تناول دواء موصوف. إذا رفضت علاجاً أو توقفت عن تناول دواء موصوف، فلن يتم استبعادك من خطتنا. ومع ذلك، إذا رفضت علاجاً أو توقفت عن تناول دواء، فأنت تقر بمسؤوليتك الكاملة عما يحدث لك.
- **مطالبتنا بشرح سبب رفض مقدم الخدمة تقديم الرعاية.** يحق لك الحصول على توضيح منا إذا رفض مقدم الخدمة تقديم الرعاية التي تعتقد بضرورة حصولك عليها.
- **مطالبتنا بتغطية خدمة أو دواء رُفض أو غير مشمول بالتغطية عادةً.** وهذا ما يُسمى قرار خاص بالتغطية. يوضح الفصل 9 كيفية مطالبة مسؤول الخطة باتخاذ قرار خاص بالتغطية.

ز2. **حَقِّكَ فِي إِبداءِ ما ترغِبُ فِي أن يحدث إذا لم تتمكن من اتخاذ قرارات رعاية صحية بالنيابة عن نفسك**

في بعض الأحيان، يكون الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات رعاية صحية بالنيابة عن أنفسهم. قبل أن يحدث هذا لك، يمكنك:

- **ملء نموذج كتابي لتحويل شخص ما باتخاذ القرارات الخاصة بالرعاية الصحية بالنيابة عنك.**
- **قدم تعليمات كتابية لطبيبك حول الطريقة التي ترغب أن يتعاملوا بها مع رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قرارات بالنيابة عنك.**

يطلق على الوثيقة القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهاتك اسم التوجيه الصحي المسبق. ثمة أنواع مختلفة من التوجيهات الصحية المسبقة والأسماء المختلفة لها. على سبيل المثال، وصية الحياة وتوكيل رسمي خاص بالرعاية الصحية.

ليس عليك استخدام التوجيه الصحي المسبق ولكن يمكنك استخدامه إذا أردت ذلك. إليك ما يجب فعله:

- **الحصول على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج من طبيبك أو محام أو وكالة خدمات قانونية أو أخصائي اجتماعي. وقد يكون لدى بعض المنظمات التي تقدم معلومات للأفراد حول Medicare أو Medi-Cal مثل برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) نماذج للتوجيه الصحي المسبق أيضاً.
- **املاً النموذج ووقعه.** النموذج عبارة عن وثيقة قانونية. عليك التفكير في الحصول على مساعدة محام عند إعداده.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- **تقديم نسخ للأشخاص الذين يريدون الاطلاع عليه.** عليك تقديم نسخة من النموذج لطبيبك. عليك أيضًا تقديم نسخة لشخص تحدده كشخص يقوم باتخاذ قرارات نيابةً عنك. قد ترغب أيضًا في تقديم نسخ لأصدقائك المقربين أو أفراد أسرته. تأكد من الاحتفاظ بنسخة في المنزل.
 - في حال حجزك بالمستشفى وتوقيعك توجيهًا صحيًا مسبقًا، **أحضِر نسخة منه معك إلى المستشفى.**
 - سيسألك المستشفى ما إذا قمت بتوقيع نموذج توجيه صحي مسبق وإذا كان بحوزتك أم لا.
 - إذا لم توقع على نموذج توجيه صحي مسبق، يوجد لدى المستشفى نماذج متوفرة وسيسألك إذا كنت تريد توقيع نموذج منه.
- تذكر أن الخيار يعود إليك في ملء توجيه صحي مسبق أم لا.

3. ما عليك فعله في حال عدم اتباع التعليمات الخاصة بك

في حال توقيعك على توجيه صحي مسبق وكنت تعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة به، يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية المحلي التابع لك.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

رقم الهاتف 1-800-368-1019 (الهاتف النصي: 1-800-537-7697).

ح. حَقِّقْ فِي تَقْدِيمِ شَكْوَى وَمَطَالِبَتِنَا بِمَرَاجَعَةِ الْقَرَارَاتِ الَّتِي اتَّخَذْنَاهَا

يطلعك الفصل 9 على ما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف بشأن الخدمات أو الرعاية المشمولة بالتغطية الخاصة بك. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار خاص بالتغطية أو تقديم طلب طعن لتغيير قرار خاص بالتغطية أو رفع شكوى. يحق لك الحصول على معلومات حول طلبات الطعن والشكاوى التي رفعها الأعضاء الآخرون ضد خطتنا. للحصول على هذه المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.

1. ما يتعين عليك فعله إذا اعتقدت بأنك تُعامل بإجحاف أو تريد معرفة المزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد بأنك تُعامل بإجحاف - ولا يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب المدرجة في الفصل 11 - أو تريد معرفة المزيد من المعلومات عن حقوقك، يمكنك تلقي المساعدة عن طريق الاتصال بـ:

- خدمات الأعضاء.
- برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP). للحصول على مزيد من التفاصيل حول هذه المؤسسة وكيفية الاتصال بها، راجع الفصل 2.
- برنامج Cal MediConnect Ombuds. للحصول على مزيد من التفاصيل حول هذه المؤسسة وكيفية الاتصال بها، راجع الفصل 2.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com.

- Medicare على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة وتنزيل ملف "الحقوق وإجراءات الحماية الخاصة بـ Medicare" الموجود على موقع Medicare الإلكتروني www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).

ط. حَقِّكَ فِي تَقْدِيمِ شَكْوَى وَمَطَالِبَتِنَا بِمِرَاجَعَةِ الْقَرَارَاتِ الَّتِي اتَّخَذْنَاهَا

إذا كانت لديك أي استفسارات أو مخاوف حول الحقوق والمسؤوليات أو إذا كانت لديك اقتراحات لتحسين سياسة حقوق الأعضاء الخاصة بنا، يرجى مشاركة أفكارك معنا عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

ي. تَقْيِيمُ التَّقْنِيَّاتِ الْجَدِيدَةِ وَالْحَالِيَةِ

تشمل التقنيات الجديدة كلاً من الإجراءات والأدوية والمنتجات الحيوية أو الأجهزة التي تم تطويرها مؤخرًا بغرض علاج أمراض أو حالات معينة، أو تكون عبارة عن إصدارات جديدة عن إجراءات أو أدوية أو منتجات حيوية وأجهزة معروفة مسبقًا. تتبع خطتنا قرارات التغطية الوطنية والمحلية الخاصة بـ Medicare حسب الاقتضاء.

في ظل غياب قرارات التغطية الخاصة بـ Medicare، تعمل خطتنا على تقييم التقنيات الجديدة أو الإصدارات الجديدة من التقنيات الحالية بغرض ضمها إلى خطط المزايا المطبقة لضمان حصول الأعضاء على الرعاية الآمنة والفعالة، وذلك عبر إجراء تقييم نقدي حول المحتوى الطبي المنشور حاليًا من مصادر نشر خضعت لاستعراض الأقران، وذلك يشمل المراجعات المنهجية والتجارب المنضبطة المعشاة والدراسات الأترابية ودراسات الحالات والشواهد ودراسات الاختبار التشخيصية التي لها نتائج ذات دلالة إحصائية، والتي أظهرت سلامة وفعالية، واستعراض الأدلة القائم على المبادئ التوجيهية التي أعدتها المنظمات الوطنية والجهات المسؤولة المعترف بها. تأخذ خطتنا في عين الاعتبار كل من الآراء والتوصيات والتقييمات الصادرة من قبل الأطباء الممارسين والجمعيات الطبية الوطنية المعترف بها على الصعيد الوطني بما فيها مجتمعات الأطباء المتخصصين أو فرق الإجماع أو غيرها من منظمات البحث أو منظمات تقييم التقنيات المعترف بها على الصعيد الوطني ووكالات التقارير والمنشورات الحكومية (على سبيل المثال، إدارة الغذاء والدواء (FDA) ومراكز مكافحة الأمراض (CDC) ومعاهد الصحة الوطنية (NIH)).

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ك. مسؤولياتك بصفتك عضوًا بالخطة

بصفتك عضوًا بالخطة، فأنت تتحمل مسؤولية القيام بالأمور المدرجة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فاتصل بخدمات الأعضاء.

- **اقرأ كتيب الأعضاء** لمعرفة العناصر المشمولة بالتغطية وما هي القواعد التي يجب أن تتبعها للحصول على الأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية. للحصول على تفاصيل حول:
 - الخدمات المشمولة بالتغطية الخاصة بك، راجع الفصلين 3 و4. توضح هذه الفصول ما هو مشمول وما هو غير مشمول بالتغطية وكذلك القواعد التي عليك اتباعها والمبالغ التي ستدفعها.
 - الأدوية المشمولة بالتغطية الخاصة بك، راجع الفصلين 5 و6.
- **أخبرنا إذا كان لديك أي تغطية صحية أخرى أو تغطية للأدوية الموصوفة.** علينا التأكد من استخدامك لجميع خيارات التغطية الخاصة بك عند تلقي الرعاية الصحية. إذا كانت لديك تغطية أخرى، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.
- **أخبر طبيبك ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين** بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة هوية عضويتك كلما حصلت على خدمات أو أدوية.
- **ساعد أطباءك ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين** على إعطائك أفضل رعاية.
 - امنحهم المعلومات التي يحتاجون إليها عنك وصحتك. اعرف قدر ما تستطيع عن مشاكلك الصحية. اتبع خطط وتعليمات العلاج التي توافق عليها أنت ومقدم الخدمة الخاص بك.
 - تأكد من أن أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين يعرفون عن جميع الأدوية التي تتناولها. ويشمل ذلك الأدوية الموصوفة والأدوية غير الموصوفة والفيتامينات والمكملات الغذائية.
 - إذا كان لديك أي أسئلة فتأكد من السؤال. يجب أن يشرح أطباؤك ومقدمو الخدمات الآخرين الأشياء بطريقة تفهمها. إذا طرحت سؤالاً ولم تفهم الإجابة، فاسأل مرة أخرى.
- **احترم الآخرين.** نتوقع احترام جميع أعضائنا لحقوق المرضى الآخرين. كما نتوقع أن نتصرف باحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات ومكاتب مقدمي الخدمات الآخرين.
- **ادفع ما أنت مدين به.** بصفتك عضو في خطة، فأنت تتحمل مسؤولية هذه الدفعات:
 - أقساط الجزء أ لبرنامج Medicare والجزء ب لبرنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء Health Net Cal MediConnect، يدفع برنامج Medi-Cal لك قسط الجزء أ وقسط الجزء ب.
 - وإذا كانت لديك حصة تكلفة مع برنامج Medi-Cal، سوف تتحمل مسؤولية دفع مبلغ حصتك بالتكلفة قبل أن يدفع Health Net Cal MediConnect مقابل خدماتك المشمولة بالتغطية في Medi-Cal.
 - بالنسبة لبعض الأدوية المشمولة بالتغطية في الخطة، عليك دفع حصتك من التكلفة عند الحصول على الدواء. وهذا سيكون تسديدًا تشاركيًا (مبلغ ثابت). يطلعك الفصل 6 على ما يتعين عليك دفعه للحصول على أدويةك.
 - إذا حصلت على خدمات أو أدوية غير مشمولة بالتغطية في خطتنا، فعليك دفع التكلفة كاملة. في حال الاعتراض على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء، يمكنك تقديم طلب طعن. يُرجى الاطلاع على الفصل 9 لمعرفة كيفية تقديم طلب طعن.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود بالاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- أخبرنا إذا انتقلت. إذا كنت ستنتقل، فمن الضروري إعلامنا بذلك على الفور. الاتصال بخدمات الأعضاء.
- وفي حال انتقلت إلى خارج حدود نطاق خدمتنا، لا يمكنك حينها الاستمرار على هذه الخطة. إن الأشخاص الذين يعيشون في نطاق خدمتنا هم فقط القادرون على الحصول على خدمات Health Net Cal MediConnect. يطلعك الفصل 1 على نطاق خدمتنا.
- يمكننا مساعدتك على معرفة ما إذا كنت تنتقل خارج نطاق خدمتنا. خلال فترة تسجيل خاصة، يمكنك التحويل إلى برنامج Original Medicare أو التسجيل في خطة صحية أو خطة أدوية موصوفة تابعة لـ Medicare في منطقتك الجديدة. يمكننا إخبارك إذا كان لدينا خطة في منطقتك الجديدة.
- تأكد كذلك من إعلام Medicare و Medi-Cal بعنوانك الجديد عند الانتقال إليه. راجع الفصل 2 للاطلاع على أرقام الهاتف الخاصة بـ Medicare و Medi-Cal.
- في حال انتقالك داخل نطاق خدماتنا، فيجب إعلامنا أيضًا. علينا الإبقاء على سجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الفصل 9: ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية والطعون والشكاوى)

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات حول حقوقك. اقرأ هذا الفصل للاطلاع على ما يلزم فعله إذا:

- كانت لديك مشكلة أو شكوى بخصوص خطتنا.
 - كنت تحتاج إلى خدمة أو بند أو دواء لا تغطيه خطتك.
 - كنت معترضًا على قرار اتخذته الخطة بشأن رعايتك.
 - كنت تعتقد أن خدماتك المشمولة بالتغطية تنتهي في وقت مبكر جدًا.
 - كان لديك مشكلة أو شكوى بشأن عمليات الدعم والخدمات طويلة الأمد التي تتضمن برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وخدمات منشأة الرعاية التمريضية (NF).
- إذا كانت لديك أي مشكلة أو مخاوف، فعليك فقط قراءة الأجزاء في هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. تم تقسيم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور بسهولة على ما تبحث عنه.

إذا كنت تواجه مشكلة بشأن عمليات الدعم والخدمات الصحية أو طويلة الأمد

ينبغي أن تتلقى الرعاية الصحية والأدوية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد التي يوصي طبيبك ومقدمو الخدمات بضرورتها لرعايتك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك. وإذا كانت لديك مشكلة بشأن رعايتك، يمكنك الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds** على **1-855-501-3077** للحصول على مساعدة. يشرح هذا الفصل الخيارات المختلفة لديك عند مواجهة مشاكل وشكاوي مختلفة، ولكن يمكنك الاتصال دومًا ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds** للحصول على توجيه لمشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال بهم، راجع الفصل 2 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول برامج مسؤول تلقي الشكاوى.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com

جدول المحتويات

168	أ. ما يتعين عليك فعله إذا واجهتك مشكلة.....
168	1أ. عن المصطلحات القانونية.....
168	ب. أين تتصل للحصول على المساعدة.....
168	ب1. أين يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات والمساعدة.....
170	ج. المشكلات المتعلقة بمزاياك.....
170	ج1. اللجوء إلى العملية الخاصة بقرارات التغطية وطلبات الطعن أو لتقديم شكوى.....
170	د. قرارات التغطية والطعون.....
170	د1. نظرة عامة على القرارات الخاصة بالتغطية وطلبات الطعن.....
171	د2. طلب مساعدة بخصوص القرارات الخاصة بالتغطية وطلبات الطعن.....
172	د3. استخدام القسم الذي سيساعدك في هذا الفصل.....
173	هـ. مشاكل تتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (وليس أدوية الجزء د).....
173	هـ1. متى تستخدم هذا القسم.....
174	هـ2. طلب اتخاذ قرار خاص بالتغطية.....
176	هـ3. المستوى 1 من طلب الطعن فيما يخص الخدمات والبنود والأدوية (وليس أدوية الجزء د).....
179	هـ4. المستوى 2 من طلب الطعن فيما يخص الخدمات والبنود والأدوية (وليس أدوية الجزء د).....
184	هـ5. المشاكل المتعلقة بالدفع.....
185	و. أدوية الجزء د:.....
185	و1. ماذا تفعل إذا واجهت مشاكل في الحصول على دواء في الجزء د أو كنت تريد منا رد مبلغ خاص بدواء في الجزء د.....
187	و2. المقصود بالاستثناء.....
187	و3. أمور مهمة لمعرفة كيفية طلب الحصول على استثناءات.....
188	و4. كيفية المطالبة بقرار التغطية المتعلق بأدوية الجزء د أو تعويض خاص بأدوية الجزء د، بما في ذلك استثناء.....
190	و5. طعن من المستوى 1 لأدوية الجزء د.....
192	و6. طعن من المستوى 2 لأدوية الجزء د.....



- 193 ز. مطالبتنا بتغطية الإقامة في المستشفى لمدة أطول
- 194 ز1. معرفة حقوقك الخاصة ببرنامج Medicare
- 195 ز2. الطعن من المستوى 1 لتغيير موعد خروجك من المستشفى
- 197 ز3. الطعن من المستوى 2 لتغيير موعد خروجك من المستشفى
- 198 ز4. ماذا يحدث إذا فاتك موعد نهائي لطعن
- ح. ما تفعله إذا كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو خدمات رعاية التمريض الماهرة، أو خدمات مرفق شامل لنقاهاة المرضى الخارجيين ستنتهي قريباً جداً 200
- ح1. سوف نخبرك مسبقاً بموعد انتهاء تغطيتك 200
- ح2. الطعن من المستوى 1 لمواصلة رعايتك 200
- ح3. الطعن من المستوى 2 لمواصلة رعايتك 202
- ح4. ما يحدث إذا فاتك الموعد النهائي لتقديم طعن من المستوى 1 203
- ط. نقل طلب الطعن الخاص بك إلى ما بعد المستوى 2 205
- ط1. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medicare 205
- ط2. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medi-Cal 205
- ي. كيفية تقديم شكوى 206
- ي1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكوى بخصوصها 206
- ي2. الشكاوى الداخلية 208
- ي3. الشكاوى الخارجية 209



أ. ما يتعين عليك فعله إذا واجهتك مشكلة

سيطلعك هذا الفصل على ما تفعله إذا كانت لديك مشكلة تتعلق بخطتك أو بالخدمات أو الدفع. تمت الموافقة على هذه العمليات من Medicare وMedi-Cal. لكل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها من جانبنا ومن جانبك.

1. عن المصطلحات القانونية

ثمة مصطلحات قانونية صعبة خاصة ببعض القواعد والمواعيد النهائية في هذا الفصل. فالعديد من هذه المصطلحات يصعب فهمها، وبالتالي قمنا باستخدام كلمات أبسط بدلاً من مصطلحات قانونية معينة. ونقل من استخدام الاختصارات قدر المستطاع.

على سبيل المثال، سوف نقول:

- "رفع شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار خاص بالتغطية" بدلاً من "حكم المؤسسة" أو "حكم المزاي" أو "حكم المخاطر" أو "حكم التغطية"
- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "قرار مستعجل"

قد تساعدك معرفة المصطلحات القانونية المناسبة في التواصل بشكل أوضح لذا نقوم بتزويدك بها أيضاً.

ب. أين تتصل للحصول على المساعدة

ب1. أين يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات والمساعدة

أحياناً، قد يكون من المربك البدء أو الشروع في العملية للتعامل مع مشكلة ما. قد يكون هذا صحيحاً خاصةً في حال عدم شعورك بأنك بصحة جيدة أو لديك طاقة محدودة. وفي حالات أخرى، قد لا تكون لديك المعرفة التي تحتاج إليها لاتخاذ الخطوة التالية.

يمكنك الحصول على مساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يمكنك دائماً الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds. برنامج Cal MediConnect Ombuds هو برنامج محقق شكوى يمكنه الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين صحي أو خطة صحية. يمكنهم مساعدتك في فهم أي عملية ينبغي استخدامها. رقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds هو 1-855-501-3077. هذه الخدمات مجانية. راجع الفصل 2 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول برامج مسؤول تلقي الشكاوى.

يمكنك الحصول على المساعدة من برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي

يمكنك أيضاً الاتصال بمسؤول برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP). يمكن لمستشاري برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. إن برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي غير متصل معنا أو مع أي شركة تأمين صحي أو خطة صحية. لدى برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي مستشارون مدربون في كل مقاطعة والخدمات مجانية. رقم هاتف برنامج HICAP هو 1-800-434-0222.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



الحصول على مساعدة من Medicare

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare مباشرةً للحصول على مساعدة بخصوص أي مشاكل. إليك طريقتان للحصول على المساعدة من Medicare:

- الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. الهاتف النصي: 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.
- تفضل بزيارة موقع Medicare الإلكتروني www.medicare.gov.

بإمكانك الحصول على مساعدة من California Department of Managed Health Care (إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا)

مصطلح "التظلم" المشار إليها في هذه الفقرة، يعني عملية تقديم طلب طعن أو شكوى حول خدمات Medi-Cal أو خطتك الصحية أو أحد مقدمي الخدمات الخاصين بك.

تتحمّل إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمة الرعاية الصحية. إذا كان لديك أي تظلم بخصوص خطتك الصحية، ينبغي عليك الاتصال أولاً بمسؤول خطتك الصحية على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية واستخدام عملية رفع تظلم ضمن خطة الرعاية الصحية الخاصة بك قبل الاتصال بالقسم المذكور. لا تحول الاستفادة من إجراء التظلم أنف الذكر دون ممارسة الحقوق القانونية المستحقة أو العلاجات المحتملة التي قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم متعلق بحالة طوارئ، أو في حال كان لديك تظلم لم يتم حله بشكل يرضيك من قبل الخطة الصحية الخاصة بك، أو تظلم طل دون حل لأكثر من 30 يومًا، يمكنك الاتصال بالإدارة المعنية للمساعدة. كما أنك قد تكون مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة، فإن عملية المراجعة الطبية المستقلة ستقدم مراجعة نزيهة للقرارات الطبية المقدمة من قبل خطة الرعاية الصحية التي تتعلق بمدى الضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات التغطية للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية أو البحثية، والنزاعات بشأن دفع تكلفة الخدمات الطبية للحالات الطارئة أو العاجلة. يوجد أيضًا لدى الإدارة رقم هاتف مجاني للاتصال عليه (1-888-466-2219) وخط لجهاز الهاتف النصي (1-877-688-9891) لمن يعانون من ضعف السمع والنطق. ويوفر موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhc.ca.gov نماذج الشكاوى ونماذج طلبات المراجعة الطبية المستقلة والتعليمات على الإنترنت.

ج. المشكلات المتعلقة بمزاياك

ج1. اللجوء إلى العملية الخاصة بقرارات التغطية وطلبات الطعن أو لتقديم شكوى

إذا كانت لديك أي مشكلة أو مخاوف، فعليك فقط قراءة الأجزاء في هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. سيساعدك الجدول أدناه في العثور على القسم المناسب لهذا الفصل الخاص بالمشاكل والشكاوى.

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بمزاياك أو تغطيتك؟	
(يتضمن هذا المشاكل المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية المخصصة أو عمليات الدعم والخدمات طويلة الأمد الأدوية الموصوفة مشمولة بالتغطية أم لا، بالطريقة المشمولة بها بالتغطية، وكذلك المشاكل المتعلقة بالدفع للحصول على الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة.)	
<p>لا.</p> <p>مشكلتي لا تتعلق بالمزايا أو التغطية.</p> <p>انتقل إلى القسم ي: "كيفية تقديم شكوى" في الصفحة 206.</p>	<p>نعم.</p> <p>مشكلتي تتعلق بالمزايا أو التغطية.</p> <p>انتقل إلى القسم د: "قرارات التغطية وطلبات الطعن" في الصفحة 171.</p>

د. قرارات التغطية والطعون

د1. نظرة عامة على القرارات الخاصة بالتغطية وطلبات الطعن

تتعلق عملية طلب اتخاذ قرارات خاصة بالتغطية وتقديم طلبات طعن بالمشاكل ذات الصلة بالمزايا والتغطية الخاصة بك. وتتضمن أيضًا المشاكل الخاصة بالدفع. أنت غير مسؤول عن تكاليف Medicare باستثناء المدفوعات التشاركية الخاصة بالجزء د.

ما هو القرار الخاص بالتغطية؟

القرار الخاص بالتغطية هو عبارة عن قرار أولي نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه لخدماتك الطبية أو بنودك أو أدويةك. نقوم باتخاذ قرار خاص بالتغطية عندما نقرر ما تمت تغطيته بالنسبة لك والمقدار الذي ندفعه.

إن لم تكن متأكدًا أنت أو طبيبك من تغطية الخدمة أو البند أو الدواء في برنامج Medicare أو Medi-Cal، يمكن لأي منكما طلب قرار خاص بالتغطية قبل أن يقدم لك الطبيب الخدمة أو البند أو الدواء.

ما هو طلب الطعن؟

يعتبر طلب الطعن طريقة رسمية لطلب مراجعة قرارنا وتغييره إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ. مثلًا، يمكننا أن نقرر بأن خدمة أو بند أو دواء تريده غير مشمول أو لم يعد مشمولًا بالتغطية في برنامج Medicare أو Medi-Cal. في حال اعتراضك أنت أو طبيبك على قرارنا، يمكنك تقديم طلب طعن.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



د2. طلب مساعدة بخصوص القرارات الخاصة بالتغطية وطلبات الطعن

ممن يمكنني طلب مساعدة بالنسبة للقرارات الخاصة بالتغطية أو لتقديم طلب طعن؟

بإمكانك الاستعانة بأي من هؤلاء الأشخاص:

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي 711 من الساعة 8 ص حتى 8 م، من الإثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
- اتصل ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds** للحصول على المساعدة مجانًا. يساعد برنامج **Cal MediConnect Ombuds** الأفراد المسجلين في برنامج **Cal MediConnect** في ما يتعلق بمشاكل الخدمة أو الفواتير. رقم الهاتف هو 1-501-855-3077.
- اتصل ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (**HICAP**) للحصول على المساعدة مجانًا. يعد برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي منظمة مستقلة. وهي غير مرتبطة بالخطة. رقم الهاتف هو 1-800-434-0222.
- اتصل بمركز طلب المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (**DMHC**) للحصول على المساعدة مجانًا. إن إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا مسؤولة عن تنظيم خطط الرعاية الصحية. تساعد إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا الأفراد المسجلين في برنامج **Cal MediConnect** بطلبات الطعن المتعلقة بخدمات **Medi-Cal** أو مشاكل الفواتير. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. بإمكان الأفراد الصم أو المصابون بصعوبات في السمع أو النطق استخدام رقم الهاتف النصي المجاني، 1-877-688-9891.
- تحدث إلى طبيبك أو مقدم خدمة آخر. يمكن لطبيبك أو مقدم الخدمة الآخر أن يطلب قرار خاص بالتغطية أو طلب طعن بالنيابة عنك.
- تحدث إلى صديق أو فرد في العائلة واطلب منه أن ينوب عنك. يمكنك تحديد شخص آخر "كممثل" لينوب عنك في طلب اتخاذ قرار خاص بالتغطية أو تقديم طلب طعن.
 - إذا أردت أن يكون أحد أصدقائك أو أحد أقاربك أو شخص آخر ممثلًا بالنيابة عنك، فاتصل بخدمات الأعضاء واطلب نموذج "تعيين الممثل". يمكنك أيضًا الحصول على النموذج عن طريق زيارة الموقع الإلكتروني www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو من خلال موقعنا الإلكتروني mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html. سيخول هذا النموذج هذا الشخص أن ينوب عنك. عليك أن تقدم لنا نسخة من النموذج الموقع.
- يحق لك أيضًا أن تطلب من محاميك أن ينوب عنك. يمكنك الاتصال بمحاميك الخاص أو الحصول على اسم محام من نقابة المحامين أو خدمة إحالة أخرى. تقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلًا. إذا أردت محاميًا أن ينوب عنك، فعليك ملء نموذج "تعيين ممثل". يمكنك طلب محامي مساعدات قانونية من **Health Consumer Alliance** على الرقم 1-888-804-3536.
 - ومع ذلك، لا يلزم أن يكون لديك محاميًا لطلب أي نوع من القرارات الخاصة بالتغطية أو لتقديم طلب طعن.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



3. استخدام القسم الذي سيساعدك في هذا الفصل

هناك أربعة أنواع مختلفة من الحالات التي تتضمن قرارات خاصة بالتغطية وطلبات طعن. لكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. نقسم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على القواعد التي عليك اتباعها. عليك فقط قراءة القسم الذي ينطبق على مشكلتك:

- يقدم لك القسم هـ في صفحة 173 معلومات إذا كانت لديك مشكلات تتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (وليست أدوية الجزء د). على سبيل المثال، استخدم هذا القسم إذا:
 - لم تحصل على الرعاية الطبية التي تريدها وكنت تعتقد بأن هذه الرعاية مشمولة بالتغطية في خطتنا.
 - لم نوافق على الخدمات أو البنود أو الأدوية التي يرغب طبيبك في تقديمها لك وكنت تعتقد أن هذه الرعاية يجب تغطيتها.
 - **ملحوظة:** استخدم القسم هـ فقط إذا كانت هذه الأدوية غير مشمولة بالتغطية في الجزء د. إن الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية والمعروفة أيضاً بقائمة الأدوية التي تحمل العلامة "NT" غير مشمولة بالتغطية في الجزء د. انظر القسم و في الصفحة 185 الخاص بطعون أدوية الجزء د.
 - تلقيت رعاية طبية أو خدمات تعتقد بأنها يجب أن تكون مشمولة بالتغطية ولكننا لا ندفع مقابل هذه الرعاية.
 - حصلت على الخدمات أو البنود الطبية التي اعتقدت بأنها مشمولة بالتغطية وتريد مطالبتنا برد المبلغ لك.
 - تم إخبارك بأن تغطية الرعاية التي كنت تحصل عليها ستقل أو تتوقف وأنت غير موافق على قرارنا.
 - **ملحوظة:** إذا كانت التغطية التي ستوقف خاصة برعاية المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية منشأة الرعاية التمريضية المتخصصة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، فعليك قراءة قسم منفصل من هذا الفصل لأن قواعد خاصة تنطبق على أنواع الرعاية هذه. انظر الأقسام "ز" و"ح" في الصفحات 193 و200.
- يقدم لك القسم و في الصفحة 185 معلومات حول أدوية الجزء د. على سبيل المثال، استخدم هذا القسم إذا:
 - أردت مطالبتنا بإجراء استثناء لتغطية دواء من الجزء د غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا.
 - أردت مطالبتنا بالتنازل عن القيود الخاصة بكمية الدواء الذي يمكنك الحصول عليه.
 - أردت مطالبتنا بتغطية دواء يتطلب موافقة مسبقة.
 - لم نوافق على طلبك أو طلب الاستثناء، وكنت أنت أو طبيبك أو واصل الدواء الآخر يعتقد بأنه كان يجب القيام بذلك.
 - أردت مطالبتنا بالدفع مقابل دواء موصوف اشتريته بالفعل. (هذا يتعلق بطلب قرار خاص بالتغطية بشأن السداد).
- يقدم لك القسم ز في الصفحة 193 معلومات حول كيفية مطالبتنا بتغطية إقامة لفترة أطول في المستشفى لمرضى بالقسم الداخلي إذا اعتقدت أن الطبيب سيخرجك من المستشفى في وقت قريب جداً. استخدم هذا القسم إذا:
 - كنت في المستشفى وتعتقد أن طبيبك طلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر.
- يقدم لك القسم ح في الصفحة 200 معلومات حول ما إذا كنت تعتقد أن رعايتك الصحية المنزلية أو رعاية المرفق التمريضي الماهر أو خدمات المرفق الشامل لنقاهاة المرضى الخارجيين (CORF) على وشك الانتهاء.



إذا كنت غير متأكد أي قسم يجب أن تستخدمه، فيرجي الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

يُرجى الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077 إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو معلومات أخرى.

هـ. مشاكل تتعلق بالخدمات والبنود والأدوية (وليس أدوية الجزء د)

1هـ. متى تستخدم هذا القسم

يتناول هذا القسم ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشاكل تتعلق بمزايا الخدمات وعمليات الدعم الطبية والخاصة بالصحة السلوكية وطويلة الأمد (LTSS). يمكنك استخدام هذا القسم أيضًا لعلاج المشاكل المتعلقة بالأدوية غير المشمولة بالتغطية في الجزء د، بما في ذلك أدوية الجزء ب في Medicare. الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية التي تحمل رمز "NT" غير مشمولة بالتغطية في الجزء د. استخدم القسم و الخاص بطلبات الطعن المتعلقة بأدوية الجزء د.

يطلعك هذا القسم على ما يمكنك فعله إذا كنت في أي من المواقف التالية:

1. كنت تعتقد أننا نغطي الخدمات الطبية والخاصة بالصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) التي تحتاج إليها ولكنك لا تحصل عليها.
 2. ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار خاص بالتغطية. انتقل إلى القسم هـ2 في الصفحة 174 للحصول على معلومات حول طلب اتخاذ قرار تغطية.
 3. عدم موافقتنا على الرعاية التي يرغب طبيبك في تقديمها لك وأنت تعتقد أنها يجب أن تكون موجودة لدينا.
 4. ما يمكنك فعله: يمكنك طلب طعن قرار الخطة بعدم الموافقة على الرعاية. انتقل إلى القسم هـ3 في الصفحة 176 للحصول على معلومات حول تقديم طعن.
 5. تلقيت خدمات أو بنود تعتقد أننا نشمّلها بالتغطية ولكننا لن ندفع مقابلها.
 6. ما يمكنك فعله: يمكنك طلب طعن قرار الخطة بعدم الموافقة على الدفع. انتقل إلى القسم هـ3 في الصفحة 176 للحصول على معلومات حول تقديم طعن.
 7. حصلت على خدمات أو بنود كنت تعتقد بأنها مشمولة بالتغطية ودفعت مقابلها، وتريد منا تعويضك عن الخدمات أو البنود.
 8. ما يمكنك فعله: يمكنك مطالبتنا برد المبلغ لك. انتقل إلى القسم هـ5 في الصفحة 184 للحصول على معلومات حول مطالبتنا بالدفع.
 9. تم خفض تغطيتك لخدمة معينة أو إيقافها، وأنت غير موافق على قرارنا.
 10. ما يمكنك فعله: يمكنك طلب طعن قرار الخطة برفض أو إيقاف الخدمة. انتقل إلى القسم هـ3 في الصفحة 176 للحصول على معلومات حول تقديم طعن.
- ملحوظة:** إذا كانت التغطية التي ستوقف خاصة برعاية المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية منشأة الرعاية التمريضية المتخصصة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، ففي هذه الحالة تطبق قواعد خاصة. اقرأ القسمين "ز" و"ح" في الصفحتين 193 و200 للاطلاع على المزيد.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



2. طلب اتخاذ قرار خاص بالتغطية

كيفية طلب اتخاذ قرار تغطية للحصول على الخدمات الطبية أو الخاصة بالصحة السلوكية أو الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (خدمات MSSP أو CBAS أو NF)

لطلب اتخاذ قرار خاص بالتغطية، اتصل بنا أو أرسلنا أو أرسل إلينا فاكسًا أو اطلب من ممثلك أو طبيبك أن يطالبنا باتخاذ قرار.

- يمكنك الاتصال بنا على الرقم: 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

- يمكنك إرسال فاكس إلينا على الرقم: 1-800-743-1655

- يُمكنك مراسلتنا عبر العنوان التالي:

Health Net Community Solutions, Inc.

Medical Management

21281 Burbank Boulevard

Woodland Hills, CA 91367-6607

ما المدة التي يستغرقها الحصول على قرار خاص بالتغطية؟

بعد أن تقدم طلبًا ونحصل على جميع المعلومات التي نحتاجها، عادة ما يستغرق الأمر 5 أيام عمل حتى نتخذ قرارًا ما لم يكن طلبك مقدمًا للحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية. إذا كان طلبك المقدم يتعلق بالحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية، سنبلغك بقرارنا في مدة أقصاها 72 ساعة من استلامنا لطلبك. إن لم نبلغك بقرارنا في غضون 14 يومًا تقويميًا (أو 72 ساعة) وذلك فيما يتعلق بالحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية، يمكنك تقديم طلب طعن.

أحيانًا، نحتاج إلى المزيد من الوقت وسنقوم بإرسال خطاب إليك نخبرك فيه أننا نحتاج إلى أكثر من 14 يومًا تقويميًا. وسيوضح الخطاب لما هناك حاجة لمزيد من الوقت. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا في اتخاذ القرار إذا كان الطلب الذي قدمته خاص بالحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية.

هل يمكنني الحصول على قرار خاص بالتغطية بشكل أسرع؟

نعم. إذا كنت تحتاج إلى رد أسرع بسبب صحتك، يمكنك تقديم "قرار سريع خاص بالتغطية." في حال موافقتنا على الطلب، سنقوم بإخطارك بقرارنا في غضون 72 ساعة (أو في غضون 24 ساعة بالنسبة لأدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية).

ومع ذلك، أحيانًا، نحتاج إلى المزيد من الوقت وسنقوم بإرسال خطاب إليك نخبرك فيه أننا نحتاج إلى أكثر من 14 يومًا تقويميًا. وسيوضح الخطاب لما هناك حاجة لمزيد من الوقت. لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا في اتخاذ القرار إذا كان الطلب الذي قدمته خاص بالحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية.

المصطلح القانوني لـ "قرار سريع خاص بالتغطية" هو "قرار مستعجل."

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

طلب اتخاذ قرار سريع خاص بالتغطية:

- ابدأ بالاتصال أو المراسلة عبر الفاكس لتطلب منا تغطية الرعاية التي ترغب بها.
- يمكنك الاتصال بنا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى الساعة 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية أو أرسلنا عبر الفاكس على الرقم 1-800-743-1655.
- يمكنك الحصول على تفاصيل حول كيفية التواصل معنا في الفصل 2.
- يمكنك أيضًا أن تجعل مقدم الخدمة أو ممثلك يطلب قرار تغطية سريع من أجلك.

فيما يلي قواعد لطلب اتخاذ قرار سريع خاص بالتغطية:

يتعين عليك استيفاء المتطلبات التالية للحصول على قرار تغطية سريع:

1. يمكنك الحصول على قرار سريع خاص بالتغطية فقط في حال طلبك تغطية رعاية أو بند لم تتلقاه بعد. (لا يمكنك طلب الحصول على قرار تغطية سريع في حال كان طلبك حول سداد مقابل رعاية أو بند تلقيته بالفعل).
 2. يمكنك الحصول على قرار سريع خاص بالتغطية فقط في حال أن اتباع الموعد النهائي العادي ومدته 14 يومًا تقويميًا (أو 72 ساعة وذلك بالنسبة لأدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية) قد يتسبب في إلحاق ضرر بالغ بصحتك أو يؤثر بالسلب على قدرتك على العمل.
- إذا قال طبيبك أنك تحتاج إلى قرار سريع خاص بالتغطية، فسنقوم تلقائيًا بتقديمه لك.
 - إذا طلبت قرار سريع خاص بالتغطية بدون دعم من طبيبك، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار سريع خاص بالتغطية.
 - إذا قررنا بأن صحتك لا تفي بالمتطلبات الخاصة بالقرار السريع الخاص بالتغطية، فسنقوم بإرسال خطاب لك. سنقوم أيضًا باستخدام الموعد النهائي العادي الذي يبلغ 14 يومًا تقويميًا (أو 72 ساعة لأدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية) بدلاً من ذلك.
 - سيخبرك هذا الخطاب بأنه إذا طلب طبيبك اتخاذ قرار سريع خاص بالتغطية، فسنقوم تلقائيًا بتقديمه لك.
 - سيخبرك الخطاب أيضًا بكيفية تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك قرار تغطية عادي بدلاً من قرار تغطية سريع. للحصول على مزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم ي في الصفحة 206.

إذا كان القرار الخاص بالتغطية لا، فكيف سأعرف؟

- إذا كانت الإجابة لا، فسنقوم بإرسال خطاب لك يطلعك على أسباب رفضنا.
- وإذا كانت الإجابة لا، فإنه لديك الحق في مطالبتنا بتغيير هذا القرار من خلال تقديم طلب طعن. تقديم طلب طعن يعني مطالبتنا بمراجعة قرارنا برفض التغطية.
- إذا قررت تقديم طلب طعن، فهذا يعني أنك تنتقل إلى المستوى 1 من عملية طلبات الطعن (اقرأ القسم التالي لمزيد من المعلومات).

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



3. المستوى 1 من طلب الطعن فيما يخص الخدمات والبنود والأدوية (وليس أدوية الجزء د)

ما هو طلب الطعن؟

يعتبر طلب الطعن طريقة رسمية لطلب مراجعة قرارنا وتغييره إذا اعتقدت بأننا ارتكبنا خطأ. في حال اعتراضك أنت أو طبيبك أو مقدم خدمة آخر على قرارنا، يمكنك تقديم طلب طعن.

في معظم الحالات، يتعين عليك بدء التقدم بطلب طعن من المستوى الأول 1. إذا كنت لا ترغب في التقدم أولاً بطعن للحصول على خدمة تابعة لـ Medi-Cal، أو إذا كانت مشكلتك الصحية ملحة أو تنطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت تعاني من ألم شديد وتحتاج إلى قرار فوري، فيمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة من قسم الرعاية الصحية المدارة على الموقع الإلكتروني www.dmhc.ca.gov. انتقل إلى الصفحة 188 للحصول على مزيد من المعلومات. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في عملية تقديم طعن، فيمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077. لا يُعد برنامج Cal MediConnect Ombuds مرتبطاً بنا أو بأي شركة من شركات التأمين أو الخطط الصحية.

ما هو طلب الطعن من المستوى 1؟

طلب الطعن من المستوى 1 هو أول طلب طعن في خطتنا. سنقوم بمراجعة قرارنا الخاص بالتغطية لمعرفة ما إذا كان ذلك صحيحاً. سيكون المراجع شخصاً لم يتخذ قرار التغطية الأصلي. عند إكمال المراجعة، سنقدم لك القرار الخاص بنا كتابياً.

إذا أخبرناك بعد مراجعتنا بأن الخدمة أو البند غير مشمولين بالتغطية، يمكن أن تنتقل قضيتك إلى طلب الطعن من المستوى 2.

كيف يمكنني تقديم طلب طعن من المستوى 1؟

- للبدء بعملية طلب الطعن، يجب أن يتم الاتصال بنا، إما من قبلك أو من قبل طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر، أو من ينوب عليك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. لمزيد من التفاصيل حول كيفية الاتصال بنا من أجل طلبات الطعن، انظر الفصل 2.
- يمكنك مطالبتنا بتقديم "طلب طعن اعتيادي" أو "طلب طعن عاجل".
- إذا كنت تود طلب طعن اعتيادي أو معجل، عليك أن تبلغنا بطلبك إما خطياً أو عبر الاتصال بنا.

○ يمكنك إرسال طلب خطي إلى العنوان التالي:

Health Net Community Solutions, Inc.

Attn: Appeals & Grievances

PO Box 10422

Van Nuys, CA 91410-0422

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

○ يمكنك تقديم طلبك عبر الإنترنت من خلال الموقع التالي:

mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html

○ ويمكنك أيضًا التقدم بطلب طعن عن طريق الاتصال بنا هاتفياً على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

● سنرسل لك خطاباً في غضون 5 أيام تقويمية من استلام طلب الطعن الخاص بك لإعلامك باستلامنا له.

المصطلح القانوني لـ "طلب الطعن العاجل" هو "إعادة النظر المستعجلة".

هل يمكن لشخص آخر تقديم طلب طعن نيابة عني؟

نعم. يمكن لطبيبك أو مقدم خدمة آخر تقديم طلب الطعن نيابةً عنك. ويمكن لشخص آخر بجانب طبيبك أو مقدم الخدمة الآخر تقديم طلب الطعن نيابةً عنك ولكن يتعين عليك أولاً ملء نموذج تعيين ممثل. سيخول هذا النموذج هذا الشخص الآخر أن ينوب عنك.

للحصول على نموذج تعيين ممثل، اتصل بخدمات الأعضاء واطلب نموذجاً أو تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني

www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf or our website at

[.mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html](http://mmp.healthnetcalifornia.com/mmp/appeals-grievances.html)

إذا كان طلب الطعن مُقدّم من شخص بخلافك أو بخلاف طبيبك أو مقدم خدمة آخر، فعلياً استلام نموذج تعيين الممثل كاملاً قبل مراجعتنا لطلب الطعن.

كم من الوقت لدي لتقديم طلب طعن؟

يتعين عليك تقديم طلب طعن في غضون **60 يوماً تقويمياً** من التاريخ المذكور في الخطاب الذي أرسلناه إليك لإخطارك بالقرار.

في حال فوّت الموعد النهائي وكان لديك سبباً جيداً لتفويته، قد نمحك المزيد من الوقت لتقديم طلب الطعن. ومن أمثلة الأسباب الجيدة، أن تعاني من مرض خطير أو أننا قدمنا لك معلومات خاطئة حول الموعد النهائي لتقديم طلب طعن. يتعين عليك توضيح سبب تأخر طلب الطعن عند تقديمه.

ملحوظة: وفي حال قدمت طلب طعن لأننا أخبرناك بأنه سيتم تغيير أو إيقاف الخدمة حالياً، سيكون لديك عدد أيام أقل لتقديم طلب الطعن في حال أردت الاستمرار في الحصول على تلك الخدمة بينما لا يزال طلب الطعن الخاص بك قيد الإجراء. يرجى قراءة "هل ستستمر المزايما الخاصة بي في أثناء التقدم بطلبات الطعن من المستوى 1" في الصفحة 179 للمزيد من المعلومات.

هل يمكنني الحصول على نسخة من ملف الحالة الخاص بي؟

نعم. اطلب منا نسخة مجانية عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

هل يمكن لطبيبي تقديم المزيد من المعلومات لكم حول طلب الطعن الخاص بي؟

نعم، يمكن لك ولطبيبك منحنا المزيد من المعلومات لدعم طلب الطعن الخاص بك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

[.mmp.healthnetcalifornia.com](http://mmp.healthnetcalifornia.com)

كيف ستتخذ القرار الخاص بطلب الطعن؟

سوف نراجع بعناية جميع المعلومات الخاصة بطلب تغطية الرعاية الطبية الذي تقدمت به. ثم سنتأكد مما إذا كنا اتبعنا جميع القواعد عند رفض طلبك. سيكون المراجع شخصًا لم يتخذ القرار الأصلي.

إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنطلب منك أو من طبيبك تقديمها إلينا.

متى أستلم قرار بخصوص طلب طعن "اعتيادي"؟

يتعين علينا تقديم ردنا لك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن نتلقى طلب الطعن الخاص بك (أو في غضون 7 أيام بعد تلقي طلب الطعن للحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية). سوف نقوم بإبلاغك بقرارنا عاجلاً في حال كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

- إن لم نرد على طلب الطعن الخاص بك في غضون 30 يومًا تقويميًا (أو في غضون 7 أيام تقويمية بعد تلقي طلب الطعن للحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية)، فسنرسل قضيتك تلقائيًا إلى المستوى الثاني 2 من عملية طلب الطعن إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية بند أو خدمة خاصة بـ Medicare. سوف يتم إبلاغك عند حدوث هذا الشيء.

- إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو بند من Medi-Cal، فعليك أن تقدم طلب طعن من المستوى 2 بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية الطعن من المستوى 2، انتقل إلى القسم 4 في الصفحة 179.

إذا وافقنا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسيتم علينا اعتماد التغطية أو تقديمها في غضون 30 يومًا تقويميًا من استلام الطعن الخاص بك (أو في غضون 7 أيام تقويمية من استلام الطعن الخاص بك لطلب أدوية Medicare من الجزء ب التي تُصرف بوصفة طبية)

إذا كانت إجابتنا كلا على جزء أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو بند من Medicare، فسوف نرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا قمنا بإرسال قضيتك لوحدة المراجعة المستقلة لطلب طعن من المستوى الثاني 2. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو بند من Medi-Cal، فسيشرح لك الخطاب كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 2 بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية الطعن من المستوى 2، انتقل إلى القسم 4 في الصفحة 179.

متى أستلم قرار بخصوص طلب طعن "عاجل"؟

إذا قدمت طلب طعن سريع، فسنجيبك في غضون 72 ساعة من تلقي طلب الطعن الخاص بك. سنجيبك في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

- إن لم نرد على طلب الطعن الخاص بك في غضون 72 ساعة، فسنرسل قضيتك تلقائيًا إلى المستوى الثاني 2 من عملية طلب الطعن إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية بند أو خدمة خاصة بـ Medicare. سوف يتم إبلاغك عند حدوث هذا الشيء.

- إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو بند من Medi-Cal، فعليك أن تقدم طلب طعن من المستوى 2 بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية الطعن من المستوى 2، انتقل إلى القسم 4 في الصفحة 179.

إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسيتم علينا اعتماد التغطية أو تقديمها في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على طلب الطعن الخاص بك.

إذا كانت إجابتنا كلا على جزء أو كل ما طلبته، فسوف نرسل إليك خطابًا. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو بند من Medicare، فسوف نرسل إليك خطابًا نخبرك فيه بأننا قمنا بإرسال قضيتك لوحدة مراجعة مستقلة لطلب طعن من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو بند من Medi-Cal، فسيشرح لك الخطاب كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 2 بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية الطعن من المستوى 2، انتقل إلى القسم 4 في الصفحة 179.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي

عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

هل ستستمر المزايا الخاصة بي أثناء التقدم بطلبات الطعن من المستوى 1؟

في حال قررنا تغيير أو إيقاف التغطية للحصول على خدمة أو بند تمت الموافقة عليه سابقاً، فسنرسل إليك إشعاراً قبل اتخاذ الإجراء. وفي حال لم توافق على الإجراء، يمكنك تقديم طلب طعن من المستوى 1 واطلب منا الاستمرار في تقديم مزاياك للحصول على الخدمة أو البند. يجب عليك تقديم طلب في الموعد التالي أو قبله لمواصلة الحصول على مزاياك:

- في غضون 10 أيام من تاريخ إرسال الإشعار بنية الإجراء عبر البريد؛ أو
- تاريخ السريان المحدد للإجراء.

في حال التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الاستمرار في تلقي الخدمة أو البند المتنازع عليه بينما يتم إجراء طلب الطعن الخاص بك.

4. المستوى 2 من طلب الطعن فيما يخص الخدمات والبند والأدوية (وليست أدوية الجزء د)

إذا رفضت الخطة في المستوى 1، ما الذي يحدث بعد ذلك؟

إذا كانت إجابتنا لا على جزء أو كل طلب الطعن من المستوى 1 الخاص بك، فسنقوم بإرسال خطاب لك. سيطلعك هذا الخطاب على ما إذا كان أي من الخدمة أو البند مشمولاً بالتغطية في برنامج Medicare أو Medi-Cal عادةً.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند من Medicare، فسنقوم بإرسال حالتك تلقائياً إلى عملية طلب طعن من المستوى 2 بمجرد اكتمال طلب الطعن من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك حول خدمة أو بند من Medi-Cal، يمكنك تقديم طلب طعن من المستوى 2 بنفسك. سيطلعك الخطاب على كيفية القيام بذلك. المعلومات الواردة أدناه أيضاً.

ما هو طلب الطعن من المستوى 2؟

طلب الطعن من المستوى 2 هو طلب الطعن الثاني، والذي يتم من جانب مؤسسة مستقلة لا علاقة لها بالخطة.

تتمثل مشكلتي في خدمة أو بند Medi-Cal. كيف يمكنني تقديم طلب طعن من المستوى 2؟

ثمة طريقتان لتقديم طلب طعن من المستوى 2 في ما يتعلق بخدمات وبنود Medi-Cal: (1) تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة أو (2) جلسة استماع بالولاية.

(1) مراجعة طبية مستقلة

بإمكانك تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة (IMR) من مركز المساعدة في دائرة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC). من خلال تقديم شكوى، ستقوم DMHC بمراجعة قرارنا وإصدار حكم. تتوفر المراجعة الطبية المستقلة لأي خدمة أو بند مشمول بتغطية Medi-Cal بحيث تكون طبية بطبيعتها. المراجعة الطبية المستقلة (IMR) عبارة عن عملية مراجعة طبية من قبل أطباء ليسوا جزءاً من خطتنا أو جزءاً من DMHC. إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة (IMR) في صالحك، يجب علينا حينها تقديم الخدمة أو البند الذي طلبته. ولن تدفع أي تكاليف مقابل المراجعة الطبية المستقلة IMR.

بإمكانك تقديم شكوى أو طلب مراجعة طبية مستقلة في حال قامت خطتنا بـ:

- رفض أو تغيير أو تأخير خدمة أو علاج خاص بـ Medi-Cal لأن خطتنا قررت أنها ليست ضرورية طبيياً.
- عدم تغطية علاج ذو طبيعة بحثية أو تجريبية من Medi-Cal لحالة طبية خطيرة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي

عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

- عدم الموافقة على التسديد مقابل خدمات طارئة أو عاجلة تلقيتها بالفعل من Medi-Cal.
 - عدم حل مشكلتك ضمن طلب الطعن الخاص بك من المستوى 1 بخصوص خدمة Medi-Cal في غضون 30 يومًا تقويميًا لطلب الطعن الاعتيادي أو 72 ساعة لطلب الطعن العاجل.
- ملحوظة:** إذا قام مقدم الخدمة بتقديم طعن من أجلك، لكننا لم نستلم نموذج تعيين الممثل الخاص بك، فسوف تحتاج إلى إعادة تقديم الطعن قبل أن تتمكن من التقدم بطلب للحصول على مراجعة طبية مستقلة من المستوى الثاني 2 لدى دائرة الرعاية الصحية المدارة.
- يحق لك طلب كلٍ من مراجعة طبية مستقلة وجلسة استماع بالولاية لكن ليس إذا كنت حصلت بالفعل على جلسة استماع بالولاية حول الموضوع عينه.
- في معظم الحالات، عليك أولاً تقديم طلب طعن لدينا قبل طلب مراجعة طبية مستقلة. انظر الصفحة 176 لمزيد من المعلومات حول عملية الطعن من المستوى 1. إذا كنت لا تتفق مع قرارنا، بإمكانك تقديم شكوى لدى DMHC أو طلب مراجعة طبية مستقلة من مركز المساعدة الخاص بـ DMHC
- إذا تم رفض علاجك بسبب كونه ذو طبيعة بحثية أو تجريبية، فأنت لست بحاجة إلى الاشتراك في عملية تقديم طلب الطعن الخاصة بنا قبل أن تطلب عمل مراجعة طبية مستقلة.
- إذا كانت مشكلتك عاجلة أو تنطوي على خطر مباشر وشديد يهدد صحتك أو إذا كنت متألماً بشدة، يمكنك طرح الأمر مباشرةً على إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا دون الخوض في عملية تقديم الطعن أولاً.
- يجب عليك تقديم طلب مراجعة طبية مستقلة في غضون 6 أشهر من بعد تاريخ إرسالنا خطابًا يحتوي على قرار بخصوص طلب الطعن الخاص بك. وقد تقبل دائرة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا طلبك بعد 6 أشهر لأسباب وجيهة مثل أنك مصاب بحالة طبية تمنعك من طلب مراجعة طبية مستقلة خلال 6 أشهر، أو لم تحصل على إشعار مناسب من شأن عملية المراجعة الطبية المستقلة.
- لطلب مراجعة طبية مستقلة:
- املأ طلب مراجعة طبية مستقلة/نموذج شكوى المتوفر على: www.dmhc.ca.gov/fileacomplaint/submitanindependentmedicalreviewcomplaintform.aspx أو اتصل بمركز المساعدة الخاص بقسم الرعاية الصحية المدارة على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
 - إذا كانت بحوزتك، فأرفق نسخ من خطابات أو وثائق أخرى تخص رفض الخدمة أو البند الذي رفضناه. هذا من شأنه أن يعجل بعملية المراجعة الطبية المستقلة. قم بإرسال نسخة من الوثائق وليس الوثائق الأصلية. لا يمكن لمركز المساعدة إعادة أي نسخ.
 - املأ نموذج المساعد المرخص في حالة وجود شخص ما يساعدك في عملية المراجعة الطبية المستقلة الخاصة بك. بإمكانك الحصول على النموذج على الموقع الإلكتروني www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForms.aspx أو الاتصال بمركز المساعدة الخاص بالإدارة على الرقم 1-888-466-2219. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.



- أرسل النماذج أو أي مرفقات أخرى خاصة بك عبر البريد أو الفاكس إلى:

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

إذا تأهلت لمراجعة طبية مستقلة، فستراجع إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا حالتك وترسل لك خطابًا في غضون 7 أيام تقويمية لتخبرك بتأهلك لمراجعة طبية مستقلة. بعد استلام طلبك والوثائق الداعمة من خطتك، فستتخذ المراجعة الطبية المستقلة قرارها في غضون 30 يومًا تقويميًا. يجب أن تتلقى قرار المراجعة الطبية المستقلة خلال 45 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل.

إذا كانت حالتك طارئة وتأهلت لمراجعة طبية مستقلة، فستراجع إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا حالتك وترسل لك خطابًا في غضون يومين تقويميين لتخبرك بتأهلك لمراجعة طبية مستقلة. بعد استلام طلبك والوثائق الداعمة من خطتك، فستتخذ المراجعة الطبية المستقلة قرارها في غضون 3 أيام تقويميًا. يجب أن تتلقى قرار المراجعة الطبية المستقلة خلال 7 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. في حالة عدم رضاك عن نتيجة المراجعة الطبية المستقلة، فسيكون أيضًا بإمكانك طلب إقامة جلسة استماع في الولاية.

يمكن أن تستغرق المراجعة الطبية المستقلة وقتًا أطول إذا لم يحصل قسم الرعاية الصحية المُدارة على السجلات الطبية المطلوبة منك أو من طبيبك المعالج. إذا قمت بزيارة طبيب غير تابع لشبكة خطة الرعاية الصحية الخاصة بك، فمن المهم أن تحصل على سجلاتك الطبية من هذا الطبيب وترسلها إلينا. تتطلب خطة الرعاية الصحية الخاصة بك أن تحصل على نسخ من سجلاتك الطبية من الأطباء التابعين للشبكة.

إذا قررت إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا أن قضيتك غير مؤهلة للمراجعة الطبية المستقلة، فستراجع إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا ملفك عبر عملية شكوى المستهلك العادية التابعة لها. يجب حل شكاوك خلال 30 يومًا تقويميًا من تقديم الطلب المكتمل. إذا كانت شكاوك عاجلة، فسيتم حلها في وقت أسرع.

(2) جلسة استماع في الولاية

يمكنك طلب عقد جلسة استماع في الولاية فيما يتعلق بالخدمات والبنود المشمولة بتغطية Medi-Cal. في حال طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر لديك خدمة أو بند لن نوافق عليه، أو لن نستمر في الدفع مقابل خدمة أو بند لديك بالفعل وكانت إجابتنا برفض طلب الطعن الخاص بك من المستوى 1، فأنت تمتلك الحق في طلب عقد جلسة استماع في الولاية.

في معظم الحالات، لديك 120 يومًا لطلب عقد جلسة استماع بعد إرسال إشعار "حقوق جلسة الاستماع الخاصة بك" إليك.

ملحوظة: في حال طلبت عقد جلسة استماع حكومية لأننا أخبرناك بأنه سيتم تغيير أو إيقاف الخدمة حاليًا، تبقى لديك عدد أيام أقل لإرسال طلبك إذا أردت الاستمرار في تلقي تلك الخدمة بينما لا تزال جلسة الاستماع في الولاية قيد الانتظار. يرجى قراءة "هل ستستمر المزايا الخاصة بي في أثناء التقدم بطلبات الطعن من المستوى 2" في الصفحة 182 للمزيد من المعلومات.

أمامك طريقتان لطلب عقد جلسة استماع في الولاية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع في الولاية" على ظهر الإشعار بنية الإجراء. يتعين عليك تقديم جميع المعلومات المطلوبة مثل الاسم الكامل والعنوان ورقم الهاتف واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك وبرنامج (برامج) الإعانة المعنية والسبب التفصيلي لرغبتك في عقد جلسة استماع. ثم يمكنك تقديم طلبك عبر واحدة من الطرق التالية:

- لإدارة الرعاية في المقاطعة على العنوان الموضح على الإشعار.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



• لدائرة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية California Department of Social Services:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, California 94244-2430

• لقسم جلسات الاستماع بالولاية على رقم الفاكس 916-651-5210 أو 916-651-2789.

2. اتصل بدائرة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية California Department of Social Services على الرقم 1-800-952-5253. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. إذا قررت طلب عقد جلسة استماع في الولاية عبر الهاتف، يجب أن تكون على دراية بأن خطوط الهواتف مشغولة للغاية.

تتعلق مشكلتي بخدمة أو بند تابع لـ Medicare. ما الذي سيحدث في طلب الطعن من المستوى 2؟

ستقوم هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بمراجعة قرار المستوى الأول 1 بعناية وتحديد ما إذا كان يجب تغييره.

• لست بحاجة إلى التقدم بطلب طعن من المستوى 2. ستقوم تلقائيًا بإرسال أي اعتراضات (كلية أو جزئية) لهيئة المراجعة المستقلة. سوف يتم إبلاغك عند حدوث هذا الشيء.

• يتم تعيين هيئة المراجعة المستقلة من جانب Medicare ولا علاقة لها بهذه الخطة.

• يمكنك طلب نسخة من ملفك عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

يتعين على هيئة المراجعة المستقلة تقديم إجابة لك على طلب الطعن الخاص بك من المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا من تسلمها طلب الطعن الخاص بك (أو في غضون 7 أيام تقويمية من تسلمها طلب الطعن للحصول على أدوية Medicare التي تصرف بوصفة طبية من الجزء ب). تنطبق هذه القاعدة إذا قمت بإرسال طلب الطعن الخاص بك قبل الحصول على خدمات أو بنود طبية.

• مع ذلك، إذا كانت هيئة المراجعة المستقلة في حاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي يمكن أن تفيدك، فإنها قد تستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. إذا احتاجت هيئة المراجعة المستقلة أيًا إضافيًا لاتخاذ القرار، فسنرسل إليك خطابًا بذلك. لا يمكن لهيئة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا في اتخاذ القرار إذا كان طلب الطعن الذي قدمته بخصوص الحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية.

إذا كان لديك "طلب طعن عاجل" في المستوى الأول 1، فسيكون لديك تلقائيًا طلب طعن عاجل في المستوى الثاني 2. يتعين على هيئة المراجعة المستقلة تقديم إجابة لك في غضون 72 يومًا من تسلمها طلب الطعن الخاص بك.

• مع ذلك، إذا كانت هيئة المراجعة المستقلة في حاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي يمكن أن تفيدك، فإنها قد تستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. إذا احتاجت هيئة المراجعة المستقلة أيًا إضافيًا لاتخاذ القرار، فسنرسل إليك خطابًا بذلك. لا يمكن لهيئة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا في اتخاذ القرار إذا كان طلب الطعن الذي قدمته بخصوص الحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية.

هل ستستمر المزايا الخاصة بي أثناء التقدم بطلبات الطعن من المستوى 2؟

إذا كانت مشكلتك تتمثل في خدمة أو بند مشمول بتغطية Medicare، فلن تستمر مزايا هذه الخدمة أو البند خلال عملية طلبات الطعن من المستوى 2 لدى جهة المراجعة المستقلة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند تتضمنه Medi-Cal وطلبت عقد جلسة استماع، فسوف تستمر مزايا Medi-Cal لهذه الخدمة أو البند حتى يصدر قرار بعقد جلسة استماع. يجب عليك تقديم طلب عقد جلسة استماع في الموعد التالي أو قبله لمواصلة الحصول على مزاياك:

- في غضون 10 أيام من تاريخ إرسال إشعار بقرارنا المعاكس الخاص بالمزايا (قرار خاص بطلب الطعن من المستوى 1) مفاده بأن قرارنا قد تم تأكيده؛ أو
- تاريخ السريان المحدد للإجراء.

في حال التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الاستمرار في تلقي الخدمة أو البند المتنازع عليه إلى أن يتم اتخاذ قرار جلسة الاستماع.

كيف سأعرف بأمر القرار؟

إذا كان طلب الطعن من المستوى 2 الخاص بك هو مراجعة طبية مستقلة، فسيرسل إليك قسم الرعاية الصحية المُدارة خطابًا يوضح القرار الذي اتخذته الأطباء الذين راجعوا حالتك.

- إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة نعم على جزء مما طلبته أو كله، فعلينا تقديم الخدمة أو العلاج.
- إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة لا على جزء مما طلبته أو كله، فهذا يعني موافقتها على قرار المستوى 1. لا يزال بإمكانك طلب عقد جلسة استماع بالولاية. انتقل إلى الصفحة 181 للحصول على معلومات حول طلب عقد جلسة استماع.
- إذا كان طلب الطعن من المستوى 2 الخاص بك جلسة استماع بالولاية، فسترسلك إدارة الخدمات الاجتماعية في كاليفورنيا خطابًا يوضح قرارها.
- إذا كان قرار جلسة الاستماع في الولاية نعم على جزء مما طلبته أو كله، فعليك الامتثال للقرار. علينا إكمال الإجراء (الإجراءات) الموصوفة في غضون 30 يومًا تقويميًا من التاريخ الذي تسلمنا فيه نسخة من القرار.
- إذا كان قرار جلسة الاستماع في الولاية لا على جزء مما طلبته أو كله، فهذا يعني موافقتها على قرار المستوى 1. يمكننا إيقاف مساعدات دفع معلقة تتسلمها.

في حال إحالة طلب الطعن من المستوى 2 إلى هيئة المراجعة المستقلة التابعة لـ Medicare، فسترسلك خطابًا لك يوضح قرارها.

- إذا كان قرار هيئة المراجعة المستقلة نعم على جزء مما طلبته في طلب الطعن الاعتيادي أو كله، فعلينا اعتماد تغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو تقديم الخدمة أو البند لك في غضون 14 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام قرار هيئة المراجعة المستقلة. إذا كان طلب الطعن عاجلاً، فعلينا اعتماد تغطية الرعاية الطبية أو تقديم الخدمة أو البند لك في غضون 72 ساعة من تاريخ استلام قرار هيئة المراجعة المستقلة.
- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على جزء مما طلبته في طلب الطعن الاعتيادي أو كله للحصول على أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية، فسيتم علينا اعتماد أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية أو توفيرها في غضون 72 ساعة من حصولنا على القرار. إذا كان طلب الطعن عاجلاً، فعلينا اعتماد أدوية Medicare من الجزء ب التي تصرف بوصفة طبية أو توفيرها في غضون 24 ساعة من تاريخ استلام قرار هيئة المراجعة المستقلة.
- إذا كان قرار هيئة المراجعة المستقلة لا على جزء مما طلبته أو كله، يعني ذلك أنهم يتفقون مع قرار المستوى 1. هذا ما يُسمى بـ "التمسك بالقرار". كما يطلق عليه أيضًا "رفض طلب الطعن الخاص بك".

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إذا كان القرار هو رفض جزء مما طلبته أو كله، فهل باستطاعتي تقديم طلب طعن آخر؟

إذا كان طلب الطعن من المستوى 2 الخاص بك هو مراجعة طبية مستقلة، يمكنك طلب عقد جلسة استماع بالولاية. انتقل إلى الصفحة 181 للحصول على معلومات حول طلب عقد جلسة استماع.

في حال كان طلب الطعن من المستوى 2 الخاص بك هو جلسة استماع بالولاية، فقد يُطلب منك إعادة جلسة الاستماع في غضون 30 يومًا من تاريخ استلام القرار. تستطيع أيضًا طلب مراجعة قضائية في حالة رفض قضيتك خلال جلسة الاستماع بالولاية، وذلك من خلال تقديم التماس في المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية قسم 1094.5) في غضون سنة واحدة من تاريخ استلام القرار. لا يمكنك أن تطلب مراجعة طبية مستقلة في حال شاركت بالفعل في جلسة استماع بالولاية تتعلق بالمسألة ذاتها.

في حال إحالة طلب الطعن من المستوى 2 الخاص بك إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) التابعة لـ Medicare، يمكنك تقديم طلب طعن مرة أخرى فقط في حال استيفاء قيمة الدولار للخدمة أو البند الذي تريده الحد الأدنى لمبلغ معين. سيوضح الخطاب الذي تحصل عليه من هيئة المراجعة المستقلة حقوق طلب الطعن الإضافية المستحقة لك.

انظر القسم ط في الصفحة 205 للحصول على المزيد من المعلومات حول مستويات الطعن الإضافية.

5. المشاكل المتعلقة بالدفع

لا نسمح لمقدمي الخدمة بالشبكة بتحرير فواتير لك لقاء الخدمات والبنود المشمولة بالتغطية. وهذا ينطبق أيضًا حتى ولو دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من الرسوم التي يفرضها لقاء الخدمة أو البند المشمول بالتغطية. لا يُطلب منك مطلقًا دفع مبلغ أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يطلب منك دفعه هو التسديد التشاركي في المستوى 1 و/أو المستوى الثاني 2 من الأدوية.

إذا حصلت على فاتورة تزيد عن مبلغ التسديد التشاركي لقاء الخدمات والبنود المشمولة بالتغطية، فأرسل الفاتورة إلينا. لا ينبغي أن تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بمقدم الخدمة مباشرةً ونقوم بحل المشكلة.

للمزيد من المعلومات، ابدأ بقراءة الفصل 7: "مطالبتنا بدفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية". يصف الفصل 7 الحالات التي قد تحتاج فيها إلى طلب تعويض أو دفع فاتورة حصلت عليها من مقدم الخدمة. كذلك يوضح كيفية إرسال المعاملات الورقية التي تطلبنا بالسداد.

هل يمكنني أن أطلب منكم رد تكلفة حصتكم من الخدمات أو البنود التي دفعت تكلفتها؟

تذكر، في حال تلقيت فاتورة قيمتها أكبر من قيمة مبلغ التسديد التشاركي الذي تدفعه مقابل الخدمات والبنود المشمولة بالتغطية، ينبغي ألا تدفع الفاتورة بنفسك. ولكن في حال قمت بتسديد الفاتورة، يمكنك استرداد المبلغ في حال اتبعت القواعد الخاصة بالحصول على الخدمات والبنود.

إذا كنت تطلب استرداد أموالك، فأنت تطلب اتخاذ قراراً خاص بالتغطية. سنرى إذا كانت الخدمة أو البند الذي دفعته هو الخدمة أو البند الذي تشملته التغطية، وسوف نتحقق لمعرفة ما إذا كنت اتبعت جميع القواعد لاستخدام التغطية الخاصة بك.

- إذا كانت الخدمة أو البند الذي دفعت تكلفته مشمول بالتغطية واتبعت القواعد كلها، فسوف نرسل المبلغ الخاص بحصتنا من تكلفة الخدمة أو البند إلى مقدم الخدمة الخاص بك في غضون 60 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك. وسوف يرسل لك مقدم الخدمة الخاص بك المبلغ.

- إذا لم تكن قد دفعت تكلفة الخدمة أو البند حتى الآن، فسوف نرسل الدفعة مباشرة إلى مقدم الخدمة. عندما نرسل الدفعة، فكأننا نوافق على طلبك للحصول على قرار خاص بالتغطية.

- إذا كانت الخدمة أو البند غير مشمولين بالتغطية، أو إذا لم تتبع جميع القواعد، فسوف نرسل لك رسالة نخبرك فيها بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو البند، ونشرح سبب ذلك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي

عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



ماذا لو قلنا أننا لن ندفع؟

إذا كنت لا تتفق مع قرارنا، بإمكانك تقديم طعن. اتبع عملية الطعون المبينة في القسم 3 في الصفحة 176. عند اتباعك لهذه التعليمات، يرجى ملاحظة ما يلي:

- إذا قمت بتقديم طعن للحصول على تعويض، يتعين علينا الرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا من استلام طلب الطعن الخاص بك.
- إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة خدمة أو بند قد حصلت عليه ودفعت تكلفته بالفعل، فلا يسمح لك بتقديم طلب طعن عاجل.
- إذا رفضنا الطعن الذي قدمته، وتكون الخدمة أو البند مشمولة عادة بتغطية Medicare، فسنرسل حالتك بشكل تلقائي إلى هيئة المراجعة المستقلة. سوف نقوم بإبلاغك عن طريق إرسال رسالة لك إذا حدث هذا.
- إذا نقضت هيئة المراجعة المستقلة قرارنا وأعلنت أننا يجب أن ندفع لك المبلغ، فحينئذ سيتعين علينا إرسال المبلغ لك أو إلى مقدم الخدمة في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كان الجواب على الطعن الخاص بك هو نعم في أي مرحلة من مراحل عملية تقديم الطعون من بعد المستوى 2، يتعين علينا أن نرسل الدفعة التي طلبتها لك أو لمقدم الخدمة في غضون 60 يومًا تقويميًا.
- إذا كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة لا على الطعن الخاص بك، فهذا يعني أنهم يوافقون على قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. (وهذا ما يطلق عليه "تأييد القرار". كما يطلق عليه أيضًا "رفض طعنك". سيوضح الخطاب الذي تحصل عليه من هيئة المراجعة المستقلة حقوق طلب الطعن يمكنك تقديم طعن مرة أخرى فقط في حال استيفاء القيمة بالدولار للخدمة أو البند الذي تريده الحد الأدنى لمبلغ معين. انظر القسم ط في الصفحة 205 للحصول على المزيد من المعلومات حول مستويات الطعن الإضافية.
- إذا كانت إجابتنا لا على الطعن الذي قدمته وعادةً يتم تغطية الخدمة أو البند بواسطة Medi-Cal، يمكنك تقديم طعن من المستوى 2 بنفسك (انظر القسم 4 في الصفحة 179).

و. أدوية الجزء د

1. ماذا تفعل إذا واجهت مشاكل في الحصول على دواء في الجزء د أو كنت تريد منا رد مبلغ خاص بدواء في الجزء د

بصفتك عضو في خطتنا، تشتمل المزايا التي تحصل عليها على تغطية للكثير من الأدوية المتاحة بوصفات طبية. تكون معظم هذه الأدوية "أدوية الجزء د". هناك عدد قليل من الأدوية التي ليست مشمولة بتغطية الجزء د لبرنامج Medicare ولكن يمكن أن تكون مشمولة بتغطية برنامج Medi-Cal. ينطبق هذا القسم على طلبات الطعن الخاصة بأدوية الجزء د فقط.

تتضمن قائمة الأدوية بعض الأدوية التي تحمل الرمز "NT". هذه الأدوية ليست ضمن أدوية الجزء د. تتبع قرارات الطعون أو التغطية المتعلقة بالأدوية التي تحمل الرمز "NT" العملية المبينة في القسم 3 في الصفحة 173.

هل يمكنني المطالبة بقرار خاص بالتغطية أو تقديم طعن بخصوص الأدوية المتاحة بوصفات طبية في الجزء د؟

نعم. وفيما يلي أمثلة على قرارات التغطية التي يمكنك مطالبتنا بإصدارها فيما يتعلق بأدوية الجزء د:

- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء مثل:
 - مطالبتنا بتغطية دواء في الجزء د غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة.
 - مطالبتنا بالتنازل عن القيود المفروضة على تغطية الخطة لدواء ما (مثل القيود المفروضة على كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها)

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- سؤالنا إذا كان دواء ما مشمولاً بالتغطية (على سبيل المثال، عندما تكون أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة ولكننا نطلب منك الحصول على موافقتنا قبل أن نقوم بتغطيتها لك).

ملحوظة: إذا أخبرتك الصيدلانية أنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية، فسوف تحصل على إشعار يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار خاص بالتغطية.

- مطالبتنا بالدفع مقابل دواء متاحة بوصفة طبية اشتريته بالفعل. يشير هذا الأمر إلى المطالبة بقرار التغطية المتعلق بالدفع.

المصطلح القانوني لقرار التغطية المتعلق بأدوية الجزء د هو "قرار التغطية".

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، يمكنك الطعن على قرارنا. يخبرك هذا القسم عن كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية طلب طعن.

استخدم الرسم البياني المبين أدناه لمساعدتك في تحديد أي جزء يحتوي على معلومات عن حالتك:

أي من هذه الحالات تنطبق عليك؟			
هل تريد منا تغطية دواء مدرج بقائمة الأدوية الخاصة بنا وتعتقد أنك تستوفي أي قواعد أو قيود خاصة بالخطة (مثل الحصول على موافقة مقدمًا) للأدوية التي تحتاج إليها؟	هل تريد أن تطلب منا رد تكلفة دواء حصلت عليه ودفعت مقابله بالفعل؟	هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نغطي أدوية أو ندفع تكلفتها بالطريقة التي تريد أن تتم تغطيتها أو دفع تكلفتها بها؟	هل تحتاج إلى دواء ليس مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو تريد منا التنازل عن قاعدة أو تقييد مفروض على دواء مشمول بتغطيتنا؟
يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار خاص بالتغطية.	يمكنك مطالبتنا برد المبلغ لك. (يعتبر هذا الأمر نوع من قرار التغطية).	يمكنك تقديم طعن. (وهذا يعني أنك تطلب منا إعادة النظر في الأمر).	يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء. (يعتبر هذا الأمر نوع من قرار التغطية).
انتقل إلى القسم 4 في الصفحة 188.	انتقل إلى القسم 4 في الصفحة 188.	انتقل إلى القسم 5 في الصفحة 190.	ابدأ بالقسم 2 في الصفحة 213. انظر أيضًا القسمين "3" و"4" في الصفحتين 187 و188.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



2. المقصود بالاستثناء

يُقصد بالاستثناء الإذن بالحصول على تغطية لدواء ما غير مدرج عادةً في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو الإذن باستخدام الدواء دون قواعد وقيود معينة. إذا لم يكن دواء ما مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو لم يكن مشمولاً بالتغطية بالطريقة التي ترغب بها، يمكنك مطالبتنا بإجراء "استثناء".

عندما تطلب الحصول على استثناء، على طبيبك أو أي واصف أدوية آخر شرح الأسباب الطبية لحاجتك إلى الاستثناء.

وفيما يلي أمثلة للاستثناءات التي يمكنك أو يمكن لطبيبك أو أي واصف أدوية آخر طلبها منا إجرائها:

1. تغطية دواء في الجزء د غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

• إذا وافقنا على إجراء استثناء وقمنا بتغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية الخاصة بنا، فسوف تحتاج إلى دفع مبلغ مشاركة التكلفة الذي ينطبق على الأدوية في المستوى 2 التي تحمل علامة تجارية أو المستوى 1 للأدوية الجينية.

• لا يمكنك المطالبة بالحصول على استثناء من السداد التشاركي أو مبلغ التأمين المشترك الذي نطلب منك دفعه مقابل تكلفة الأدوية.

2. إزالة القيود المفروضة على تغطيتنا. هناك قواعد أو قيود إضافية تنطبق على بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا (لمزيد من المعلومات، انقل إلى الفصل 5).

• تتضمن القواعد والقيود الإضافية الخاصة بتغطية بعض الأدوية ما يلي:

○ استخدام الإصدار الجيني للأدوية بدلاً من الأدوية التي تحمل علامة تجارية.

○ الحصول على موافقة مسؤول الخطة قبل موافقتنا على تغطية الأدوية من أجلك. (هذا ما يُسمى في بعض الأحيان "الإذن المسبق").

○ وجوب محاولة استخدام أدوية مختلفة أولاً قبل موافقتنا على تغطية الأدوية التي نطلبها. (هذا ما يُسمى في بعض الأحيان "العلاج التدريجي").

○ قيود الكمية. بالنسبة لبعض الأدوية، نفرض قيدًا على مقدار الدواء الذي تتناوله.

• إذا وافقنا على القيام باستثناء والتنازل عن التقييد من أجلك، لا يزال بإمكانك طلب الحصول على استثناء لمبلغ التسديد التشاركي الذي نطلب منك دفعه مقابل تكلفة الأدوية.

المصطلح القانوني لطلب إزالة القيود المفروضة على تغطية الأدوية يُسمى أحيانًا بطلب "استثناء كتيب الوصفات الطبية".

3. أمور مهمة لمعرفة كيفية طلب الحصول على استثناءات

يجب أن يخبرنا طبيبك أو أي واصف أدوية آخر الأسباب الطبية

ينبغي أن يعطينا طبيبك أو أي واصف أدوية آخر بيانًا يشرح فيه الأسباب الطبية لطلب الحصول على استثناء. سيكون قرارنا بشأن الاستثناء أسرع إذا قمت بتضمين هذه المعلومات الواردة من طبيبك أو من أي واصف أدوية آخر عندما تطالب بالحصول على الاستثناء.

وعادة ما تشمل قائمة الأدوية الخاصة بنا أكثر من دواء واحد لعلاج حالة معينة. وتسمى هذه الاحتمالات المختلفة بـ "الأدوية البديلة". إذا كانت فاعلية الدواء البديل بنفس درجة فاعلية الدواء الذي تطالب به، ولن يسبب المزيد من الآثار الجانبية أو مشاكل صحية أخرى، فنحن لن نوافق بصفة عامة على طلبك للحصول على استثناء.

سنجيب بنعم أو لا على طلبك للحصول على استثناء

● إذا أجابنا نعم على طلبك للحصول على استثناء، يستمر الاستثناء عادة حتى نهاية السنة التقويمية. يُعد هذا صحيح طالما استمر طبيبك في وصف الدواء لك وظل هذا الدواء آمنًا وفعالًا لعلاج حالتك.

● إذا رفضنا طلبك للحصول على استثناء، يمكن المطالبة بإجراء مراجعة لقرارنا عن طريق تقديم طعن. يبين لك القسم 5 في الصفحة 190 كيفية تقديم طعن في حال كانت إجابتنا لا.

كذلك يوضح لك القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء.

4. كيفية المطالبة بقرار التغطية المتعلق بأدوية الجزء د أو تعويض خاص بأدوية الجزء د، بما في ذلك استثناء

ما يمكن فعله

لمحة سريعة: كيفية المطالبة بقرار التغطية المتعلق بالأدوية أو المبالغ المدفوعة

قم بالاتصال بنا أو مراسلتنا أو إرسال فاكس أو اطلب من ممثلك أو طبيبك أو أي واصف أدوية آخر أن يطلب هذا الأمر. سوف نعطيك إجابة على قرار التغطية العادي في غضون 72 ساعة. وسوف نعطيك إجابة بشأن تعويضك عن أدوية الجزء د التي دفعت تكلفتها بالفعل في غضون 14 يومًا تقويميًا.

- إذا كنت تطالب بالحصول على استثناء، يرجى إدراج البيان الداعم من الطبيب أو أي واصف أدوية آخر.
- يمكنك أنت أو طبيبك أو أي عالج آخر المطالبة بالحصول على قرار سريع. (عادة يأتي القرار السريع في غضون 24 ساعة).
- اقرأ هذا الفصل للتأكد من أنك مؤهل للحصول على قرار سريع! اطلع عليه أيضًا لمزيد من المعلومات حول المواعيد النهائية لصدور القرار.

● يمكنك المطالبة بنوع قرار التغطية الذي ترغب به. قم بالاتصال بنا أو مراسلتنا أو إرسالنا فاكس لتقديم طلبك. يمكنك أنت أو طبيبك أو أي معالج آخر القيام بهذا الأمر. يمكنك الاتصال بنا على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

- يمكنك أنت أو طبيبك (أو أي واصف أدوية آخر) أو شخص آخر يتصرف نيابة عنك طلب قرار خاص بالتغطية. يمكن أيضًا لمحاميك التصرف نيابة عنك.
- اقرأ القسم د في الصفحة 171 لتعرف كيفية إعطاء إذن لشخص آخر ليتصرف بصفته ممثلك.
- لست في حاجة لأن تعطي طبيبك أو أي واصف أدوية آخر تصريحًا كتابيًا لكي يطلب منا قرارًا خاص بالتغطية نيابة عنك.

● إذا أردت أن تطلب منا أن نرد لك تكلفة الأدوية، اقرأ الفصل 7 من هذا الكتيب. يحدد الفصل 7 عدد المرات التي يجوز لك فيها طلب الحصول على تعويض. كذلك يخبرك عن كيفية إرسال المعاملات الورقية التي تطالبنا بأن نرد لك حصتنا من تكاليف الأدوية الذي دفعت قيمتها.

- وإذا كنت تطلب الحصول على استثناء، فعليك تقديم "البيان الداعم". على طبيبك أو أي معالج آخر أن يعطينا أسبابًا طبية للحصول على الاستثناء المتعلق بالدواء. نسمي هذا "البيان الداعم".
- بإمكان طبيبك أو واصف أدوية آخر أن يرسل لنا البيان الداعم عن طريق الفاكس أو البريد. أو بإمكان طبيبك أو واصف أدوية آخر أن يتحدث إلينا عبر الهاتف ثم يرسل البيان بالفاكس أو البريد.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



اطلب منا أن نعطيك "قرار سريع خاص بالتغطية" إذا كانت صحتك تستدعي ذلك

سنستخدم "المواعيد النهائية العادية" ما لم نتفق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- **قرار التغطية العادي** يعني أننا سوف نعطيك إجابة خلال 72 ساعة من حصولنا على البيان من طبيبك.
- **يعني القرار السريع الخاص بالتغطية** أننا سوف نعطيك إجابة في غضون 24 ساعة من حصولنا على بيان طبيبك.

المصطلح القانوني لوصف "قرار تغطية سريع" هو "قرار تغطية مستعجل".

يمكنك الحصول على قرار سريع خاص بالتغطية فقط إذا كنت تطالب بدواء لم تستلمه بعد. (لا يمكنك الحصول على قرار سريع خاص بالتغطية إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة دواء اشتريته بالفعل).

يمكنك الحصول على قرار سريع خاص بالتغطية فقط إذا كان اتباع المواعيد النهائية العادية سوف يتسبب في أذى خطير لصحتك أو يؤدي قدرتك على العمل.

إذا كان طبيبك أو واصل أدوية آخر قد أخبرنا أن صحتك تستدعي "قرار تغطية سريع"، فسنوافق بشكل تلقائي على أن نعطيك قرار تغطية سريع، وسوف يبلغك الخطاب بذلك.

- إذا طلبت قراراً سريعاً بالتغطية بنفسك (أي بدون دعم من طبيبك أو معالج آخر)، فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار سريع بالتغطية أم لا.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع، فسوف نستخدم المواعيد النهائية العادية بدلاً من ذلك.
 - وسنرسل لك خطاباً نخبرك بهذا. وسوف يخبرك الخطاب عن كيفية تقديم شكوى بخصوص قرارنا بإعطائك قراراً عادياً.
 - يمكنك تقديم "شكوى عاجلة" والحصول على القرار خلال 24 ساعة. للحصول على مزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم 206 في الصفحة 206.

المواعيد النهائية بخصوص "القرار السريع الخاص بالتغطية"

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، يجب علينا أن نعطيك إجابتنا خلال 24 ساعة. يعني هذا في غضون 24 ساعة من استلامنا لطلبك. أو إذا كنت تطلب الحصول على استثناء، فذلك يعني 24 ساعة من حصولنا على البيان الداعم لطلبك من طبيبك أو واصل الأدوية. وسنعطيك إجابتنا في وقت أسرع إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذه المواعيد النهائية، فسنرسل طلبك إلى عملية تقديم الطعون من المستوى 2. في المستوى 2، سوف تقوم هيئة مراجعة مستقلة بمراجعة طلبك.
- إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسيتم علينا منحك تغطية خلال 24 ساعة من حصولنا على طلبك أو البيان الداعم له من طبيبك أو واصل الأدوية.
- إذا كانت إجابتنا لا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل لك خطاباً يشرح سبب إجابتنا بلا. يشرح هذا سبب إجابتنا بلا. وسوف يشرح الخطاب أيضاً كيفية تقديم طعن على قرارنا

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



المواعيد النهائية لـ "قرار تغطية عادي" بخصوص دواء لم تحصل عليه بعد

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية العادية، علينا أن نعطيك إجابتنا خلال 72 ساعة من استلامنا لطلبك. أو إذا كنت تطلب الحصول على استثناء، فذلك يعني 24 ساعة من حصولنا على البيان الداعم لطلبك من طبيبك أو واصف الأدوية. وسنعطيك إجابتنا في وقت أسرع إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذه المواعيد النهائية، فسنرسل طلبك إلى عملية تقديم الطعون من المستوى 2. في المستوى 2، سوف تقوم هيئة مراجعة مستقلة بمراجعة طلبك.
- إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسيتعين علينا الموافقة على التغطية أو تقديمها خلال 72 ساعة من حصولنا على طلبك أو البيان الداعم له من طبيبك أو واصف الأدوية.
- إذا كانت إجابتنا لا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل لك خطابًا يشرح سبب إجابتنا بلا. وسوف يشرح الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن على قرارنا.

المواعيد النهائية لـ "قرار تغطية عادي" بخصوص الدفع مقابل دواء اشتريته بالفعل

- يتعين علينا تقديم إجابتنا خلال 14 يومًا تقويميًا من الحصول على طلبك.
- إذا لم نلتزم بهذه المواعيد النهائية، فسنرسل طلبك إلى عملية تقديم الطعون من المستوى 2. في المستوى 2، سوف تقوم هيئة مراجعة مستقلة بمراجعة طلبك.
- إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنقوم بالدفع لك في غضون 14 يومًا تقويميًا.
- إذا كانت إجابتنا لا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل لك خطابًا يشرح سبب إجابتنا بلا. وسوف يشرح الخطاب أيضًا كيفية تقديم طعن على قرارنا.

5. طعن من المستوى 1 لأدوية الجزء د

- ولكي تبدأ الطعن، يتعين عليك أو على طبيبك أو واصف الأدوية الآخر أو ممثلك الاتصال بنا.
 - إذا كنت تطلب طعنًا عاديًا، يمكنك التقدم بطلب طعن عن طريق إرسال طلب كتابي. ويمكنك أيضًا التقدم بطلب طعن عن طريق الاتصال بنا هاتفياً على الرقم 1-800-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من 711 من الساعة 8 ص حتى 8 م، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب منك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
 - إذا كنت تريد الحصول على طعن عاجل، يمكنك التقدم بطلب الطعن الخاص بك كتابيًا أو يجوز لك الاتصال بنا.
- لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 1**

يجوز لك أو لطبيبك أو واصف الأدوية أو ممثلك تقديم الطلب خطياً وإرساله إلينا بالفاكس أو البريد. ويمكنك أيضاً طلب الطعن عن طريق الاتصال بنا.

 - اسأل خلال 60 يومًا تقويميًا عن القرار الذي قدمت طلب طعن ضده. إذا قوّت الموعد النهائي نتيجة سبب معقول، قلا يزال بإمكانك التقدم بطلب طعن.
 - يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية أو ممثلك الاتصال بنا لطلب طعن عاجل.
 - اقرأ هذا الفصل للتأكد من أنك مؤهل للحصول على قرار سريع! اطلع عليه أيضاً لمزيد من المعلومات حول المواعيد النهائية لصدور القرار.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب منك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- تقدم بطلب الطعن الخاص بك خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ الإشعار الذي أرسلناه إليك لنخبرك فيه بقرارنا. إذا قوّت الموعد النهائي لسبب وجيه، فقد نعطيك مزيدًا من الوقت للتقدم بطلب طعن. ومن أمثلة الأسباب الوجيهة، أن تكون تعاني من مرض خطير منعك من الاتصال بنا أو أننا قدمنا لك معلومات خاطئة حول الموعد النهائي لتقديم طلب الطعن الخاص بك.
- من حقك أن تطالبنا بنسخة من المعلومات المتعلقة بطلب الطعن الخاص بك. لطلب نسخة، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

المصطلح القانوني لتقديم طعن إلى الخطة بخصوص قرار التغطية الخاص بأدوية الجزء د هو "إعادة إصدار قرار".

يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية الآخر إعطائنا معلومات إضافية تدعم طلب الطعن الخاص بك، إذا رغبت في ذلك.

اطلب "طعمًا عاجلاً" إذا كانت صحتك تستدعي ذلك

- إذا كنت تتقدم بطلب طعن بخصوص قرار خطتنا الذي اتخذناه بشأن دواء لم تستلمه بعد، فسيتمتع عليك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية الآخر اتخاذ قرار بشأن حاجتك إلى "طعن سريع".
- إن متطلبات الحصول على "طعن سريع" هي نفس متطلبات الحصول على "قرار تغطية سريع" المبينة في القسم 4 في الصفحة 188.

المصطلح القانوني الخاص بـ"الطعن العاجل" هو "إعادة الحكم المستعجل".

سوف نقوم بخطتنا بمراجعة الطعن الخاص بك وإعطائك قرارنا.

- سوف نراجع بعناية جميع المعلومات المتضمنة في طلب التغطية الذي تقدمت به. وسوف نتأكد مما إذا كنت تتبع جميع القواعد عند إجابتنا بلا على طلبك. قد نتصل بك أو بطبيبك أو بواصف الأدوية الآخر من أجل الحصول على مزيد من المعلومات. سيكون المراجع شخصًا لم يتخذ قرار التغطية الأصلي.

المواعيد النهائية بخصوص "الطعن العاجل"

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية السريعة، فسنعطيك إجابتنا خلال 72 ساعة من حصولنا على طلب الطعن الخاص بك، أو في وقت أسرع إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- إذا لم نعطيك إجابتنا خلال 72 ساعة، فسنرسل طلبك إلى عملية تقديم الطعون من المستوى 2. في المستوى 2، سوف تقوم هيئة مراجعة مستقلة بمراجعة طلب الطعن الخاص بك.
- إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسيتمتع علينا منحك التغطية خلال 72 ساعة من حصولنا على طلب الطعن الخاص بك.
- إذا كانت إجابتنا لا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل لك خطابًا يشرح سبب إجابتنا بلا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



المواعيد النهائية بخصوص "الطعن العادي"

- إذا كنا نستخدم المواعيد النهائية العادية، فيجب أن نعطيك إجابتنا خلال 7 أيام تقويمية من حصولنا على طلب الطعن الخاص بك، أو في وقت أسرع إذا كانت صحتك تستدعي ذلك، إلا إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة لدواء اشتريته بالفعل. إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة دواء اشتريته بالفعل، يجب أن نعطيك إجابتنا خلال 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الطعن الخاص بك. وإذا كنت تعتقد أن صحتك تتطلب ذلك، فيجب عليك أن تطلب "طعمًا عاجلاً".
- إذا لم نعطيك قرارًا خلال 7 أيام تقويمية، أو 14 يومًا تقويميًا إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة دواء اشتريته بالفعل، فسنرسل طلبك إلى عملية تقديم الطعون من المستوى 2. في المستوى 2، سوف تقوم هيئة مراجعة مستقلة بمراجعة طلب الطعن الخاص بك.
- إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته:
 - إذا وافقنا على طلبك للحصول على تغطية، يجب أن نعطيك التغطية في أسرع فرصة تقتضيها صحتك، ولكن ليس بعد 7 أيام تقويمية من حصولنا على طلب الطعن الخاص بك أو 14 يومًا تقويميًا إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة دواء اشتريته بالفعل.
 - إذا وافقنا على طلبك لرد تكلفة دواء اشتريته بالفعل، فسوف نرسل إليك الدفعة خلال 30 يومًا تقويميًا من حصولنا على طلب الطعن الخاص بك.
- إذا رفضنا جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فسنرسل لك خطابًا يوضح سبب رفضنا وسنوضح كيفية تقديم طعن بشأن قرارنا.

6. طعن من المستوى 2 لأدوية الجزء د

إذا رفضنا جزءًا من طلب الطعن الذي تقدمت به أو كله، فعندئذٍ يكون لك الخيار سواء بقبول هذا القرار أو التقدم بطلب طعن آخر. إذا قررت الانتقال إلى تقديم طلب طعن من المستوى 2، فسنتقوم جهة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا.

- إذا كنت تريد أن تقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة حالتك، يجب أن يكون طلب الطعن الخاص بك كتابيًا. يشرح خطابنا الذي أرسلناه بخصوص قرارنا فيما يتعلق بالطعن من المستوى 1 كيفية التقدم بطلب طعن من المستوى 2.
- عندما تقدم طلب طعن إلى هيئة المراجعة المستقلة، فسوف نرسل لهم ملف حالتك. من حَقك أن تطالبنا بنسخة من ملف حالتك عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على رقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 2

إذا كنت تريد أن تقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة حالتك، يجب أن يكون طلب الطعن الخاص بك كتابيًا.

- اسأل خلال 60 يومًا تقويميًا عن القرار الذي قدمت طلب طعن ضده. إذا فوّتَ الموعد النهائي نتيجة سبب معقول، قلا يزال بإمكانك التقدم بطلب طعن.
- يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف أدوية آخر أو ممثلك طلب طعن من المستوى 2.
- اقرأ هذا الفصل للتأكد من أنك مؤهل للحصول على قرار سريع! اطلع عليه أيضًا لمزيد من المعلومات حول المواعيد النهائية لصدور القرار.

• من حَقك إعطاء هيئة المراجعة المستقلة معلومات أخرى تدعم طلب الطعن الخاص بك.

• إن هيئة المراجعة المستقلة هي منظمة مستقلة يعينها برنامج Medicare. وهي ليس لها علاقة بهذه الخطة ولا تُعد وكالة حكومية.

- سوف يدرس المراجعون التابعون لهيئة المراجعة المستقلة بعناية جميع المعلومات المتعلقة بطعنك. سوف ترسل لك المنظمة خطابًا يشرح قرارها.

المصطلح القانوني لتقديم طعن إلى جهة المراجعة المستقلة فيما يتعلق بأدوية الجزء د هو "إعادة النظر".

المواعيد النهائية "اطلب الطعن العاجل" على المستوى 2

- اطلب من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) "طعنًا عاجلاً"، إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على منحك "طعنًا عاجلاً"، عليها أن تعطيك إجابة على طعنك من المستوى 2 خلال 72 ساعة بعد الحصول على طلب طعنك.
- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على جزء مما طلبته أو كله، فسيتعين علينا اعتماد تغطية الأدوية أو تقديمها لك في غضون 24 ساعة من حصولنا على القرار.

المواعيد النهائية "اطلب الطعن الاعتيادي" من المستوى 2

- إذا كان لديك طعن اعتيادي من المستوى 2، فسيتعين على جهة المراجعة المستقلة أن تجيب على طعنك من المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية بعد حصولها على طعنك أو 14 يومًا تقويميًا إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة دواء اشتريته بالفعل.
- إذا وافقت جهة المراجعة المستقلة على جزء مما طلبته أو كله، فسيتعين علينا اعتماد تغطية الأدوية أو تقديمها في غضون 72 ساعة من حصولنا على القرار.
- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة على طلب لرد تكلفة دواء اشتريته بالفعل، فسوف نرسل إليك الدفعة خلال 30 يومًا تقويميًا من حصولنا على القرار.

ماذا إن كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة لا على طعنك من المستوى 2؟

الإجابة بـ لا تعني أن هيئة المراجعة المستقلة متفقة مع قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يطلق عليه "تأييد القرار". كما يطلق عليه أيضًا "رفض طلب الطعن الخاص بك".

إذا أردت الانتقال إلى المستوى 3 من عملية الطعن، يجب أن تستوف الأدية المطلوبة حد أدنى للقيمة بالدولار. إذا كانت القيمة بالدولار أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك تقديم المزيد من الطعون. إذا كانت القيمة بالدولار عالية بدرجة كافية، فيمكنك طلب طعن من المستوى 3. سوف يخبرك الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة بالقيمة اللازمة بالدولار للاستمرار في عملية الطعن.

ز. مطالبتنا بتغطية الإقامة في المستشفى لمدة أطول

عند دخولك المستشفى، يكون من حقك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها الضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

وأثناء إقامتك في المستشفى المشمولة بالتغطية، سوف يعمل معك طبيبك وطاقم المستشفى على الاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. وسوف يساعدونك أيضًا في الترتيب لتقديم أي رعاية قد تطلبها بعد مغادرتك.

- واليوم الذي تغادر فيه المستشفى يسمى "موعد الخروج".
- سوف يخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى بموعد خروجك من المستشفى.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

إذا اعتقدت أنه طلب منك مغادرة المستشفى في وقت مبكر جدًا، يمكنك أن تطلب الإقامة في المستشفى لمدة أطول. يخبرك هذا القسم عن كيفية طلب ذلك.

1. معرفة حقوقك الخاصة ببرنامج Medicare

خلال يومين من دخولك المستشفى، سوف يقوم أخصائي الحالة أو الممرضة بإعطائك إشعارًا يسمى "رسالة مهمة من Medicare بخصوص حقوقك". إذا لم تحصل على هذا الإشعار، فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا احتجت للمساعدة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. هذه المكالمات مجانية. كذلك يمكنك الاتصال على الرقم: (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

يُرجى قراءة هذا الإشعار بتمعن ويُرجى طرح الأسئلة في حال عدم فهمك. تخبرك "الرسالة المهمة" بشأن حقوقك بصفقتك مريضًا في المستشفى، بما في ذلك:

- حقك في الحصول على خدمات يغطيها Medicare أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. من حقك معرفة هذه الخدمات ومن الذي سيدفع مقابلها وأين يمكنك الحصول عليها.
 - حقك في المشاركة في أي قرارات تتعلق بمدة إقامتك في المستشفى.
 - حقك في معرفة مكان الإبلاغ عن مخاوفك بخصوص جودة الرعاية في المستشفى.
 - حقك في التقدم بطعن إذا كنت تعتقد أنه تم إخراجك من المستشفى في وقت مبكر جدًا.
- عليك توقيع إشعار Medicare لتبين أنك حصلت عليه وفهمت حقوقك. إن توقيعك على الإشعار لا يعني أنك موافق على موعد الخروج الذي أبلغت به من قِبل طبيبك أو طاقم المستشفى.
- احتفظ بنسخة من الإشعار الموقع بحيث تكون معك المعلومات المتضمنة فيه إذا احتجت إليها.
- لإلقاء نظرة على نسخة من هذا الإشعار بشكل مسبق، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. كذلك يمكنك الاتصال على الرقم: (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.
 - يمكنك أيضًا رؤية الإشعار عبر الإنترنت على الموقع التالي
www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices
 - إذا احتجت للمساعدة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو Medicare على الأرقام المذكورة أعلاه.



2. الطعن من المستوى 1 لتغيير موعد خروجك من المستشفى

إذا كنت تريد منا تغطية الخدمات المقدمة لك كمريض داخلي لوقت أطول، يتعين عليك طلب طعن. ستقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة الطعن من المستوى الأول لمعرفة ما إذا كان موعد خروجك من المستشفى المخطط له ملائمًا لك من الناحية الطبية. في كاليفورنيا، تسمى منظمة تحسين الجودة Livanta.

لتقديم طعن لتغيير موعد خروجك من المستشفى، اتصل بمنظمة Livanta على رقم: 1-877-588-1123 (الهاتف النصي): 1-855-887-6668.

اتصل الآن!

اتصل بمنظمة تحسين الجودة قبل مغادرتك للمستشفى وفي موعد لا يتجاوز موعد الخروج المخطط له. تتضمن "رسالة مهمة من Medicare بخصوص حقوقك" معلومات حول كيفية التواصل مع منظمة تحسين الجودة.

لمحة سريعة: كيفية تقديم طعن من المستوى الأول 1 لتغيير موعد خروجك من المستشفى

اتصل بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (الهاتف النصي):

1-855-887-6668 واطلب "مراجعة سريعة".

اتصل قبل أن تغادر المستشفى وقبل حلول موعد خروجك المخطط له.

● إذا اتصلت قبل مغادرتك المستشفى، سوف يُسمح لك بالإقامة في المستشفى بعد موعد خروجك المخطط له دون دفع التكلفة أثناء الانتظار للحصول على قرار بخصوص الطعن الذي قدمته من منظمة تحسين الجودة.

● إذا لم تتصل لتقديم طعن، وقررت الإقامة في المستشفى بعد موعد الخروج المخطط له، فقد يتعين عليك دفع كافة تكاليف الرعاية في المستشفى التي حصلت عليها بعد موعد الخروج المخطط له.

● إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة بخصوص طلب الطعن، يمكنك بدلاً من ذلك توجيه الطعن إلينا مباشرة. للتفاصيل، انظر قسم ز4 في الصفحة 198.

● ونظرًا لأن الإقامة في المستشفيات مشمولة بالتغطية من قبل كلٍ من Medicare و Medi-Cal، ففي حال عدم اطلاع منظمة تحسين الجودة على طلبك لمواصلة مدة إقامتك في المستشفى أو في اعتقادك موقفك مُلِح أو ينطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت مُصابًا بألم شديد، فقد تتمكن كذلك من تقديم شكوى أو طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة من دائرة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا (DMHC). يرجى الانتقال إلى القسم ه4 في الصفحة 188 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

نود التأكد من أنك تدرك ما الذي ينبغي فعله وما هي المواعيد النهائية.

● **طلب المساعدة إن احتجت إليها.** إذا كانت لديك استفسارات أو كنت تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. يمكنك أيضًا الاتصال ببرنامج الدعم والاستشارات للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ما هي منظمة تحسين الجودة؟

هي مجموعة من الأطباء وأخصائيي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتقاضون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. هؤلاء الخبراء لا يُعدون جزءاً من خططنا. يتم الدفع لهم من قبل برنامج Medicare لمراقبة جودة الرعاية والمساعدة في تحسينها للأفراد التابعين لبرنامج Medicare.

طلب إجراء "مراجعة سريعة"

يتعين عليك أن تطلب من منظمة تحسين الجودة "مراجعة سريعة" لخروجك من المستشفى. طلب "مراجعة سريعة" يعني أنك تطلب من المنظمة استخدام المواعيد النهائية السريعة للاستئناف، بدلاً من استخدام المواعيد النهائية العادية.

المصطلح القانوني لتعبير "المراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية".

ماذا يحدث أثناء المراجعة السريعة؟

- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بسؤالك أنت أو من يملكك، عن السبب الذي يجعلك تعتقد أن التغطية يجب أن تستمر بعد موعد الخروج من المستشفى المخطط له. لا يتعين عليك تجهيز أي مستند كتابي، لكن يمكنك فعل ذلك إذا أردت.
- سوف يقوم المراجعون بإلقاء نظرة على سجلك الطبي، والتحدث مع طبيبك، ومراجعة جميع المعلومات المتعلقة بفترة إقامتك في المستشفى.
- بحلول ظهر اليوم الذي يأتي بعد أن يخبرنا المراجعون عن الطعن الخاص بك، سوف تستلم خطاباً يوضح الموعد خروجك من المستشفى المخطط له. يوضح الخطاب الأسباب التي تجعل طبيبك والمستشفى ونحن أيضاً نعتقد أنه من المناسب أن تخرج من المستشفى في ذلك اليوم.

المصطلح القانوني لهذا التوضيح الكتابي يُسمى **"إخطار مفصل للخروج من المستشفى"**. يمكنك الحصول على نموذج من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. ويمكنك كذلك الاتصال على الرقم: (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك رؤية نموذج من الإشعار عبر الإنترنت على الموقع التالي www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.

ماذا إذا كانت الإجابة بنعم؟

- إذا وافقت منظمة تحسين الجودة على الطعن الخاص بك، يتعين علينا مواصلة تغطية خدمات رعايتك في المستشفى طالما كانت ضرورية من الناحية الطبية.

ماذا إذا كانت الإجابة بلا؟

- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الطعن الخاص بك، فذلك يعني أنهم يقررون بأن الموعد خروجك من المستشفى المخطط له ملائم من الناحية الطبية. إذا حدث ذلك، فإن تغطيتنا للخدمات التي تلقاها كمرضى داخلي مقيم بالمستشفى سوف تنتهي عند ظهر اليوم الذي يلي استلامك لإجابة منظمة تحسين الجودة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الطعن الخاص بك، وأنت قررت البقاء في المستشفى، فعندئذ قد يتوجب عليك سداد تكلفة مواصلة إقامتك في المستشفى. وبيدأ دفع تكلفة الرعاية في المستشفى التي قد يتوجب عليك سدادها ظهر اليوم الذي يأتي بعد أن يصلك رد منظمة تحسين الجودة.
- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الطعن الخاص بك، وبقيت بالمستشفى بعد موعد خروجك المخطط له؛ فعندئذ يمكنك تقديم طعن من المستوى الثاني 2 كما هو مبين في القسم التالي.

3. الطعن من المستوى 2 لتغيير موعد خروجك من المستشفى

إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الطعن الخاص بك، وبقيت بالمستشفى بعد موعد خروجك من المستشفى المخطط له؛ فعندئذ يمكنك تقديم طعن من المستوى الثاني 2. عليك إعادة الاتصال بمنظمة تحسين الجودة وطلب إجراء مراجعة أخرى.

قم بطلب مراجعة من المستوى 2 خلال 60 يومًا تقويميًا من اليوم الذي أجابت فيه منظمة تحسين الجودة بلا على الطعن من المستوى 1 الخاص بك. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا بقيت في المستشفى بعد اليوم الذي انتهت فيه تغطية الرعاية الخاصة بك.

في كاليفورنيا، تسمى منظمة تحسين الجودة Livanta. يمكنك الاتصال بمنظمة Livanta على الرقم التالي: 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668).

لمحة سريعة: كيفية تقديم طعن من المستوى الثاني 2 لتغيير موعد خروجك من المستشفى

اتصل بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم (1-855-887-6668) (1-877-588-1123) واطلب مراجعة ثانية.

- سوف يقوم المراجعون في منظمة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى فاحصة على جميع المعلومات المرتبطة بالطعن الخاص بك.
- في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلبك لإجراء مراجعة ثانية، سوف يقوم مراجعو مؤسسة تحسين الجودة باتخاذ القرار.

ماذا يحدث إذا كانت الإجابة بنعم؟

- سيتعين علينا أن نرد إليك حصتنا من تكلفة الرعاية في المستشفى التي تلقيتها منذ ظهر اليوم الذي يلي موعد القرار الخاص بالطعن الأول. ويتعين علينا الاستمرار في توفير التغطية للرعاية الداخلية بالمستشفى طالما كانت ضرورية طبيًا.
- عليك الاستمرار في سداد حصتك من التكاليف وقد يتم تطبيق حدود التغطية.

ماذا يحدث إذا كانت الإجابة لا؟

يعني ذلك أن مؤسسة تحسين الجودة تتفق مع قرار المستوى 1، ولن تقوم بتغييره. الخطاب الذي ستتلقاه سوف يخبرك عما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في عملية الطعن.

إذا رفضت منظمة تحسين الجودة طلب الطعن الخاص بك من المستوى 2، فقد يتعين عليك سداد كامل التكلفة الخاصة بإقامتك بعد موعد خروجك من المستشفى المخطط له.

يمكنك أيضًا طلب تقديم شكوى أو إجراء مراجعة طبية مستقلة من دائرة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا لمواصلة فترة إقامتك في المستشفى. يرجى الانتقال إلى القسم هـ 4 في الصفحة 188 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

4. ماذا يحدث إذا فاتك موعد نهائي لطعن

إذا فوت المواعيد النهائية للطعون، فهناك طريقة أخرى لطلب طعن من المستوى 1 و2 تُسمى الطعون البديلة. لكن يكون أول مستويان من الطعون مختلفين.

الطعن البديل من المستوى 1 لتغيير موعد خروجك من المستشفى

إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة (الذي يكون في غضون 60 يومًا أو في موعد لا يتجاوز تاريخ خروجك من المستشفى المخطط له، أيهما أقرب)، فيمكنك تقديم طلب طعن إلينا، تطلب فيه إجراء "مراجعة سريعة". تُعد المراجعة السريعة طعنًا يستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية العادية.

لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن بديل من المستوى 1

اتصل على رقم خدمات الأعضاء واطلب الحصول على "مراجعة سريعة" لموعد خروجك من المستشفى. سوف نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة.

- أثناء هذه المراجعة، سنلقي نظرة على جميع المعلومات المتعلقة بإقامتك في المستشفى. وسوف نتأكد مما إذا كان قرار مغادرتك المستشفى عادلاً ويتبع جميع القواعد أم لا.
- سوف نستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية العادية لتزويدك بإجابة بخصوص هذه المراجعة. يعني هذا أننا سنقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلبك إجراء "مراجعة سريعة".

- إذا كانت إجابتنا نعم بخصوص المراجعة السريعة، فهذا معناه أننا موافقون على أنك لا زلت بحاجة إلى البقاء في المستشفى بعد موعد الخروج منها. سوف نستمر بتقديم خدمات المستشفى طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.
- هذا معناه أيضًا أننا موافقون على أن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي ذكرنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.
- إذا كانت إجابتنا لا بخصوص المراجعة السريعة، فمعنى هذا أننا نقول أن موعد خروجك المخطط له مناسب من الناحية الطبية. إن تغطيتنا للخدمات المقدمة لك كمريض مقيم بالمستشفى سوف تنتهي في التاريخ الذي نقول فيه أن التغطية سوف تنتهي.
 - إذا بقيت في المستشفى بعد موعد خروجك المخطط له، ففي هذه الحالة قد يتوجب عليك دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تلقيتها في المستشفى من بعد موعد خروجك المخطط له.
- للتأكد من أننا كنا نتبع جميع القواعد عندما أجابنا بلا على طعنك العاجل، فسوف نرسل طعنك إلى هيئة المراجعة المستقلة. عندما نقوم بذلك، فهذا يعني أن حالتك سوف تنتقل تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية تقديم الطعون.

المصطلح القانوني "للمراجعة السريعة" أو "الطعن السريع" هو "الطعن المستعجل".

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الطمعن البديل من المستوى 2 لتغيير موعد خروجك من المستشفى

سوف نرسل معلومات بشأن طلب الطمع الخاص بك من المستوى 2 إلى هيئة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة من وقت إعطائك قرارنا من المستوى 1. إذا كنت تعتقد بأننا لا نلتزم بهذا الموعد النهائي أو غيره من المواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. يطلعك القسم ي في الصفحة 206 على كيفية تقديم شكوى.

لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طمع بديل من المستوى 2

ليس عليك القيام بأي شيء. سوف ترسل الخطة الطمع الخاص بك تلقائيًا إلى هيئة المراجعة المستقلة.

تقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلب "المراجعة السريعة" الخاص بك، خلال الطمع من المستوى الثاني 2. تقرر هذه الهيئة ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه أم لا.

تقوم هيئة المراجعة المستقلة بإجراء "مراجعة سريعة" لطلب الطمع الخاص بك. ويقوم المراجعون عادة بإعطائك إجابة في خلال 72 ساعة.

- إن هيئة المراجعة المستقلة هي منظمة مستقلة يعينها برنامج Medicare. هذه الهيئة ليس لها علاقة بخطتك كما أنها ليست وكالة حكومية.
 - سوف يدرس المراجعون التابعون لهيئة المراجعة المستقلة بعناية جميع المعلومات المتعلقة بطلب الطمع الخاص بك بخصوص موعد خروجك من المستشفى.
 - وإذا كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة نعم على طلب الطمع الخاص بك، ففي هذه الحالة يجب علينا أن نرد لك حصتنا من تكلفة الرعاية التي تلقيتها في المستشفى منذ موعد خروجك المخطط له. علينا أيضًا الاستمرار في تغطية الخدمات المقدمة لك في المستشفى طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.
 - وإذا كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة لا على طلب الطمع الخاص بك، فهذا معناه أنها متفقة معنا أن موعد خروجك من المستشفى المخطط له مناسب من الناحية الطبية.
 - سوف يطلعك الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة على ما يجب فعله إذا رغبت في الاستمرار في عملية المراجعة. وسيوفر لك التفاصيل حول كيفية المواصلة لتقديم طلب طمع من المستوى 3، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى أو إجراء مراجعة طبية مستقلة من دائرة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا لمواصلة فترة إقامتك في المستشفى. يرجى الانتقال إلى القسم هـ4 في الصفحة 188 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى الطمع من المستوى 3 أو بدلاً منه.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ح. ما تفعله إذا كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو خدمات رعاية التمريض الماهرة، أو خدمات مرفق شامل لنقاهاة المرضى الخارجيين ستنتهي قريباً جداً

يتحدث هذا القسم عن الأنواع التالية من الرعاية فقط:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية.
 - رعاية التمريض الماهرة في مرفق رعاية ترميضية ماهرة.
 - رعاية خدمات إعادة التأهيل التي تتلقاها كمريض خارجي في مرفق خدمات إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين معتمد من قبل Medicare. يعني ذلك عادة أنك تحصل على علاج لمرض ما أو حادثة ما أو أنك تتعافى من جراحة رئيسية.
 - ففي أي من أنواع الرعاية الثلاثة هذه، يكون من حقا الاحتفاظ بالخدمات المشمولة بالتغطية طالما أن الأطباء يقولون أنك بحاجة إليها.
 - عندما نقرر إيقاف تغطية أي من هذه الأنواع من الرعاية، علينا إخبارك قبل انتهاء خدماتك. عندما تنتهي تغطيتك لتلك الرعاية، سنتوقف عن الدفع مقابل الرعاية المقدمة لك.
- إذا اعتقدت أننا ننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جداً، يمكنك تقديم طعن على قرارنا. يخبرك هذا القسم عن كيفية تقديم طلب طعن.

ح1. سوف نخبرك مسبقاً بموعد انتهاء تغطيتك

سوف نتلقى إشعاراً قبل يومين على الأقل من توقفنا عن الدفع مقابل الرعاية التي تقدم لك. يطلق على هذا "إشعار Medicare بخصوص عدم التغطية".

- يخبرك الإشعار الكتابي بالموعد الذي سوف نتوقف فيه عن تغطية الرعاية التي تتلقاها.
 - وسوف يخبرك الإشعار الكتابي كذلك عن كيفية الطعن على هذا القرار.
- عليك أو على ممتلك التوقيع على الإشعار الكتابي لتوضيح حصولك عليه. التوقيع عليه لا يعني أنك تتفق مع مسؤول الخطة على أنه حان موعد إيقاف الرعاية التي تتلقاها.
- عندما تنتهي تغطيتك، فسوف نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف رعايتك..

ح2. الطعن من المستوى 1 لمواصلة رعايتك

- إذا اعتقدت أننا ننهي تغطية رعايتك في وقت مبكر جداً، يمكنك تقديم طعن على قرارنا. يخبرك هذا القسم عن كيفية تقديم طلب طعن.
- وقبل بدء طلب الطعن الخاص بك، عليك أن تفهم ما يتعين عليك فعله وما هي المواعيد النهائية.
- **الالتزام بالمواعيد النهائية.** تعتبر المواعيد النهائية أمراً مهماً. تأكد أنك تفهم وتتبع المواعيد النهائية التي تنطبق على الأشياء التي عليك فعلها. وهناك أيضاً مواعيد نهائية يجب أن تتبعها خطتنا. (إذا اعتقدت أننا لا نحترم المواعيد النهائية، يمكنك التقدم بشكوى. يخبرك القسم ي في الصفحة 206 عن كيفية تقديم شكوى).

- **طلب المساعدة إن احتجت إليها.** إذا كانت لديك استفسارات أو كنت تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي 711 من الساعة 8 ص حتى 8 م، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. أو اتصل ببرنامج الولاية الخاص بالمساعدة في التأمين الصحي على الرقم 1-213-383-4519. إذا كنت داخل مقاطعة L.A., اتصل على الرقم 1-800-824-0782 (الهاتف النصي: 1-213-251-7920).

لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 1 من أجل مطالبة الخطة بالاستمرار في تقديم رعايتك

قم بالاتصال بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-877-588-1123) أو اطلب إجراء "طعن سريع المسار". اتصل قبل أن تغادر الوكالة أو المرفق الذي يوفر لك الرعاية وقبل التاريخ المخطط لخروجك.

خلال الطعن من المستوى 1، سوف تقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة طلب الطعن الخاص بك واتخاذ قرار بشأن تغيير القرار الذي اتخذناه أم لا. في كاليفورنيا، تسمى منظمة تحسين الجودة Livanta. يمكنك الاتصال بمنظمة Livanta على الرقم التالي: 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668). كذلك ترد المعلومات المتعلقة بتقديم طلب طعن إلى منظمة تحسين الجودة في "إشعار Medicare بخصوص عدم التغطية". هذا هو الإشعار الذي استلمته عندما تم إخبارك بأننا سنتوقف عن تغطية رعايتك.

ما هي منظمة تحسين الجودة؟

هي مجموعة من الأطباء وأخصائيي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتقاضون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. هؤلاء الخبراء لا يُعدون جزءًا من خطتنا. يتم الدفع لهم من قبل برنامج Medicare لمراقبة جودة الرعاية والمساعدة في تحسينها للأفراد التابعين لبرنامج Medicare.

ما الذي عليك المطالبة به؟

مطالبتهم بإجراء "طعن سريع المسار". وهو مراجعة مستقلة لما إذا كان قرارنا لإنهاء تغطية خدماتك مناسبًا من الناحية الطبية أم لا.

ما هو الموعد النهائي للاتصال بهذه الهيئة؟

- عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة في موعد لا يتجاوز ظهر اليوم الذي يلي حصولك على إشعار كتابي يخبرك بالموعد الذي سوف نتوقف فيه عن تغطية الرعاية المقدمة لك.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة بخصوص طلب الطعن الخاص بك، يمكنك بدلاً من ذلك توجيه الطعن إلينا مباشرة. للحصول على التفاصيل المتعلقة بهذه الطريقة الأخرى للتقدم بطعن، انظر القسم ح4 في الصفحة 203.
- في حال عدم استماع منظمة تحسين الجودة لطلبك بمواصلة مدة إقامتك في المستشفى أو في اعتقادك موقفك مُلِحٌّ أو ينطوي على تهديد فوري وخطير لصحتك، أو إذا كنت مُصابًا بألم شديد، فقد تتمكن كذلك من تقديم شكوى أو طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة من دائرة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا (DMHC). يرجى الانتقال إلى القسم 4 في الصفحة 188 لمعرفة كيفية تقديم شكوى ومطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو "إشعار Medicare بخصوص عدم التغطية". للحصول على نسخة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي، أو اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الاطلاع على نسخة عبر الإنترنت على www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

ماذا يحدث أثناء المراجعة الخاصة بمنظمة تحسين الجودة؟

- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بسؤالك أنت أو من يملكك، عن السبب الذي يجعلك تعتقد أن تغطية الخدمات يتعين أن تستمر. لا يتعين عليك تجهيز أي مستند كتابي، لكن يمكنك فعل ذلك إذا أردت.
- عند تقديمك لطلب طعن، على مسؤول الخطة كتابة خطاب لك وللمنظمة تحسين الجودة يشرح فيه سبب تعين إنهاء خدماتك.
- سوف يقوم المراجعون بإلقاء نظرة على سجلاتك الطبية، والتحدث مع طبيبك، ومراجعة المعلومات المقدمة لهم من قبل خطتنا.
- وبعد يوم كامل من حصول المراجعين على جميع المعلومات التي يحتاجون إليها، سوف يخبرونك بقرارهم. سوف تحصل على خطاب يشرح القرار.

المصطلح القانوني للخطاب الذي يشرح لماذا يتعين إنهاء الخدمات المقدمة لك هو "الشرح المفصل لعدم التغطية".

ماذا يحدث إذا كانت إجابة المراجعين نعم؟

- إذا وافق المراجعون على الطعن الخاص بك، ففي هذه الحالة يجب علينا الاستمرار في توفير الخدمات المشمولة بالتغطية إليك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.

ماذا يحدث إذا كانت إجابة المراجعين لا؟

- إذا كانت إجابة المراجعين لا على الطعن الخاص بك، ففي هذه الحالة سوف تنتهي تغطيتك في الموعد الذي أخبرناك به. وسوف نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية.
- وإذا قررت الحصول على رعاية صحية منزلية أو رعاية في مرفق تمريض ماهر أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين بعد تاريخ انتهاء تغطيتك، ففي هذه الحالة عليك أن تدفع التكاليف الكاملة لهذه الرعاية بنفسك.

3. الطعن من المستوى 2 لمواصلة رعايتك

إذا كانت إجابة منظمة تحسين الجودة لا على الطعن الخاص بك واخترت الاستمرار في الحصول على الرعاية بعد انتهاء تغطية الرعاية المقدمة لك، يمكنك التقدم بطعن من المستوى 2.

خلال الطعن من المستوى 2، ستدرس منظمة تحسين الجودة مرة أخرى القرار الذي اتخذته في المستوى 1. إذا قالت المنظمة أنها موافقة على قرار المستوى 1، فقد يتوجب عليك أن تدفع التكاليف كاملة مقابل خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق تمريض ماهر أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين بعد الموعد الذي ذكرنا فيه أن تغطيتك يجب أن تنتهي فيه.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 2 لطلب استمرار الخطة بتغطية رعايتك لفترة أطول

قم بالاتصال بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم
1-877-588-1123 (1-855-887-6668) (TTY: 1-855-887-6668)
واطلب مراجعة ثانية.

اتصل قبل أن تغادر الهيئة أو المرفق الذي يوفر لك الرعاية
وقبل موعد خروجك المخطط له.

في كاليفورنيا، تسمى منظمة تحسين الجودة Livanta. يمكنك الاتصال
بمنظمة Livanta على الرقم التالي: 1-877-588-1123 (الهاتف
النصي: 1-855-887-6668) قم بطلب مراجعة من المستوى 2 خلال
60 يومًا تقويميًا من اليوم الذي أجابت فيه منظمة تحسين الجودة بلا على
الطعن من المستوى 1 الخاص بك. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا
استمرت في الحصول على الرعاية بعد موعد انتهاء تغطية رعايتك.

- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى
فاحصة على جميع المعلومات المرتبطة بالطعن الخاص بك.
- سوف تقوم منظمة تحسين الجودة باتخاذ قرارها خلال 14 يومًا
تقويميًا من استلام طلبك التقدم بطعن الخاص بك.

ماذا يحدث لو أن أجابت منظمة المراجعة بنعم؟

- سيتعين علينا أن نرد إليك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي ذكرنا فيه أن تغطيتك ستنتهي. علينا الاستمرار في
توفير التغطية طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.

ماذا يحدث لو أجابت منظمة المراجعة بلا؟

- هذا معناه أنهم موافقون على قرارنا الذي اتخذناه بشأن الطعن من المستوى 1 ولن يتغير.
- الخطاب الذي سنتلقاه سوف يخبرك عما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في عملية المراجعة. وسيوفر لك التفاصيل حول كيفية
المواصلة لتقديم طلب طعن من المستوى 3، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ.
- يمكنك أيضًا تقديم شكوى و طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC لمواصلة
الحصول على تغطية خدمات رعايتك الصحية. يُرجى الانتقال إلى القسم 4 في الصفحة 179 لمعرفة كيفية مطالبة إدارة الرعاية
الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة من إدارة
الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بالإضافة إلى الطعن من المستوى 3 أو بدلاً منه.

4. ما يحدث إذا فاتك الموعد النهائي لتقديم طعن من المستوى 1

إذا فوت المواعيد النهائية للطعون، فهناك طريقة أخرى لطلب طعن من المستوى 1 و 2 تُسمى الطعون البديلة. لكن يكون أول مستويان من
الطعون مختلفين.

الطعن البديل من المستوى 1 لمواصلة الحصول على رعايتك لمدة أطول

إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة، يمكنك تقديم طلب طعن إلينا، تطلب فيه إجراء "مراجعة سريعة". تُعد المراجعة
السريعة طعنًا يستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية العادية.

- أثناء هذه المراجعة، سوف نلقي نظرة على جميع المعلومات حول الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرفق ترميز ماهر أو
الرعاية التي تتلقاها في مرفق شامل لنفاهاة المرضى الخارجيين (CORF). وسوف نتأكد مما إذا كان قرار موعد انتهاء خدماتك
عادلاً ويتبع جميع القواعد أم لا.

لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن بديل من المستوى 1

اتصل على رقم خدمات الأعضاء واطلب الحصول على "مراجعة سريعة".

سوف نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة.

- سوف نستخدم المواعيد النهائية السريعة بدلاً من المواعيد النهائية العادية لتزويدك بإجابة بخصوص هذه المراجعة. سوف نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلبك إجراء "مراجعة سريعة".
- إذا كانت إجابتنا نعم بخصوص المراجعة السريعة، فهذا معنا أننا موافقون على الاستمرار بتغطية خدماتك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.

● هذا معنا أيضاً أننا موافقون على أن نرد لك حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي ذكرنا فيه أن تغطيتك ستنتهي.

● إذا كانت إجابتنا لا بخصوص المراجعة السريعة، فنحن نعني بذلك أن قرار وقف خدماتك كان مناسباً من الناحية الطبية. تنتهي تغطيتنا اعتباراً من اليوم الذي قلنا فيه إن التغطية ستنتهي.

إذا استمرت في الحصول على الخدمات بعد اليوم الذي أعلننا فيه أنها ستتوقف، قد يتوجب عليك أن تدفع التكلفة الكاملة للخدمات.

للتأكد من أننا كنا نتبع جميع القواعد عندما أجابنا بلا على طعنك العاجل، فسوف نرسل طعنك إلى هيئة المراجعة المستقلة. عندما نقوم بذلك، فهذا يعني أن حالتك سوف تنتقل تلقائياً إلى المستوى 2 من عملية تقديم الطعون.

المصطلح القانوني "المراجعة السريعة" أو "الطعن السريع" هو "الطعن المستعجل".

الطعن البديل من المستوى 2 لمواصلة الحصول على رعايتك لوقت أطول

سوف نرسل المعلومات حول طلب الطعن الخاص بك من المستوى الثاني 2 إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) في غضون 24 ساعة من وقت إعطائك قرارنا من المستوى الأول 1. إذا كنت تعتقد بأننا لا نلتزم بهذا الموعد النهائي أو غيره من المواعيد النهائية، يمكنك تقديم شكوى. يطلعك القسم ي في الصفحة 206 على كيفية تقديم شكوى.

لمحة سريعة: كيفية تقديم طلب طعن من المستوى 2 لطلب

استمرار الخطة في تقديم رعايتك

ليس عليك القيام بأي شيء. سوف ترسل الخطة الطعن الخاص بك تلقائياً إلى هيئة المراجعة المستقلة.

تقوم هيئة المراجعة المستقلة بمراجعة القرار الذي اتخذناه عندما رفضنا طلب "المراجعة السريعة" الخاص بك، خلال الطعن من المستوى الثاني 2. تقرر هذه الهيئة ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه أم لا.

- تقوم هيئة المراجعة المستقلة بإجراء "مراجعة سريعة" لطلب الطعن الخاص بك. ويقوم المراجعون عادة بإعطائك إجابة في خلال 72 ساعة.

● إن هيئة المراجعة المستقلة هي منظمة مستقلة يعينها برنامج Medicare. هذه الهيئة ليس لها علاقة بخططك كما أنها ليست وكالة حكومية.

● سوف يدرس المراجعون التابعون لهيئة المراجعة المستقلة بعناية جميع المعلومات المتعلقة بطعنك.

● وإذا كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة نعم على طلب الطعن الخاص بك، ففي هذه الحالة يجب علينا أن نرد لك حصتنا من تكلفة الرعاية. علينا أيضاً الاستمرار في تغطية الخدمات المقدمة لك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.

● وإذا كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة لا على طلب الطعن الخاص بك، فهذا معنا أنهم متفقة معنا على أن إنهاء تغطية خدماتك كان مناسباً من الناحية الطبية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي

عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

سوف يطلعك الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة على ما يجب فعله إذا رغبت في الاستمرار في عملية المراجعة. وسيوفر لك التفاصيل حول كيفية المواصلة لتقديم طلب طعن من المستوى 3، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ.

يمكنك أيضًا طلب تقديم شكوى أو طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من دائرة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا لمواصلة الحصول على تغطية خدمات رعايتك الصحية. يُرجى الانتقال إلى القسم 4 في الصفحة 188 لمعرفة كيفية مطالبة إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا DMHC بإجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك تقديم شكوى وطلب مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى الطعن من المستوى الثالث 3 أو بدلاً منه.

ط. نقل طلب الطعن الخاص بك إلى ما بعد المستوى 2

1. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medicare

إذا قمت بتقديم طلب طعن من المستوى 1 والمستوى 2 بخصوص الخدمات أو البنود التي تقدمها Medicare وتم رفض طلبي الطعن كليهما، فقد يكون لك الحق في مستويات إضافية من طلب الطعن. إن الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة سوف يخبرك بما يمكنك فعله إذا رغبت في الاستمرار في عملية تقديم طلب الطعن.

المستوى 3 لعملية تقديم طلب الطعن هو عقد جلسة استماع لقاضٍ مختص بالقانون الإداري أو محامي تحكيم.* الشخص الذي يتخذ القرار فيما يتعلق بطلب طعن من المستوى 3 هو قاضٍ مختص بالقانون الإداري أو محامي تحكيم. إذا كنت تريد أن يقوم القاضي المختص بالقانون الإداري أو محامي التحكيم بمراجعة حالتك أو مراجعة البند أو الخدمة الطبية، عليك أن تقي بالحد الأدنى من القيمة بالدولار. إذا كانت القيمة بالدولار أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك تقديم المزيد من الطعون. إذا كانت القيمة بالدولار عالية بدرجة كافية، فيمكنك طلب طعن عقد جلسة استماع لطعنك من قبل قاضٍ مختص بالقانون الإداري أو محامي تحكيم.

إذا لم توافق على قرار القاضي المختص بالقانون الإداري أو محامي التحكيم، يمكنك الذهاب إلى مجلس الطعون في Medicare. بعد ذلك، قد يحق لك أن تطلب من المحكمة الفدرالية النظر في طلب الطعن الخاص بك.

إذا كنت في حاجة إلى المساعدة في أي مرحلة من مراحل عملية الطعن، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

2. الخطوات التالية لخدمات وبنود Medi-Cal

لديك أيضًا المزيد من حقوق تقديم الطعون إذا كان طلب الطعن الخاص بك يتعلق بالخدمات أو البنود التي قد تكون مشمولة بتغطية Medi-Cal. وإذا لم توافق على القرار الصادر من جلسة الاستماع في الولاية وتريد أن يقوم قاضٍ آخر بمراجعته، يجوز لك طلب جلسة إعادة استماع و/أو طلب مراجعة قضائية.

لكي تطلب جلسة إعادة استماع، عليك إرسال طلب (خطاب) كتابي بالبريد إلى:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

يجب إرسال هذا الخطاب خلال 30 يومًا من استلامك للقرار الذي يخصك. وقد يتم مد الموعد النهائي ليصل إلى 180 يومًا في حال كان لديك سبب وجيه للتأخير.

في طلبك لجلسة إعادة الاستماع، اذكر التاريخ الذي استلمت فيه القرار الذي يخصك ولماذا يجب منحك إعادة لجلسة الاستماع. إذا أردت تقديم براهين إضافية، قم بوصف البرهان الإضافي وشرح سبب عدم تقديمه من قبل وكيف سيغير القرار. يجوز لك الاتصال بالخدمات القانونية من أجل المساعدة.

لطلب مراجعة قضائية، عليك أن تتقدم بالتماس إلى المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية القسم 1094.5) في غضون سنة واحدة من تاريخ استلامك القرار. قم بتقديم التماسك في المحكمة العليا بالمقاطعة المذكور اسمها في القرار الذي يخصك. يمكنك تقديم هذا التماس دون أن تطلب جلسة إعادة استماع. لن يتم تطلب رسوم مقابل التقديم. يجوز لك أن تكون مستحقاً لرسوم محاماة وتكاليف معقولة إذا أصدرت المحكمة قراراً نهائياً لصالحك.

إذا تم عقد جلسة لإعادة الاستماع ولم توافق على القرار الصادر من جلسة إعادة الاستماع، فيجوز لك أن تطلب مراجعة قضائية ولكن لا يمكنك طلب جلسة إعادة استماع أخرى.

ي. كيفية تقديم شكوى

ي1. ما أنواع المشكلات التي يجب تقديم شكوى بخصوصها

يُستخدم إجراء الشكوى لأنواع معينة من المشاكل فقط، مثل المشاكل المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. وفيما يلي أمثلة لتلك الأنواع من المشاكل التي تقوم عملية الشكاوى بالتعامل معها.

شكاوى بخصوص الجودة

- إذا كنت غير سعيد بجودة الرعاية، مثل الرعاية التي حصلت عليها في المستشفى.

شكاوى بشأن الخصوصية

- إذا كنت تعتقد أن هناك شخص ما لا يحترم حقك في الخصوصية أو يقوم بمشاركة معلومات سرية عنك.

شكاوى بخصوص خدمات العملاء السيئة

- إذا كانت تصرفات مقدم الرعاية أو الموظفين فظة ولا تتسم بالاحترام تجاهك.

- إذا كان موظفو Health Net Cal MediConnect يعاملونك بطريقة سيئة.

- إذا كنت تعتقد أنه يتم استبعادك من الخطة.

شكاوى بخصوص إمكانية الوصول الجسدي

- لا يمكنك الوصول جسدياً لخدمات الرعاية والمرافق في عيادة طبيب أو مقدم الخدمة.
- لا يوفر مقدم الخدمة ترتيبات تسيرية معقولة تحتاجها مثل مترجم لغة الإشارة الأمريكية.

لمحة سريعة: كيفية تقديم شكوى

يمكنك تقديم شكوى داخلية مع خطتنا و/أو شكوى خارجية مع منظمة لا ترتبط بخطتنا.

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمات الأعضاء أو قم بإرسال خطاباً لنا.

هناك منظمات مختلفة تتعامل مع الشكاوى الخارجية. لمزيد من المعلومات، اقرأ القسم ي3 في الصفحة 209.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

شكاوى بخصوص أوقات الانتظار

- تواجه مشكلة في الحصول على موعد أو الانتظار فترة طويلة لتحصل عليه.
- لقد تُركت في فترة انتظار لمدة طويلة جدًا من قِبل الأطباء أو الصيادلة أو أخصائيي الصحة الآخرين أو من قِبل خدمات الأعضاء أو موظفي الخطّة الآخرين.

شكاوى بخصوص النظافة

- تعتقد أن العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب غير نظيفة.

شكاوى بخصوص اللّغة

- طبيبك أو مقدم الخدمة لم يوفر لك مترجمًا فورًا أثناء موعدك.

شكاوى بخصوص عمليات التواصل من جانبنا

- نعتقد أننا أخفقنا في إرسال إشعارًا أو خطابًا إليك كان ينبغي أن تتلقاه.
- نعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك من الصعب جدًا فهمها.

شكاوى بخصوص الأوقات المحددة للإجراءات المتعلقة بقرارات التغطية

- نعتقد أننا لا نحترم المواعيد النهائية التي حددناها لاتخاذ قرار خاص بالتغطية أو للرد على طلب الطعن الخاص بك.
- نعتقد أنه بعد الحصول على قرار خاص بالتغطية أو قرار خاص بطلب طعن لصالحك، أننا لا نحترم المواعيد النهائية للموافقة على الخدمة أو تقديمها لك أو رد تكلفة بعض الخدمات الطبية المعينة.
- نعتقد أننا لم نحيل حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة في الوقت المناسب.

المصطلح القانوني لـ "شكوى" هو "تظلم".

المصطلح القانوني لـ "تقديم شكوى" هو "إيداع تظلم".

هل توجد أنواع أخرى من الشكاوى؟

نعم. يمكنك تقديم شكوى داخلية و/أو شكوى خارجية. ونقوم خطتنا بتقديم الشكاوى الداخلية ومراجعتها. بينما تقوم إحدى المنظمات غير التابعة لخطتنا بتقديم الشكاوى الخارجية ومراجعتها. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في تقديم شكوى داخلية و/أو خارجية، فيمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي

عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com



2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود بالاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت إلا إذا كانت ذات صلة بأدوية الجزء د. إذا كانت الشكوى متعلقة بأدوية الجزء د، ينبغي تقديمها في غضون 60 يومًا بعد مواجهتك للمشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

• في حالة وجود أمور أخرى يتوجب عليك القيام بها، فسوف يتم إبلاغك بها من قبل خدمات الاعضاء.

• تستطيع أيضًا كتابة شكاوك وإرسالها إلينا. إذا كنت سترسل شكاوك عن طريق الكتابة، فسوف نرد عليك أيضًا كتابيًا.

يجب علينا إخطارك بقرارنا بخصوص شكاوك بأسرع وقت ممكن وحسب ما تتطلبه حالتك واعتمادًا على حالتك الصحية، ولكن في فترة لا تتجاوز 30 يومًا من تاريخ استلام شكاوك. إذا لم نتوصل إلى قرار في غضون 30 يومًا بسبب الحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنقوم بإبلاغك خطيًا وتزويدك بتحديث للحالة بالإضافة إلى الوقت المقدر للحصول على إجابة. على سبيل المثال، سنبلغك أن التظلم المتعلق ببرنامج Medicare يمكن تمديده حتى 14 يومًا تقويميًا فقط. في حالات معينة، يكون لديك الحق في طلب مراجعة سريعة لشكاوك. ويسمى ذلك الإجراء "تسريع بالشكوى". يحق لك مراجعة سريعة لشكاوك إذا كنت لا تتفق مع قرارنا في الحالات التالية:

- رفض القيام بمراجعة سريعة لطلب يخص رعاية طبية، أو أدوية الجزء د من Medicare.
- رفض طلبك لمراجعة سريعة لطعن يخص رفض خدمة أو أدوية الجزء د من Medicare.
- قرارنا بحاجتنا إلى وقت إضافي لمراجعة طلبك بخصوص رعاية طبية.
- قرارنا بحاجتنا إلى وقت إضافي لمراجعة طلب الطعن بخصوص رفض رعاية طبية.
- إذا كانت لديك مشكلة عاجلة تمثل خطرًا وشيكا على صحتك.

• ينبغي تقديم الشكاوى المتعلقة بالجزء د من Medicare في غضون 60 يومًا بعد مواجهتك للمشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها. أما كافة الأنواع الأخرى من الشكاوى، فينبغي تقديمها لدينا أو لدى مقدم الخدمة في أي وقت من تاريخ الحادثة أو الموقف الذي أثار عدم رضاك.

• إذا لم تتمكن من حل شكاوك في يوم العمل التالي، سنرسل لك رسالة في غضون 5 أيام من استلام شكاوك لإعلامك باستلامها.

إذا كنت تقدم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "بالتسريع بقرار بخصوص التغطية" أو "طعن عاجل"، سوف نعطيك تلقائيًا "تسريع بالشكوى" والاستجابة لشكاوك خلال 24 ساعة. إذا كانت لديك مشكلة عاجلة تنطوي على خطر مباشر يهدد صحتك، يمكنك طلب "تسريع شكوى" وسوف نستجيب خلال 72 ساعة.

المصطلح القانوني لـ "شكوى سريعة" هو "تظلم معجل".

إذا أمكن، سنجيبك على الفور. إذا اتصلت بنا ولديك شكوى، قد تتمكن من الإجابة أثناء المكالمات نفسها. إذا استدعت حالتك الصحية الإجابة بسرعة، سنقوم بذلك.

- نجيب على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا. إذا لم نتوصل إلى قرار في غضون 30 يومًا تقويميًا بسبب الحاجة إلى مزيد من المعلومات، فسنقوم بإبلاغك خطيًا. وتزويدك بتحديث للحالة بالإضافة إلى الوقت المقدر للحصول على إجابة.
- إذا كنت تقدم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "بالتسريع بقرار بخصوص التغطية" أو "طعن عاجل"، سوف نعطيك تلقائيًا "تسريع بالشكوى" والاستجابة لشكاوك خلال 24 ساعة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. قد يُطلب من ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعود بالاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- إذا كنت تقدم شكوى لأننا أخذنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار بخصوص التغطية، فسوف نمحك تلقائيًا "تسجيل بالشكوى" والاستجابة لشكاوك خلال 24 ساعة.
- إذا لم نوافق على بعض ما جاء في شكاوك أو لم نوافق عليها بأكملها، فسوف نخبرك بذلك ونقدم لك الأسباب. سوف نقوم بالرد عما إذا كنا متفقين على ما جاء في شكاوك أم لا.

3. الشكاوى الخارجية

يمكنك إبلاغ Medicare بشكاوك

كما يمكنك أيضًا إرسال الشكوى إلى Medicare. نموذج الشكوى الخاص بـ Medicare متاح على الموقع: www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

وتتعامل Medicare مع شكاوك على محمل الجدية وسوف تستخدم هذه المعلومات من أجل تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك تعليقات أو مخاوف أخرى، أو إذا كنت تشعر أن الخطة لا تعالج مشكلتك، يُرجى الاتصال على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.

يمكنك إبلاغ Medi-Cal بشكاوك

ويعمل برنامج Cal MediConnect Ombuds أيضًا على حل المشاكل انطلاقًا من وجهة نظر محايدة للتأكد من أن أعضائنا يتلقون جميع الخدمات المشمولة بالتغطية التي يجب علينا تقديمها. إن برنامج Cal MediConnect Ombuds غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين صحي أو خطة صحية.

رقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds هو 1-855-501-3077. هذه الخدمات مجانية.

بإمكانك إبلاغ إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا بشأن شكاوك

تتحمل إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) مسؤولية تنظيم خطط الرعاية الصحية. يمكنك الاتصال بمركز المساعدة التابع لإدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا، لمساعدتك في الشكاوى المتعلقة بخدمات Medi-Cal. يمكنك الاتصال بدائرة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا إذا كنت بحاجة للمساعدة في تقديم شكوى تتضمن حالة طارئة أو شكوى تنطوي على تهديد مباشر وخطير لصحتك، أو إذا كنت تشعر بالألم الشديد، أو إذا كنت لا تتفق مع قرار خطتنا بشأن شكاوك، أو إذا لم تحل خطتنا شكاوك بعد مرور 30 يومًا تقويميًا.

ستجد أدناه طريقتين للحصول على مساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل على 1-888-466-2219. يمكن للأفراد الذين يعانون من الصمم أو ضعف السمع أو ضعف النطق استخدام رقم الهاتف النصي المجاني، 1-877-688-9891. المكالمات مجانية.
- قم بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بقسم الرعاية الصحية المدارة. (www.dmhc.ca.gov).

يمكنك إيداع الشكاوى في مكتب الحقوق المدنية

إذا اعتقدت أنه لم تتم معاملتك بطريقة عادلة لأي من هذه الأسباب، قم بتقديم شكوى إلى إدارة الصحة مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى حول إمكانية وصول الأشخاص ذوي الإعاقة أو المساعدة اللغوية. رقم الهاتف الخاص بمكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضًا زيارة موقعنا www.hhs.gov/ocr للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب الحقوق المدنية المحلي على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
هاتف: 1-800-368-1019
الهاتف النصي: 1-800-537-7697
فاكس: 1-202-619-3818

من الممكن أيضًا أن تتمتع بحقوق بموجب قانون الأمريكيين المعاقين وبموجب قانون أونروه للحقوق المدنية. يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds للحصول على المساعدة. رقم الهاتف هو 1-501-855-3077

يمكنك إيداع الشكاوى في منظمة تحسين الجودة

إذا كانت شكواك بخصوص جودة الرعاية، لديك أيضًا خياران:

- يمكنك التقدم بشكواك بخصوص جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة مباشرة (بدون التقدم بشكواك إلينا)، إذا كنت تفضل ذلك.
 - أو يمكنك التقدم بشكواك إلينا وإلى منظمة تحسين الجودة. وإذا تقدمت بالشكوى إلى هذه المنظمة، فسوف نعمل معهم لحل شكواك.
- وتُعد منظمة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء آخرين في مجال الرعاية الصحية يتلقون أجرًا من الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية المقدمة إلى مرضى Medicare. لمعرفة المزيد عن منظمة تحسين الجودة، انظر الفصل 2.
- في كاليفورنيا، تسمى منظمة تحسين الجودة Livanta. رقم هاتف Livanta هو 1-877-588-1123 (الهاتف النصي: 1-855-887-6668).



الفصل 10: Cal MediConnect إنهاء عضويتك في خطتنا التابعة إلى

مقدمة

يخبرك هذا الفصل عن الطرق التي يمكنك من خلالها إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا وخياراتك للتغطية الصحية بعد تركك للخطة. إذا تركت خطتك، ستظل مشتركًا في برنامجي Medicare و Medi-Cal ما دمت مؤهلاً. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء.

جدول المحتويات

أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect.....	212
ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect.....	213
ج. كيفية الالتحاق بخطة أخرى تتبع Cal MediConnect.....	213
د. كيفية الحصول على خدمات Medicare وخدمات Medi-Cal بشكل منفصل.....	214
د1. طرق الحصول على خدمات Medicare.....	214
د2. كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal.....	216
هـ. الاستمرار في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك.....	217
و. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطة Cal MediConnect.....	217
ز. قواعد ضد مطالبتك بترك خطة Cal MediConnect لأي سبب متعلق بالصحة.....	218
ح. حَقك في التقدم بشكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا.....	218
ط. كيفية الحصول على المزيد من المعلومات بخصوص إنهاء عضويتك في الخطة.....	218

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect

يمكنك إنهاء عضويتك في Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan) في أي وقت خلال السنة من خلال التسجيل في خطة Medicare Advantage أخرى، أو التسجيل في خطة Cal MediConnect أخرى، أو الانتقال إلى خطة Medicare الأصلية.

سوف تنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي حصلنا فيه على طلبك بتغيير خطتك. على سبيل المثال، إذا حصلنا على طلبك يوم 18 يناير (كانون الثاني)، فإن تغطيتك لدى خطتنا سوف تنتهي في 31 يناير (كانون الثاني). وسوف تبدأ تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).

عند إنهاء عضويتك في خطتنا، سوف يتم تسجيلك في خطة الرعاية المدارة Medi-Cal التي تختارها لخدمات Medi-Cal، ما لم تختار خطة Cal MediConnect أخرى. يمكنك أيضًا اختيار خيارك للانتقال ببرامج Medicare عندما تنتهي عضويتك في خطتنا. إذا تركت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:

- خيارات Medicare في الجدول المدرج في الصفحة 214.

- خدمات Medi-Cal في الصفحة 216.

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية إنهاء عضويتك عن طريق الاتصال بـ:

- خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
- خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- برنامج الولاية الخاص بالمساعدة في التأمين الصحي (SHIP) برنامج كاليفورنيا للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 من الإثنين إلى الجمعة من الرقم 1-800-464-0222 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. ولمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.
- اتصل ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-855-847-7914.
- Medicare على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ملحوظة: إذا كنت في برنامج لإدارة الأدوية، فقد لا تتمكن من الانضمام إلى خطة مختلفة. انظر الفصل 5 للحصول على معلومات عن برامج إدارة الأدوية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect

إذا قررت إنهاء عضويتك، قم بإخبار Medi-Cal أو Medicare أنك تريد مغادرة Health Net Cal MediConnect.

- اتصل بخيارات الرعاية الصحية Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- اتصل بـ Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي (الأشخاص الذين لديهم صعوبة في السمع أو التحدث) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. عندما تتصل على الرقم 1-800-MEDICARE، بإمكانك التسجيل كذلك في خطة صحية أو دوائية أخرى تابعة لبرنامج Medicare. يوضح المخطط في الصفحة 216 المزيد من المعلومات عن الحصول على خدمات Medicare الخاصة بك عند مغادرتك خطتنا.

ج. كيفية الالتحاق بخطة أخرى تتبع Cal MediConnect

إذا كنت تريد الاحتفاظ بالمميزات التي تحصل عليها من Medicare و Medi-Cal معًا من خطة واحدة، يمكنك الانضمام إلى خطة مختلفة تتبع Cal MediConnect.

من أجل التسجيل في خطة أخرى تتبع Cal MediConnect عليك:

- اتصل بخيارات الرعاية الصحية Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. إخبارهم بأنك تريد مغادرة Health Net Cal MediConnect والانضمام إلى خطة أخرى تتبع Cal MediConnect. إذا كنت غير متأكد ما هي الخطة التي تريد الانضمام إليها، يمكنهم إخبارك عن خطط أخرى في منطقتك.

سوف تنتهي تغطيتك في برنامج Health Net Cal MediConnect في اليوم الأخير من الشهر الذي حصلنا فيه على طلبك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

د. كيفية الحصول على خدمات Medicare وخدمات Medi-Cal بشكل منفصل

إذا كنت لا تريد التسجيل في خطة أخرى تتبع Cal MediConnect بعد مغادرتك Health Net Cal MediConnect، ستعود للحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal بطريقة منفصلة.

د1. طرق الحصول على خدمات Medicare

أمامك خيار عن كيفية حصولك على مزايا Medicare.

لديك ثلاث خيارات للحصول على خدمات Medicare. من خلال اختيار أحد هذه الخيارات، سوف تقوم تلقائيًا بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect.

<p>إليك ما يجب فعله:</p> <p>اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>للاستفسارات حول برامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل على (7223) 1-855-921-PACE.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فاتصل ببرنامج كاليفورنيا للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من برنامج Health Net Cal MediConnect عند بدء تغطية خطتك الجديدة.</p>	<p>1. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة رعاية صحية تابعة لبرنامج Medicare، مثل خطة Medicare Advantage أو، إذا كنت تستوفي شروط الأهلية وتعيش داخل نطاق الخدمة، أي برنامج من برامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)</p>
---	--

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com

2. يمكنك التغيير إلى:

**خطة Medicare الأصلية بالإضافة إلى خطة منفصلة
للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare**

إليك ما يجب فعله:

اتصل بـ Medicare على
1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)،
على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع.
ينبغي على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية
الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:

- فاتصل ببرنامج كاليفورنيا للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/

سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من برنامج Health Net Cal MediConnect عند بدء تغطية خطة Medicare الأصلية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



<p>إليك ما يجب فعله:</p> <p>اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> فاتصل ببرنامج كاليفورنيا للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/ <p>سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من برنامج Health Net Cal MediConnect عند بدء تغطية Original Medicare.</p>	<p>3. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة Original Medicare دون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare</p> <p>ملحوظة: إذا قمت بالتبديل إلى خطة Medicare الأصلية ولم تقم بالتسجيل في الخطة المنفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare، قد تقوم Medicare بتسجيلك في خطة الأدوية، إلا إذا أبلغت Medicare بعدم رغبتك في الانضمام.</p> <p>عليك فقط وقف تغطية الأدوية الموصوفة إذا كنت تحصل على تغطية للأدوية من مصدر آخر مثل صاحب العمل أو النقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، فيرجى الاتصال ببرنامج كاليفورنيا للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب الاستشارات والدعم للتأمين الصحي المحلي في منطقتك، يرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/</p>
---	---

2د. كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal

- عندما تقوم بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، سوف يتم تسجيلك في خطة الرعاية المدارة Medi-Cal التي تختارها.
- إن الخدمات التي تقدم لك عن طريق Medi-Cal تتضمن معظم الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد ورعاية الصحة السلوكية.
- عندما تطلب إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، ستحتاج إلى السماح لخيارات الرعاية الصحية بمعرفة خطة الرعاية المدارة التابعة لـ Medi-Cal التي تريد الانضمام إليها.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. أخبرهم بأنك تريد مغادرة Health Net Cal MediConnect والانضمام إلى خطة الرعاية المدارة التابعة لـ Medi-Cal. إذا كنت غير متأكد ما هي الخطة التي تريد الانضمام إليها، يمكنهم إخبارك عن خطط أخرى في منطقتك.
- وعندما تقوم بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، ستحصل على بطاقة هوية جديدة للعضوية وكتيب جديد للأعضاء، ودليل جديد لمقدمي الخدمات والصيدليات من أجل تغطية Medi-Cal.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



هـ. الاستمرار في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا حتى تنتهي عضويتك

إذا تركت Health Net Cal MediConnect، قد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل انتهاء عضويتك وتبدأ تغطيتك الجديدة من خلال Medicare و Medi-Cal. لمزيد من المعلومات، انظر صفحة 213. أثناء هذه الفترة الزمنية، فسوف تستمر في تلقي الرعاية الصحية والأدوية من خلال خطتنا.

- عليك استخدام صيدليات شبكتنا للحصول على الأدوية التي يتم وصفها. عادةً، لا تعتبر أدويتك الموصوفة مشمولة بالتغطية إلا إذا تم الحصول عليها من صيدلية تابعة للشبكة بما في ذلك من خلال خدمات الصيدلية عبر البريد.
- إذا كنت مقيمًا في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، فإن إقامتك في المستشفى عادة ما يتم شملها بتغطية خطة Cal MediConnect حتى خروجك من المستشفى. سوف يحدث هذا حتى إذا كانت التغطية الجديدة لصحتك تبدأ قبل خروجك من المستشفى.

و. حالات أخرى تنتهي فيها عضويتك في خطة Cal MediConnect

يحتتم على Health Net Cal MediConnect إنهاء عضويتك في الخطة في الحالات التالية:

- إذا كان هناك انقطاع في تغطيتك من خلال الجزأين (أ) و (ب) في Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً لـ Medi-Cal. فخطتنا هي للأشخاص المؤهلين لكل من Medicare و Medi-Cal. وسوف تقوم ولاية كاليفورنيا أو Medicare باستبعادك من خطة Health Net Cal MediConnect وسوف تعود إلى خطة Medicare الأصلية. إذا كنت تتلقى مساعدة إضافية لدفع الأدوية الموصوفة لك بناء على الجزء (د) من خطة Medicare، تقوم CMS بتسجيلك تلقائيًا في خطة Medicare الخاصة بالأدوية الموصوفة. إذا كنت مؤهلاً بعد ذلك مرة أخرى لخطة Medi-Cal وترغب في إعادة التسجيل في Health Net Cal MediConnect، فستحتاج إلى الاتصال بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. على مستخدمي جهاز الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. أخبرهم بأنك تريد معاودة الانضمام إلى Health Net Cal MediConnect.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة الخدمات التابعة لنا.
- إذا كنت بعيدًا عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
- إذا كنت مسافرًا أو في رحلة طويلة، عليك الاتصال بخدمات الأعضاء من أجل التأكد عما إذا كان المكان الذي تنتقل أو تسافر إليه من ضمن منطقة خدمات خطتنا.
- في حال دخولك للسجن إثر جريمة جنائية.
- إذا صرحت ببيانات كاذبة أو امتنعت عن تقديم معلومات عن تأمين آخر أنت حاصل عليه من أجل الأدوية الموصوفة.
- إذا لم تكن مواطنًا في الولايات المتحدة أو مقيمًا غير شرعيًا.

يجب أن تكون مواطنًا في الولايات المتحدة أو مقيمًا شرعيًا لكي تصبح عضوًا في خطتنا. ستبلغنا مراكز الخدمات التابعة لبرنامج Medicare و Medicaid إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو على هذا الأساس. يجب أن نلغي التسجيل في حال لم تلتزم بهذا الشرط.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



إذا لم تعد مؤهلاً لبرنامج Medi-Cal أو تغيرت ظروفك مما جعلك غير مؤهل لبرنامج Cal MediConnect، يمكنك الاستمرار في الحصول على مزاياك من Health Net Cal MediConnect لمدة شهرين إضافيين. وسوف تتيح لك هذه المدة الإضافية تصحيح معلومات أهلك إذا كنت تعتقد أنك ما زلت مؤهلاً. وستتلقى رسالة مَنَّا بخصوص التغيير في أهلك مع تعليمات لتصحيح معلومات أهلك.

• ولكي تبقى عضوًا في Health Net Cal MediConnect، يجب عليك التأهل مجددًا في اليوم الأخير من مدة الشهرين.

• وفي حال لم تستعد أهلك في نهاية مدة الشهرين، سيتم إلغاء تسجيلك من Health Net Cal MediConnect.

يمكننا استبعادك من خطتنا وفقًا للأسباب التالية فقط إذا حصلنا أولاً على تصريح من Medicare وMedi-Cal :

- إذا تعددت إعطائنا معلومات غير صحيحة عند تسجيل اسمك في خطتنا وأن تلك المعلومات تؤثر على أهلك لخطتنا.
- إذا كنت تتصرف باستمرار بطريقة مربكة وتجعل من الصعب علينا تقديم الرعاية الصحية لك وللأعضاء الآخرين في الخطة.
- إذا سمحت لشخص آخر استخدام بطاقة الهوية الخاصة بك من أجل الحصول على الرعاية الصحية.
- إذا أنهينا عضويتك استنادًا إلى هذا السبب، فيجوز لبرنامج Medicare أن يطلب التحقيق في حالتك من قبل المفتش العام.

ز. قواعد ضد مطالبتك بترك خطة Cal MediConnect لأي سبب متعلق بالصحة

إذا شعرت بأنه يتم مطالبتك بترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع.

يجب عليك أيضًا الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-855-847-7914.

ح. حَقِّك في التقدُّم بشكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا Cal MediConnect، فيجب علينا إبلاغك خطيًا بالأسباب التي استندنا إليها عند إنهاء عضويتك. يجب علينا أيضًا أن نشرح لك كيف يمكنك إيداع تظلم أو تقديم شكوى ضد قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا الرجوع إلى الفصل 9 للحصول على معلومات عن كيفية التقدُّم بشكوى.

ط. كيفية الحصول على المزيد من المعلومات بخصوص إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك استفسارات أو ترغب في المزيد من المعلومات عن كيفية إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8.00 صباحًا إلى 6:00 مساءً. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



- اتصل ببرنامج كاليفورنيا للاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP) على 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP محلي في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/HICAP/.
- اتصل ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077 من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال بالرقم 1-855-847-7914.
- اتصل بـ Medicare على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة الهواتف النصية الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل إشعارات قانونية تنطبق على عضويتك في Health Net Cal MediConnect. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من دليل الأعضاء.

جدول المحتويات

221	أ. إشعار بخصوص القوانين
221	ب. إشعار بخصوص عدم التمييز
223	ج. إشعار عن Medicare بصفتها من يقوم بالدفع ثانيًا و Medi-Cal بصفتها آخر من يتم اللجوء إليه للدفع
223	د. مسؤولية الطرف الثالث
223	هـ. المتعاقدون المستقلون
223	و. الاحتيال في خطة الرعاية الصحية
224	ز. الظروف الخارجة عن إرادة Health Net Cal MediConnect
224	ح. بيان ممارسات الخصوصية

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



أ. إشعار بخصوص القوانين

تنطبق العديد من القوانين على كتيب الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم تضمين هذه القوانين أو شرحها في هذا الكتيب. القوانين الرئيسية التي تنطبق على هذا الدليل هي القوانين الفيدرالية بخصوص برامج Medicare و Medi-Cal. قد تنطبق أيضًا قوانين للولاية وقوانين فيدرالية أخرى.

ب. إشعار بخصوص عدم التمييز

يجب على كل شركة أو وكالة تعمل مع Medicare و Medi-Cal الامتثال للقوانين التي تحميك من التمييز والمعاملة المجحفة. لا يجوز لنا معاملةك بتمييز أو بشكل مختلف بسبب عمرك أو تقديمك لمطالبات سابقة أو اللون أو المذهب أو دليل قابلية التأمين أو الجنس أو المعلومات الجينية أو الموقع الجغرافي داخل نطاق الخدمة أو الحالة الصحية أو التاريخ الطبي أو وجود إعاقة ذهنية أو جسدية أو الأصل القومي أو العرق أو الدين أو الجنس. بالإضافة إلى ذلك، لا يجوز لنا معاملةك بتمييز أو بشكل مختلف بسبب أصلك أو حالتك الاجتماعية أو توجهك الجنسي.

إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات أو إذا كانت لديك أي مخاوف حول التمييز أو المعاملة المجحفة:

- اتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. يمكنك أيضاً زيارة www.hhs.gov/ocr للمزيد من المعلومات.
- يمكنك أيضاً الاتصال بالمكتب المحلي للحقوق المدنية. مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة 90 7th Street, Suite 4-100 San Francisco, CA 94103 رقم الهاتف: 1-800-368-1019 رقم الهاتف النصي: 1-800-537-7697 رقم الفاكس: 1-202-619-3818

إذا كنت مصاباً بإعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية أو مقدم خدمة، فاتصل بخدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك لذوي الإعاقة، يمكن أن تساعدك خدمات الأعضاء.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

إخطار عدم التمييز

تتوافق (Health Net Community Solutions, Inc. (Health Net Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan)) مع قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية المعمول بها ولا تميز بين الأشخاص أو تستبعدهم أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو الهوية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

:Health Net Cal MediConnect

- توفر مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقات للتواصل بشكل فعال معنا، مثل مترجمي لغة الإشارة المؤهلين والمعلومات المكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعات بخط كبير أو مقاطع صوتية أو تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها أو غيرها من التنسيقات).
- توفر خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا يجيدون التحدث باللغة الإنجليزية، كترجمين فوريين مؤهلين ومعلومات خطية في لغات أخرى.

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بمركز اتصال العملاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (الهاتف النصي: 711) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، من الاثنين وحتى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

في حال ظننت أن Health Net Cal MediConnect عجزت عن تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بوسيلة أخرى، يمكنك تقديم تظلم بالاتصال على الرقم الموجود أعلاه وإخبارهم عن حاجتك إلى المساعدة في تقديم تظلم؛ يتوفر مركز اتصال العملاء في Health Net Cal MediConnect لمساعدتك.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة، أو في مكتب الحقوق المدنية، إلكترونيًا من خلال بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية، المتاحة أيضًا عبر الموقع <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>، أو عبر البريد أو الهاتف الآتي: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019 (الهاتف المخصص لأصحاب الإعاقة السمعية: 1-800-537-7697) في حالة وجود مخاوف تتعلق بالتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس.

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

ج. إشعار عن Medicare بصفتها من يقوم بالدفع ثانيًا وMedi-Cal بصفتها آخر من يتم اللجوء إليه للدفع

في بعض الحالات، على جهة أخرى الدفع أولاً مقابل الخدمات التي تقدمها لك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة، أو إذا تعرضت لإصابة في العمل، ففي هذه الحالة يكون من يدفع أولاً هو التأمين أو الجهة المسؤولة عن تعويض العمال.

لدينا الحق والمسؤولية في التحصيل مقابل خدمات Medicare المشمولة بالتغطية عندما تكون Medicare ليست هي أول من يدفع.

يمثل برنامج Cal MediConnect لقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية المتعلقة بالمسؤولية القانونية تجاه الأطراف الثالثة بخصوص خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى الأعضاء. سوف نتخذ جميع الإجراءات المعقولة للتأكد من أن برنامج Medi-Cal هو آخر من يتم اللجوء إليه من أجل الدفع.

ج. مسؤولية الطرف الثالث

لن تقدم Health Net أي مطالبة لاسترجاع قيمة الخدمات المشمولة بالتغطية والمقدمة للعضو عندما ينتج هذا النوع من الاسترجاع من إجراء يتضمن المسؤولية التصديرية للطرف الثالث أو تأمين مسؤولية الحوادث، بما في ذلك مكافآت تعويض العمال وتغطية ركاب الدراجات غير الحاصلين على التغطية. على أي حال، ستخبر Health Net قسم خدمات الرعاية الصحية بالحالات المحتملة، وسيساعد قسم خدمات الرعاية الصحية في ضمان حق الولاية في الحصول على إعادة الدفع لهذه التغطيات. ويتم إلزام الأعضاء بمساعدة Health Net وقسم خدمات الرعاية الصحية في هذا الصدد.

هـ. المتعاقدون المستقلون

تعتبر العلاقة بين Health Net Cal MediConnect وكل مقدم خدمة مشارك علاقة متعاقد مستقل. لا يعتبر مقدمو الخدمة المشاركون موظفين أو وكلاء لمؤسسة Health Net كما أن Health Net أو أي من موظفيها ليس موظفًا أو وكيلًا لمقدم خدمة مشارك. لن تكون Health Net بأي حالٍ من الأحوال مسؤولة عن الإهمال أو التصرف الخاطئ أو الإغفال من أي مقدم مشارك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية. إن الأطباء المشاركين، وليس Health Net، هم الذين يحافظون على العلاقة بين الطبيب والمريض مع العضو. Health Net ليست مقدمة للرعاية الصحية.

و. الاحتيال في خطة الرعاية الصحية

يُعرف الاحتيال بخصوص خطة الرعاية الصحية على أنه خداع أو تقديم بيانات كاذبة من قبل مقدم الخدمة أو العضو أو صاحب العمل أو أي شخص يتصرف بالنيابة عنهم. ويُعتبر جريمة يعاقب عليها القانون. أي شخص ينخرط بطريقة تنم عن سوء نية أو عن عمد في أي نشاط يهدف إلى الاحتيال في خطة الرعاية الصحية عن طريق التقدم بمطالبة تتضمن بيان زائف أو منطوي على خداع يكون مذنبًا بتهمة الاحتيال على التأمين.

إذا كان يساورك القلق بشأن أي مصاريف تظهر في فاتورة أو استمارة شرح الميزات، أو إذا كنت تعرف أو تشك في أي نشاط غير قانوني، اتصل بالخط المجاني لخطتنا الخاصة بالاحتيال على الرقم 1-800-977-3565. يعمل الخط الساخن لقضايا الاحتيال على مدى 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع. يتم التعامل مع جميع المكالمات معها بسرية صارمة.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

ز. الظروف الخارجة عن إرادة Health Net Cal MediConnect

إلى المدى الذي تؤدي فيه الكوارث الطبيعية أو الظروف الطارئة في عدم قدرة مرافق Health Net أو كادرها على تقديم أو تنسيق الخدمات أو الميزات بموجب دليل الأعضاء هذا، فسينحصر التزام Health Net بتوفير الخدمات أو الميزات شريطة بذل Health Net جهداً في توفير أو تنسيق توفير هذه الخدمات أو الميزات حال إتاحة المرافق أو الكادر.

ح. بيان ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية الخاصة بك وكيفية الإفصاح عنها وكيفية وصولك إليها.

08.14.2017

يرجى الاطلاع عليها بعناية.

المهام الواقعة على الهيئات الحاصلة على التغطية:

تُعد Health Net (المشار إليها بكلمة "نحن" أو "الخطة") هيئة حاصلة على التغطية بموجب تعريفات وإجراءات قانون نقل وتحمل مسؤولية التأمين الصحي لعام 1996 (HIPAA). تُطالب Health Net بموجب القوانين بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية المحمية، وتزويدك بهذا الإشعار الذي ينص على المهام القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية، والالتزام ببنود الإشعار الحالي الساري وإعلامك في حال خرق معلوماتك الصحية المحمية غير الأمانة. تعد المعلومات الصحية المحمية معلومات بشأنك، بما في ذلك المعلومات الديموغرافية التي يمكن استخدامها للتعرف عليك وتتعلق بصحتك أو حالتك الصحية البدنية والعقلية السابقة والحالية والمستقبلية بالإضافة إلى تقديم الرعاية الصحية لك أو الدفع لقاء هذه الرعاية.

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام معلوماتك الصحية المحمية والإفصاح عنها. كما يصف حقك في الوصول والتعديل وإدارة معلوماتك الصحية المحمية وكيفية ممارسة هذه الحقوق. لا تتم جميع عمليات الإفصاح والاستخدامات الأخرى للمعلومات الصحية المحمية غير المنصوص عليها في هذا الإشعار إلا بإذن خطي.

ينطبق إشعار ممارسات الخصوصية على المسجلين في أي من الهيئات التابعة لـ Health Net:

Health Net of California, Inc. و Health Net Community Solutions, Inc. و
Health Net Health Plan of Oregon, Inc. و Managed Health Network, LLC و
Health Net Life Insurance Company، والتي تُعد شركات تابعة لـ Health Net, LLC. و
Centene Corporation.

تُعد Health Net علامة خدمة مسجلة خاصة بـ Health Net, LLC. وتظل جميع العلامات التجارية/الخدمية الأخرى ملكاً لشركاتها. جميع الحقوق محفوظة. 2018/06/04

تحتفظ Health Net بالحق في تغيير هذا الإشعار. نحتفظ بالحق في تطبيق الإشعار المنقح أو الذي تم تغييره على معلوماتك الطبية المحمية لدينا بالإضافة إلى أي معلومات صحية محمية نتلقاها في المستقبل. سوف تقوم Health Net على الفور بتنقيح وتوزيع هذا الإشعار عندما يكون هناك تغيير جوهري في ما يتعلق بالتالي:

- الاستخدامات وعمليات الإفصاح
- حقوقك
- مهامنا القانونية
- ممارسات الخصوصية الأخرى كما هو منصوص عليها في الإشعار

سنتيح لك الاطلاع على الإشعارات المنقحة عبر الموقع وفي دليل الأعضاء الخاص بنا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

الحمايات الداخلية للمعلومات الصحية المحمية (PHI) اللفظية والمكتوبة والإلكترونية:

تضمن Health Net حماية معلوماتك الصحية المحمية. وفي سبيل ذلك فإننا نوفر إجراءات الخصوصية والأمان. هذه بعض الطرق التي نحمي بها معلوماتك الصحية المحمية.

- نعمل على تدريب كوادرننا لاتباع إجراءات الخصوصية والأمان.
- نلزم شركاءنا باتباع إجراءات الخصوصية والأمان. نحافظ على أمان مكاتبنا.
- نتطرق إلى الحديث حول معلوماتك الصحية المحمية لأسباب تتعلق بالأعمال ومع الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفتها.
- نحافظ على أمان معلوماتك الصحية المحمية عند إرسالها أو تخزينها إلكترونياً.
- استخدام التكنولوجيا لمنع وصول الجهات غير ذات الصلة إلى معلوماتك الصحية المحمية.

الاستخدامات المصرح بها وعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية:

فيما يلي قائمة تشير إلى كيفية الاستخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية دون إذن أو تصريح:

- **العلاج** - قد نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى طبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية الذين يقدمون لك العلاج، وذلك بغرض تنسيق علاجك بين مقدمي الرعاية أو مساعدتنا في اتخاذ قرارات تفويض مسبقة متعلقة بالمزايا التي تحصل عليها.
- **الدفع** - قد نستخدم معلوماتك الصحية المحمية أو نفصح عنها بغرض تسديد مدفوعات المزايا الخاصة بخدمات الرعاية الصحية المقدمة لك. قد نفصح عن المعلومات الصحية المحمية إلى خطة صحية أخرى أو مقدم رعاية صحية أو غيرها من الهيئات الخاضعة لقوانين الخصوصية الفيدرالية بغرض الدفع. قد تشمل نشاطات الدفع ما يلي:
 - معالجة المطالبات
 - تحديد الأهلية أو التغطية لقاء المستحقات
 - إصدار فواتير الأقساط
 - مراجعة الخدمات ذات الضرورة الطبية
 - إجراء مراجعات استخدام المستحقات
- **عمليات الرعاية الصحية** - قد نستخدم ونفصح عن معلوماتك الصحية المحمية بغرض إجراء عمليات الرعاية الصحية. قد تشمل نشاطات الدفع ما يلي:
 - توفير الخدمات للعملاء
 - التجاوب مع الشكاوى وعمليات الطعن
 - توفير إدارة الحالات وتنسيق الرعاية
 - إجراء مراجعة طبية للمستحقات وغيرها من تقييمات الجودة
 - أنشطة التطوير
- أثناء إجراء عمليات الرعاية الصحية، قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى شركائنا. سننق خطياً لحماية خصوصية معلوماتك الصحية المحمية مع الشركاء. قد نفصح عن المعلومات الصحية المحمية إلى هيئة أخرى خاضعة لقوانين الخصوصية الفيدرالية. كما يجب أن تتمتع الهيئة بعلاقة معك عبر عمليات الرعاية الصحية. ويشمل ذلك ما يلي:
 - تقييم الجودة وأنشطة التطوير
 - مراجعة أهلية أو كفاءة محترفي الرعاية الصحية
 - إدارة الحالات وتنسيق الرعاية
 - تقصي أو منع الاحتيال والتعدي على الرعاية الصحية

عمليات إفصاح الخطة الصحية الجماعية/راعي الخطة - قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى راعي الخطة الصحية الجماعية، مثل صاحب العمل أو غيره من الهيئات التي تمنحك مزايا برنامج الرعاية الصحية، وذلك في حال موافقة الراعي على قيود معينة حيال كيفية استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية (مثل الموافقة على عدم استخدام المعلومات الصحية المحمية لاتخاذ إجراءات أو قرارات متعلقة بالتوظيف).

حالات إفصاح أخرى مطلوبة أو مسموح بها عن معلوماتك الصحية المحمية:

- **أنشطة التبرع الخيري** - يمكننا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الإفصاح عنها فيما يتعلق بأنشطة جمع التبرعات، مثل جمع الأموال للمؤسسات الخيرية أو الكيانات المشابهة للمساعدة في تمويل أنشطتها. في حال الاتصال بك في ما يتعلق بأنشطة جمع الأموال، سنمنحك فرصة الانسحاب من خدمة تلقي المراسلات أو التوقف عن استلامها في المستقبل.
- **أغراض الاكتتاب** - يمكننا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأغراض الاكتتاب، مثل اتخاذ قرار بشأن طلب أو استمارة التغطية. إذا قمنا بالفعل باستخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الإفصاح عنها لأغراض الاكتتاب، يحظر علينا استخدام أو الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك والتي تعد معلومات وراثية في إجراء الاكتتاب.
- **التذكير بالمواعيد/البدايل العلاجية** - قد نستخدم أو نصح عن معلوماتك الصحية المحمية بهدف تذكيرك بموعد يتعلق بعلاج ورعاية طبية تتلقاها منا أو بهدف تزويدك بمعلومات تتعلق بالبدايل العلاجية أو الميزات والخدمات الصحية الأخرى، كمعلومات ترشدك إلى الإقلاع عن التدخين أو خسارة وزن.
- **وفق متطلبات القانون** - في حال تطلب أي قانون فيدرالي أو حكومي و/أو محلي استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية، فقد نستخدم أو نصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الحد الذي يشكل امتثالاً لهذا القانون ويقتصر على متطلبات هذا القانون. في حال تعارض قانونين أو أكثر من القوانين التي تحكم الاستخدام أو الإفصاح، سنمتثل إلى القانون أو الإجراء الأكثر صرامة.
- **أنشطة الصحة العامة** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى هيئة صحية عامة بغرض منع أو السيطرة على مرض أو إصابة أو إعاقة. قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى منظمة الغذاء والدواء لضمان الجودة والسلامة وفعالية المنتجات أو والخدمات المقدمة بموجب بنود قوانين منظمة الغذاء والدواء.
- **ضحايا الإعتداء والإهمال** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى هيئة حكومية أو محلية أو فيدرالية، بما في ذلك الخدمات الاجتماعية أو وكالة الخدمات الوقائية المرخصة من قبل القانون لتلقي هذه التقارير في حال اعتقادنا المعقول بحدوث حالة من الاعتداء أو الإهمال أو العنف الأسري.
- **الإجراءات القضائية والإدارية** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية ضمن الإجراءات القضائية والإدارية. كما قد نصح عنها أيضاً استجابةً لما يلي:
 - أمر من المحكمة
 - أمر محكمة إدارية
 - أمر استدعاء
 - أمر للمثول أمام القضاء
 - أمر تفتيش
 - طلب استكشاف
 - طلب قانوني مشابه
- **تطبيق القانون** - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية ذات الصلة لتطبيق القانون عند الحاجة للقيام بذلك. على سبيل المثال، عند التجاوب مع:
 - أمر من المحكمة
 - أمر تفتيش من المحكمة
 - أمر استدعاء
 - أمر مثول أمام القضاء وصادر عن مكتب قضائي
 - أمر استدعاء من المحكمة العليا
 كما أننا قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية ذات الصلة بغرض التعرف أو تحديد موقع متهم أو هارب من العدالة أو شاهد عيان أو شخص مفقود.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- **الأطباء الشرعيون والخبراء الطبيين ومتعهدي الجنائز** - قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى طبيب شرعي أو خبير طبي. قد يكون ذلك ضروريًا، على سبيل المثال، لتحديد سبب الوفاة. يمكننا الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية لمتعهد دفن الموتى حسب الضرورة للسماح لهم بالقيام بواجباتهم.
- **التبرع بالأعضاء والعين والأنسجة** - قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى منظمات جمع الأعضاء. كما قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية للعاملين في مجال الجمع، أو بنوك الأعضاء أو زراعة:
 - الأعضاء المأخوذة من الجثث
 - العيون
 - الأنسجة
- **المخاطر على الصحة والسلامة** - قد نستخدم أو نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية في حال اعتقادنا الصادق بضرورة استخدامها أو الإفصاح عنها لتقليل أو منع خطر جسيم أو وشيك الوقوع على صحة أو سلامة شخص بذاته أو العامة.
- **وظائف الحكومة الخصة** - إن كنت عضوًا في القوات المسلحة الأمريكية، فقد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية كما هو مطلوب من الجهات العسكرية المفوضة. كما قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية:
 - إلى الموظفين الفيدراليين المخولين بأداء أنشطة الأمن القومي والاستخبارات
 - وزارة الخارجية لتحديد الأهلية الطبية
 - خدمات حماية الرئيس أو غيرهم من الأفراد المخولين
- **تعويض العمل** - قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية امتثالًا للقوانين ذات العلاقة بتعويض العمال أو غيرها من البرامج المشابهة التي يحددها القانون، والتي توفر مزايا الإصابات أو الأمراض المتعلقة بالعمل بصرف النظر عن التقصير.
- **الحالات الطارئة** - قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية في حالات الطوارئ أو إذا كنت عاجزًا أو غير موجود إلى فرد من عائلتك أو صديق مقرب أو وكالة إغاثة مخولة في حالات الكوارث أو أي شخص آخر حددته مسبقًا. سنستعين بالقضاء الاحترافي والخبرة في تحديد ما إذا كان الإفصاح في صالحك. في حال كان الإفصاح في صالحك، سنفصح عن معلوماتك الصحية المحمية ذات الصلة المباشرة إلى انخراط هذا الشخص في رعايتك.
- **المقيمون** - إن كنت مقيمًا في مؤسسة إصلاحية أو تحت رعاية ضابط يعمل في مجال تطبيق القانون، فقد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى المؤسسة الإصلاحية أو ضابط تطبيق القانون، في حال كون المعلومات ضرورية لتوفير الرعاية الصحية لك من قبل المؤسسة ولحماية صحتك أو سلامتك أو صحة أو سلامة الآخرين أو لسلامة وأمان المؤسسة الإصلاحية.
- **البحث** - في ظل ظروف معينة، قد نفصح عن معلوماتك الصحية المحمية إلى الباحثين في حال حصول دراساتهم البحثية السريرية على الموافقة وفي حال اتباع بعض معايير السلامة التي تضمن خصوصية وحماية معلوماتك الصحية المحمية.

الاستخدامات وعمليات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية التي تتطلب إذنك الخطي

يلزمنا الحصول على إذن كتابي لاستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها إلا في حالات استثنائية محددة وللسبب التالية:

- **بيع المعلومات الصحية المحمية** - سنطلب منك إذنًا خطيًا قبل القيام بأي عملية إفصاح تعتبر بيعًا للمعلومات الصحية المحمية، مما يعني أننا نتلقى تعويضًا عن الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية بهذه الطريقة.
- **التسويق** - سنطلب منك إذنًا خطيًا لاستخدام معلوماتك الصحية المحمية أو الإفصاح عنها لأغراض تسويقية مع وجود استثناءات محددة، مثل عقد لقاءات تسويقية شخصية معك أو عندما نقدم هدايا ترويجية ذات قيمة رمزية.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

إشعارات العلاج النفسي - سوف نطلب إذنًا خطيًا لاستخدام أو الإفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي التي قد تكون لدينا ضمن السجلات مع وجود استثناءات محددة، مثل علاج معين أو الدفع أو وظائف عملية الرعاية الصحية.

حقوق الأفراد

تدرج فيما يلي حقوقك المتعلقة بالمعلومات الصحية المحمية. إن كنت تودّ استخدام الحقوق التالية، يرجى التواصل معنا باستخدام المعلومات المتوفرة في نهاية هذا الإشعار.

- **الحق في رفض الإذن** - يحق لك رفض الإذن في أي وقت، إلا أن رفض الإذن يجب أن يكون خطيًا. سيتم تفعيل قرار الرفض على الحال، باستثناء الإجراءات التي تم اتخاذها مسبقًا بالاعتماد على موافقتك السابقة وقبل تلقي قرار الرفض الخطي منك.
- **حق طلب سنّ القيود** - يحق لك المطالبة بسنّ القيود على استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية للعلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية، إلى جانب عمليات الإفصاح إلى الأشخاص المنخرطين في رعايتك أو دفع كلفة علاجك، مثل أفراد العائلة أو الأصدقاء المقربين. يجب أن يشير طلبك إلى القيود التي ترغب في فرضها وتعيين الأشخاص المنطبقة عليهم القيود. يحق لنا رفض هذا الطلب. في حال موافقتنا، فإننا سنلتزم بطلبك إلا إذا كانت المعلومات مطلوبة في حالة العلاج الطارئ. ومع ذلك، سنسنّ قيود الاستخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية حيال عملية الدفع أو عمليات الرعاية الصحية من طرف الخطة الصحية عند استكمال دفع قيمة الخدمات أو المنتجات التي تحملت تكلفتها.
- **حق المطالبة بسرية التواصل** - يحق لك طلب تواصلنا معك بخصوص معلوماتك الصحية المحمية بشكل بديل أو إلى مواقع بديلة. ينطبق هذا الحق في الحالات التالية فقط: (1) إفصاح محتوى التواصل عن معلومات طبية أو اسم مقدم الرعاية وعنوانه في حال تلقي الخدمات ذات الطبيعة الحساسة، أو (2) الإفصاح عن كل أو جزء من المعلومات الطبية أو اسم مقدم الرعاية أو عنوانه بما قد يشكل خطرًا عليك في حال عدم التقيد بطرق التواصل البديلة أو إلى المواقع البديلة التي حددتها. لا يتعين عليك شرح سبب طلبك هذا، إلا أنه على طلبك أن يحدد احتواء محتوى التواصل عن معلومات طبية أو اسم مقدم الرعاية وعنوانه في حال تلقي الخدمات ذات الطبيعة الحساسة، أو الإفصاح عن كل أو جزء من المعلومات الطبية أو اسم مقدم الرعاية أو عنوانه بما قد يشكل خطرًا عليك في حال عدم تغيير طريقة أو مكان إرسال محتوى التواصل. علينا الالتزام بطلبك إن كان منطقيًا ومحددًا للوسيلة البديلة أو الموقع البديل الذي ترغب فيه بتلقي المعلومات الصحية المحمية.
- **حق الوصول وتلقي نسخة عن معلوماتك الصحية المحمية** - لديك الحق في الاطلاع على نسخ سجلات المعلومات الصحية المحمية والحصول عليها إلا في حالات استثنائية محددة. وقد تطلب أن تزودك بنسخ بالمعلومات الصحية المحمية بتنسيق آخر غير النسخ المصورة. سنستخدم الصيغة التي اخترتها في طلبك فيما عدا حال تعذر ذلك علينا. عليك توجيه طلب الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية بشكل خطي. في حال رفض طلبك في الحصول على المعلومات، سنقدم لك شرحًا خطيًا ونخبرك ما إذا كان يمكن مراجعة أسباب الرفض وكيفية طلب ذلك أو إذا كان لا يمكن مراجعتها.
- **حق تعديل معلوماتك الصحية المحمية** - يحق لك تقديم طلب تعديل أو تغيير معلوماتك الصحية المحمية إذا كنت تعتقد أنها تحتوي على معلومات خاطئة. يجب أن تقدم طلبك خطيًا ويجب أن يوضح سبب رغبتك في تعديل المعلومات. قد نرفض طلبك لأسباب محددة، على سبيل المثال إذا لم ننشئ المعلومات التي تطلب تعديلها مع قدرة منشئ هذه المعلومات الصحية المحمية على تعديلها. في حال رفض طلبك، سنقدم لك شرحًا خطيًا. يمكنك الرد علينا ببيان يوضح عدم موافقتك على قرارنا وسنرفق البيان بمعلوماتك الصحية المحمية التي طلبت تعديلها. في حال موافقتنا على طلبك في تعديل المعلومات، سنبدل جهودًا معقولة لإعلام الآخرين بما في ذلك الأشخاص الذين قمت بتحديدهم في مسار التعديل مع إدراج التغييرات في أي عمليات إفصاح مستقبلية عن المعلومات.
- **حق الحصول على كشف عمليات الإفصاح** - يحق لك الحصول على قائمة بحالات الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية من قبلنا أو شركائنا في خلال السنوات الست الماضية. لا ينطبق هذا على عمليات الإفصاح لأغراض العلاج والدفع وعمليات الرعاية الصحية أو عمليات الإفصاح التي منحتنا بها إذنًا وغيرها من الأنشطة المحددة. إن طلبت كشفًا لأكثر من مرة خلال مدة 12 شهرًا، فقد نطلب منك رسومًا معقولة تستند على أساس التكلفة لقاء الرد على هذه الطلبات الإضافية. سنزودك بمزيد من المعلومات حول الرسوم في وقت تقديم طلبك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

- **الحق في تقديم شكوى -** إذا كنت تعتقد أنه تم اختراق حقوق خصوصيتك أو بأننا قد خالفنا ممارسات الخصوصية الخاصة بنا، فيمكنك تقديم شكوى خطية أو عبر الهاتف باستخدام معلومات التواصل في نهاية هذا الإشعار. بالنسبة لشكاوى أعضاء Medi-Cal، يمكن للأعضاء التواصل أيضًا مع قسم خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا المدرجة في القسم التالي.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى لدى سكرتير مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة من خلال إرسال رسالة إلى 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال على الرقم 1-800-368-1019، الهاتف النصي: (1-866-788-4989) أو زيارة الموقع www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints.

لن نتخذ أي إجراء ضدك في حال قمت بتقديم شكوى.

حق الحصول على نسخة من هذا الإشعار - يمكنك طلب نسخة من هذا الإشعار في أي وقت عبر استخدام قائمة معلومات التواصل المدرجة في نهاية هذا الإشعار. إن حصلت على هذا الإشعار عبر الموقع الإلكتروني أو البريد الإلكتروني، فيمكنك أيضًا طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار.

معلومات التواصل

إن كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار، أو ممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية أو كيفية ممارسة حقوقك، يمكنك التواصل معنا خطيًا أو عبر الهاتف باستخدام معلومات التواصل المدرجة أدناه.

رقم الهاتف: 1-855-464-3571

رقم الفاكس: 1-818-676-8314

البريد الإلكتروني: Privacy@healthnet.com

مكتب شؤون خصوصية Health Net

Attn: Privacy Official

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 9140

لأعضاء Medi-Cal فقط، إذا كنت تعتقد أننا لم نحمي خصوصيتك و نرغب في تقديم شكوى، فيمكنك تقديم شكوى كتابيًا أو عبر الاتصال إلى:

Privacy Officer

c/o Office of Legal Services

California Department of Health Care Services

1501 Capitol Avenue, MS 0010

P.O. Box 997413

Sacramento, CA 95899-7413

هاتف: 1-916-445-4646 أو 1-866-866-0602 (الهاتف النصي/الهاتف المخصص لأصحاب الإعاقة السمعية: 1-877-735-2929)

البريد الإلكتروني: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع mmp.healthnetcalifornia.com

إشعار خصوصية المعلومات المالية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات المالية وكيفية الإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الاطلاع عليها بعناية.

نحن ملتزمون بالمحافظة على سرية معلوماتك المالية الشخصية. ولأغراض هذا الإشعار، يُقصد بـ"المعلومات المالية الشخصية" معلومات متعلقة بمسجل أو مقدم طلب لتغطية الرعاية الصحية التي تحدد الفرد، وغير متوفرة للعلن بالعادة، ويتم تجميعها من الفرد أو يحصل عليها مع تقديم تغطية الرعاية الصحية للفرد.

المعلومات التي نجتمعها: نعمل على جمع معلومات مالية شخصية متعلقة بك من المصادر التالية:

- معلومات نتلقاها منك على الطلبات أو نماذج أخرى، مثل الاسم والعنوان والعمر والمعلومات الطبية ورقم الضمان الاجتماعي؛
- معلومات متعلقة بمعاملاتك معنا أو فروعا أو غيرها، مثل سداد القسط وتاريخ المستحقات؛
- ومعلومات عن تقارير المستهلك.

الإفصاح عن المعلومات: لا نفصح عن المعلومات المالية الشخصية حول المسجلين لدينا أو المسجلين الرسميين في أي جهة أخرى، باستثناء ما يقتضيه القانون أو يسمح به. على سبيل المثال، أثناء ممارساتنا التجارية العامة، فإننا قد نفصح عن أية معلومات مالية نجتمعها عنك حسبما يسمح به القانون، دون أخذ تصريح منك، إلى أنواع المؤسسات التالية:

- إلى الفروع التابعة لشركتنا، مثل شركات التأمين الأخرى؛
- إلى الشركات غير التابعة لنا لأغراضنا التجارية اليومية، مثل معالجة معاملاتك أو المحافظة على حسابك (حساباتك) أو الرد على أوامر المحكمة والتحقيقات القانونية؛
- وإلى الشركات غير التابعة لنا التي تقدم خدمات لنا، بما في ذلك إرسال الاتصالات الترويجية بالنيابة عنا.

السرية والأمان: نحافظ على الضمانات المادية والإلكترونية والإجرائية، وفقاً للمعايير الدولية والفيدرالية المطبقة، لحماية معلوماتك المالية الشخصية من مخاطر مثل الضياع أو التلف أو إساءة الاستعمال. وتتضمن هذه التدابير ضمانات الكمبيوتر والملفات المؤمنة والمباني، والقيود على من يمكنه الوصول إلى معلوماتك المالية الشخصية.

أسئلة حول هذا الإشعار: إذا كانت لديك أي أسئلة حول هذا الإشعار:

يرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني الموجود خلف بطاقة تعريف العضوية الخاصة بك أو الاتصال بـ Health Net على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711)

الفصل 12: تعريفات لمصطلحات مهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية المستخدمة في دليل الأعضاء مع تعريفاتها. يتم سرد الشروط بالترتيب الأبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على مصطلح تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بخدمات الأعضاء.

أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأمور التي يقوم بها الأشخاص في اليوم العادي مثل الأكل أو استخدام المراض أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو تنظيف الأسنان.

المساعدات بانتظار الدفع: يمكنك الاستمرار في الحصول على مزاياك بينما تنتظر قرار بشأن طعن من المستوى 1 أو جلسة استماع (راجع الفصل 9 للحصول على مزيد من المعلومات). وتُسمى هذه التغطية المستمرة "المساعدة بانتظار الدفع".

مركز الجراحة المتنقل: المرفق الذي يوفر جراحة للمرضى الخارجيين الذين ليسوا في حاجة إلى الرعاية في المستشفى وغير متوقع أن يحتاجوا للرعاية لمدة أكثر من 24 ساعة.

عملية الطعن: هي طريقة متاحة لك للطعن في إجراءنا إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا بشأن التغطية عن طريق التقدم بطعن. يشرح الفصل 9 عمليات الطعن، بما في ذلك كيفية تقديم طعن.

الصحة السلوكية: هو مصطلح شامل يشير إلى الصحة العقلية والاضطرابات المصاحبة لتعاطي المواد المخدرة.

دواء يحمل علامة تجارية: هو دواء متاح بوصفة طبية تُصنعه وتبيعه الشركة التي صنعت الدواء في الأصل. تحتوي الأدوية ذات الأسماء التجارية على نفس المكونات مثل الأدوية الجينية. الأدوية الجينية هي أدوية يتم تصنيعها وبيعها بواسطة شركات أخرى للأدوية.

Cal MediConnect: هو برنامج يوفر لك مزايا كل من Medicare و Medi-Cal في خطة رعاية صحية واحدة. لديك بطاقة عضوية واحدة لجميع الميزات الخاصة بك.

منسق الرعاية: هو شخص رئيسي يعمل معك ومع خطة الرعاية الصحية ومع مقدمي الرعاية لك من أجل التأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الموجهة للأفراد".

الخدمات الاختيارية لخطة الرعاية (خدمات CPO): هي خدمات إضافية اختيارية بموجب خطة الرعاية الموجهة للأفراد (ICP). لا تهدف هذه الخدمات إلى استبدال الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد التي يحق لك تلقياً بموجب Medi-Cal.

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية المتعدد الاختصاصات".

مرحلة التغطية الكارثية: هي المرحلة في مزايا أدوية الجزء د حيث تقوم الخطة بدفع جميع التكاليف المتعلقة بأدويتك حتى نهاية السنة. تبدأ هذه المرحلة عندما تصل الحد البالغ \$6,550 لأدويتك الموصوفة.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS): هي الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare. يشرح الفصل 2 كيفية الاتصال بمراكز CMS.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS): برنامج خدمة لمرضى العيادات الخارجية في المرفق يقدم رعاية تمريضية ماهرة، وخدمات اجتماعية، وعلاجات مهنية وعلاج النطق، والرعاية الشخصية، وتدريب ودعم الأسرة/مقدمي الرعاية، وخدمات التغذية، والنقل، والخدمات الأخرى للمسجلين المؤهلين الذين يستوفون معايير الأهلية المعمول بها.

الشكوى: هي بيان خطي أو شفوي يُذكر فيه أنك تواجه مشكلة أو تخوف بخصوص الخدمات أو الرعاية المشمولة بالتغطية الخاصة بك. يتضمن هذا أي مخاوف بشأن جودة الرعاية المقدمة لك أو بشأن شبكة مقدمي الرعاية أو شبكة صيدلياتنا. المصطلح القانوني لـ "النقد بشكوى" هو "إيداع تظلم".

مرفق شامل لنفاضة المرضى الخارجيين (CORF): هو مرفق يقوم بصفة رئيسية بتوفير خدمات إعادة التأهيل بعد مرض ما، أو حادثة أو عملية كبرى. يقوم هذا المرفق بتوفير خدمات متنوعة تتضمن العلاج الطبيعي والخدمات الاجتماعية أو النفسية والعلاج التنفسي والعلاج المهني وعلاج النطق وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

التسديد التشاركي: مبلغ ثابت تدفعه أنت كمساهمتك في التكلفة في كل مرة تحصل فيها على أدوية موصوفة معينة. على سبيل المثال، قد تدفع \$2 أو \$5 مقابل دواء موصوف.

المساهمة في التكلفة: المبالغ التي يجب عليك دفعها عندما تحصل على أدوية موصوفة معينة. تتضمن المساهمة في التكلفة التسديدات التشاركية.

مستوى المساهمة في التكلفة: مجموعة أدوية لها نفس التسديد التشاركي. كل دواء في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (تُعرف أيضًا بقائمة الأدوية) هو في مستوى من الثلاث مستويات الخاصة بالمساهمة في التكلفة. بشكل عام، كلما ارتفع مستوى المساهمة في التكلفة، ارتفعت تكلفة الدواء عليك.

قرار التغطية: قرار بخصوص الميزات التي نغطيها. يتضمن هذا قرارات عن الأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي سوف تدفعه مقابل الخدمات الصحية المقدمة لك. يوضح الفصل 9 كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

الأدوية المشمولة بالتغطية: هو المصطلح الذي نستخدمه لنعني به جميع الأدوية المتاحة بوصفة طبية والمتاحة بدون وصفة طبية (OTC) التي تغطيها خطتنا.

الخدمات المشمولة بالتغطية: هو المصطلح العام الذي نستخدمه لنعني به جميع أشكال الرعاية الصحية، والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد، والمخزونات، والأدوية المتاحة بوصفة طبية والمتاحة بدون وصفة طبية، والمعدات، والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

تدريب الكفاءة الثقافية: تدريب يوفر تعليمات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية لدينا يساعدهم على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

المعدل اليومي لتقاسم التكاليف: المعدل الذي يمكن تطبيقه عندما يصف لك طبيبك كمية أقل من المخزون اللازم لشهر كامل من أدوية معينة، وتكون مطالبًا بسداد دفعة التسديد التشاركي. المعدل اليومي للمساهمة في التكاليف هو دفعة التسديد التشاركي مقسومة على عدد الأيام في مخزون الشهر.

وفيما يلي مثال على ذلك: لنقل إن قيمة السداد التشاركي لدوائك لإمداد شهر كامل (إمداد 30 يومًا) يبلغ 1.30 دولار أمريكي. وهذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه كل يوم مقابل الحصول على دوائك هو أكثر بقليل من 0.04 دولار. في حال استلامك مخزونًا من الأدوية لمدة 7 أيام، سيكون المبلغ الذي تدفعه أكثر بقليل من 0.04 دولار كل يوم مضرورًا في 7 أيام، ليصل إجمالي المبلغ إلى 0.30 دولار.

إدارة خدمات الرعاية الصحية (DHCS): إدارة حكومية في ولاية كاليفورنيا تدير برنامج Medicaid (المشار إليه باسم Medi-Cal في كاليفورنيا)، والتي يشار إليها بصفة عامة باسم "الولاية" في هذا الكتيب.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

قسم الرعاية الصحية المدارة (DMHC): دائرة الوزارة في ولاية كاليفورنيا المسؤولة عن تنظيم الخطط الصحية. تقدم إدارة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا (DMHC) المساعدة للمشاركين في Cal MediConnect، مع طلبات الطعن والشكاوى بخصوص خدمات Medi-Cal. يقوم قسم الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا أيضًا بإجراء مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إلغاء القيد: عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء القيد طوعيًا (باختيارك)، أو غير طوعي (ليس باختيارك).

مستويات الأدوية: مجموعات الأدوية في قائمة الأدوية الخاصة بنا. تعد الأدوية الجينية والأدوية التي تحمل علامة تجارية والأدوية التي تباع بدون وصفة أمثلة على مستويات الأدوية. يقع كل دواء في قائمة الأدوية ضمن مستوى من ثلاث مستويات.

المعدات الطبية المعمرة (DME): أصناف معينة ينصحك طبيبك باستخدامها في المنزل. ومن الأمثلة على هذه المعدات الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المرايب التي تعمل بالطاقة وإمدادات مرضى السكر وأسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل ومضخات التسريب في الوريد (IV) وأجهزة توليد الكلام ومعدات الأكسجين والإمدادات والأبخره وأجهزة المساعدة بالمشي.

حالة طارئة: الحالة الطبية الطارئة هي عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر ذو معرفة متوسطة بالنواحي الصحية والطبية أن لديك أعراض طبية تحتاج إلى عناية طبية فورية لمنع الوفاة، أو فقدان جزء من أجزاء الجسم، أو فقدان وظيفة عضو من أعضاء الجسم. قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن جرح خطير أو ألم حاد.

الرعاية الطارئة: الخدمات المشمولة بالتغطية المقدمة من قبل مقدم الخدمة المدرب على تقديم خدمات الحالات الطارئة والخدمات اللازمة لعلاج حالات الطوارئ الطبية أو الصحة السلوكية.

الاستثناء: الإذن بالحصول على تغطية لدواء غير مشمول بالتغطية عادةً أو الإذن باستخدام الدواء دون قواعد وقيود معينة.

مساعدة إضافية: برنامج تابع لبرنامج Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة حيث يقوم بتقليل تكاليف الأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء د من برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات ودفعات التسديد التشاركي. يطلق على المساعدة الإضافية أيضًا "إعانة ذوي الدخل المنخفض" أو "LIS".

الدواء الجينيس: دواء موصوفومعتمد من الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من دواء يحمل علامة تجارية. يحتوي الدواء الجينيس على نفس المكونات الموجودة في دواء يحمل علامة تجارية. وهو عادة أقل ثمنًا ويؤدي نفس الغرض مثل الدواء الذي يحمل علامة تجارية.

التظلم: شكوى تقوم بتقديمها ضدنا، أو ضد أحد مقدمي الخدمة أو الصيدليات في شبكتنا. ويشمل ذلك شكوى حول جودة الرعاية أو جودة الخدمة المقدمة لك من خطتنا الصحية.

برنامج الاستشارات والمطالبة للتأمين الصحي (HICAP): برنامج يقدم معلومات واستشارات مجانية وهادفة عن Medicare. يشرح الفصل 2 كيفية الاتصال ببرنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي.

خطة رعاية صحية: هيئة مكونة من أطباء، ومستشفيات، وصيدليات، ومقدمي خدمات طويلة الأمد، ومقدمي خدمات آخرين. كما تشمل أيضًا على منسقي الرعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي الخدمات والخدمات الخاصة بك. حيث يتعاونون سويًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

تقييم المخاطر الصحية: مراجعة التاريخ الطبي للمريض، وحالته الحالية. ويستخدم لمعرفة الحالة الصحية للمريض، وكيف انها قد تتغير مستقبلاً.

المساعدة الصحية المنزلية: شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج مرخص، مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام، أو استخدام المراض، أو ارتداء الملابس، أو أداء التمارين المقررة). المساعدات الصحية المنزلية ليس لها رخصة تمرير ولا تقدم علاجًا.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

الرعاية في مرحلة الاحتضار: برنامج رعاية ودعم لمساعدة الأشخاص المصابين بمرض عضال على العيش براحة. ويعني التشخيص النهائي بأن المريض يعاني من مرض نهائي ومن المتوقع أن يعيش لمدة ستة أشهر أو أقل.

- المشترك الذي لديه ستة أشهر وأقل يحق له باختيار برنامج رعاية المحتضرين.
- يقوم فريق من المحترفين ومقدمي الرعاية مدرب خصيصًا بتوفير الرعاية إلى الشخص ككل، بما في ذلك تلبية الحاجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية.
- على Health Net Cal MediConnect توفير لائحة من مقدمي رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية.

الفواتير غير الصحيحة/غير الملائمة: هي الحالة التي يقوم فيها مقدم الخدمة (مثل الطبيب أو المستشفى) بحسابتك بتكلفة أكبر من مبلغ المساهمة في تكلفة الخطة مقابل الخدمات. قم بإظهار بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect الخاصة بك عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية. اتصل بخدمات الأعضاء إذا حصلت على أي فواتير لا تفهمها.

ولأن Health Net Cal MediConnect تدفع التكلفة بأكملها مقابل خدماتك، فلا يترتب عليك أية مساهمة في التكلفة. ينبغي على مقدمي الخدمات عدم تحرير أي فواتير لك مقابل هذه الخدمات.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): في حالة رفضنا طلبك لخدمات طبية أو علاج، يمكنك تقديم طعن لدينا. إذا لم توافق على قرارنا، وكانت مشكلتك بخصوص خدمة خاصة بـ Medi-Cal، بما في ذلك لوازم DME والأدوية، يمكنك أن تطلب من دائرة الرعاية الصحية المدارة بولاية كاليفورنيا القيام بمراجعة طبية مستقلة. تُعتبر IMR عملية مراجعة طبية من قبل أطباء من خارج خطتنا. إذا كان قرار IMR في صالحك، فسوف يتوجب علينا تقديم الخدمة أو العلاج الذي طلبته. ولن تدفع أي تكاليف مقابل المراجعة الطبية المستقلة IMR.

خطة الرعاية الموجهة للأفراد (ICP) أو خطة الرعاية: خطة لنوع الخدمات التي تحصل عليها وكيفية حصولك عليها. قد تتضمن خطتك كلاً من الخدمات الطبية، وخدمات الصحة السلوكية، والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد.

مرحلة التغطية الأولية: المرحلة قبل أن يصل إجمالي نفقات أدوية الجزء د إلى \$6,550. ويشمل ذلك المبالغ التي دفعتها، وما دفعته خطتنا نيابة عنك، وإعانة الدخل المنخفض. تبدأ في هذه المرحلة عندما تملأ أول الوصفات الطبية لك في العام. أثناء هذه المرحلة، تدفع الخطة جزءًا من التكاليف الخاصة بأدويةك، بينما تدفع أنت حصتك من التكلفة.

مريض بالقسم الداخلي: مصطلح يستخدم عندما يكون مسموحًا لك رسميًا بالإقامة بالمستشفى، للحصول على الخدمات الطبية الماهرة. إذا لم تدخل المستشفى بشكل رسمي، فقد يتم اعتبار أنك ما زلت من مرضى العيادات الخارجية، بدلاً من مريض بالقسم الداخلي، حتى وان بقيت طوال الليل.

فريق الرعاية المتعدد الاختصاصات (ICT) أو فريق الرعاية: قد يتكون فريق الرعاية من الأطباء، والممرضين، والاستشاريين، أو غيرهم من المهنيين الصحيين المتواجدين لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. سوف يساعدك فريق الرعاية أيضًا في وضع خطة الرعاية.

قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (قائمة الأدوية): قائمة بالأدوية المتاحة بوصفة طبية أو بدون وصفة طبية (OTC) التي تغطيها الخطة. تقوم الخطة باختيار الأدوية في هذه القائمة، بمساعدة الأطباء والصيدال. تخبرك قائمة الأدوية عما إذا كانت هناك أي قواعد عليك اتباعها للحصول على أدويةك. يطلق على قائمة الأدوية في بعض الأحيان: "كتيب الوصفات".

الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS): الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد هي الخدمات التي تساعد في تحسين الحالة الطبية على المدى الطويل. معظم هذه الخدمات تعمل على مساعدتك في أثناء تواجدك بالمنزل، بحيث لا تحتاج للذهاب إلى دار رعاية ترميزية أو مستشفى. تشمل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)، والخدمات المجتمعية للبالغين (CBAS)، ومرافق الرعاية الترميزية/مرافق الرعاية دون الفائق (NF/SCF).

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

دعم ذوي الدخل المنخفض (LIS): راجع "المساعدة الإضافية".

Medi-Cal: هذا هو اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. حيث تدير الولاية برنامج Medi-Cal ويتم دفع تكاليفه من جانب الولاية والحكومة الفيدرالية.

- يساعد المواطنين من ذوي الدخل والموارد المحدودة على سداد تكاليف الخدمات والدعم طويلة الأمد والتكاليف الطبية.
- كما ويغطي خدمات وأدوية إضافية ليست مشمولة في برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن تتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare و Medicaid.
- انظر الفصل 2 لمزيد من المعلومات حول كيفية الاتصال بـ Medi-Cal.

خط Medi-Cal: الخط الذي يغطي فقط ميزات Medi-Cal، مثل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد، والمعدات الطبية، والنقل. تعد ميزات Medicare منفصلة.

الضرورة الطبية: يصف هذا المصطلح الخدمات، أو الإمدادات، أو الأدوية التي تحتاجها لمنع حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وهذا يشمل الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى المستشفى أو دار التمريض. كما أنها تعني أيضاً الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية التي تفي بمعايير مقبولة من الممارسة الطبية. تشير الضرورة الطبية إلى جميع الخدمات المشمولة بالتغطية، والتي تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة، أو منع مرض كبير، أو إعاقة بالغة، أو لتخفيف ألم شديد من خلال تشخيص أو علاج الداء أو المرض أو الإصابة.

Medicare: برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً أو أكثر، وبعض الأشخاص ممن هم أقل من 65 عاماً ويعانون من إعاقات معينة، ومن هم في المرحلة النهائية للمرض الكلوي (بصفة عامة، الذين يعانون من فشل كلوي دائم، ويحتاجون إلى غسيل الكلى أو إلى زرع الكلى). يمكن للأشخاص المشتركين في Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية من خلال خطة Medicare الأصلية أو خطة الرعاية المدارة (انظر "خطة الرعاية الصحية").

خطة Medicare Advantage: برنامج Medicare، المعروف أيضاً باسم "برنامج Medicare الجزء ج" أو "خط MA"، والذي يقدم خططاً من خلال شركات خاصة. تدفع Medicare لهذه الشركات لتغطية ميزات Medicare الخاصة بك.

الخدمات التي تغطيها Medicare: الخدمات المشمولة بالتغطية من قبل الجزء أ والجزء ب من برنامج Medicare. جميع الخطط الصحية التابعة لبرنامج Medicare، بما في ذلك خطتنا، يجب أن تغطي جميع الخدمات المشمولة بالتغطية من قبل الجزء أ والجزء ب من برنامج Medicare.

المنتسب إلى Medicare-Medi-Cal (مؤهل مزدوج): هو الشخص المؤهل للحصول على تغطية كل من برنامجي Medicare و Medi-Cal. يطلق على المنتسب إلى Medicare-Medi-Cal أيضاً "فرد مؤهل بشكل مزدوج".

الجزء "أ" في Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم المستشفيات الطبية اللازمة، ومرفق الرعاية التمريضية الماهرة، والصحة المنزلية، ورعاية المسنين.

الجزء "ب" في Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل اختبارات المعمل، والجراحات، وزيارات الطبيب) والإمدادات (مثل الكراسي المتحركة وأجهزة المساعدة بالمشي) التي تعتبر ضرورية من الناحية الطبية لعلاج مرض أو حالة ما. يغطي الجزء ب من برنامج Medicare أيضاً العديد من الخدمات الوقائية وخدمات الفحص.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

تقرير المنظمة: تقوم الخطة بإصدار قرار منظمة عندما تقوم هي، أو يقوم أحد مقدمي الخدمة التابعين لها، باتخاذ قرار بشأن ما إذا كانت الخدمات مشمولة بالتغطية أو المبلغ الذي يتعين عليك دفعه مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. ويُطلق على تقرير المنظمة في هذا الدليل "قرارات التغطية". يوضح الفصل 9 كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

خطة Medicare الأصلية (خطة Medicare التقليدية أو خطة Medicare لدفع رسوم مقابل الخدمة): تُقدم خطة Medicare الأصلية من قبل الحكومة. بموجب خطة Medicare الأصلية، يتم تغطية خدمات Medicare من خلال دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يتم تعيينهم من قبل الكونجرس.

• يمكنك أن ترى أي طبيب أو مقدم خدمة في المستشفى أو مقدم الرعاية الصحية الذي يوافق على Medicare. تتضمن خطة Medicare الأصلية جزأين: الجزء أ (تأمين المستشفى) وجزء ب (التأمين الطبي).

• خطة Medicare الأصلية متوفرة في كل أرجاء الولايات المتحدة.

• إذا كنت لا تريد أن تكون عضوًا في خطتنا، يمكنك اختيار خطة Medicare الأصلية.

صيدلية من خارج الشبكة: هي الصيدلية التي لم توافق على العمل مع خطتنا لتنسيق أو توفير الأدوية المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. معظم الأدوية التي تحصل عليها من صيدليات من خارج الشبكة لا تغطيها خطتنا ما لم تطبق شروطًا معينة.

مقدم خدمات من خارج الشبكة أو مرفق من خارج الشبكة: هو مقدم خدمة أو مرفق لا تستخدمه أو تملكه أو تديره خطتنا ولا يقدم خدمات مشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا بمقتضى عقد. يوضح الفصل 3 مقدمي الخدمات والمرافق من خارج الشبكة.

التكاليف النثرية: ويُطلق أيضًا على متطلب المساهمة في التكلفة للأعضاء لدفع مقابل جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها متطلب التكلفة "النثرية". انظر التعريف الخاص "بالمساهمة في التكلفة" المذكور أعلاه.

أدوية بدون وصفة طبية (OTC): يشير المصطلح أدوية تباع بدون وصفة إلى أي عقار أو دواء يمكن لأي شخص شراؤه بدون وصفة طبية من أخصائي الرعاية الصحية.

الجزء أ: انظر "الجزء أ في Medicare".

الجزء ب: انظر "الجزء ب في Medicare".

الجزء ج: انظر "الجزء ج في Medicare".

الجزء د: انظر "الجزء د في Medicare".

أدوية الجزء د: انظر "أدوية الجزء د في Medicare".

خصوصية المعلومات الصحية الشخصية (تسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية) (PHI): معلومات عنك وعن صحتك، مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وزيارات الطبيب والتاريخ الطبي الخاص بك. اطلع على إشعار ممارسات الخصوصية في Health Net Cal MediConnect للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية قيام Health Net Cal MediConnect بحماية معلوماتك الصحية المحمية واستخدامها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك فيما يتعلق بالمعلومات الصحية المحمية الخاصة بك.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

مقدم الرعاية الأولية (PCP): مقدم الرعاية الأولية الخاص بك هو الطبيب أو أي مقدم خدمة آخر تلجأ إليه أولاً عندما تواجه معظم المشاكل الصحية. يتأكد أو تتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للبقاء بصحة جيدة.

- كما يمكنه أو يمكنها أيضًا التحدث مع أطباء ومقدمي رعاية صحية آخرين بشأن رعايتك وإحالتك لهم.
- وفي كثير من الخطط الصحية الخاصة بـ Medicare، يجب أن ترى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل أن ترى أي مقدم رعاية صحية آخر.
- انظر الفصل 3 لمزيد من المعلومات عن الحصول على رعاية من مقدمي الرعاية الأولية.

الترخيص المسبق: يجب عليك الحصول على موافقة من Health Net Cal MediConnect قبل إمكانية حصولك على خدمة أو دواء محدد أو زيارة مقدم خدمة من خارج الشبكة. في حال عدم الحصول على موافقة، لن تشمل تغطية خطة Health Net Cal MediConnect الدواء أو الخدمة.

ولا يتم تغطية بعض الخدمات الطبية في الشبكة إلا إذا حصل طبيبك أو مقدم الشبكة الآخر على إذن مسبق من خطتنا.

- إن الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحتاج إلى إذن مسبق من خطتنا موضحة في جدول المزايا في الفصل 4.

ولا يتم تغطية بعض الأدوية إلا بعد حصولك على إذن مسبق منا.

- ويتم توضيح الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحتاج إلى إذن مسبق في قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية.

خطط برامج الرعاية الشاملة لجميع المسنين (PACE): هو برنامج يغطي مزايا Medicare و Medi-Cal معًا للأشخاص الذين يبلغون من العمر 55 عامًا أو أكبر ممن يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش في المنزل.

الأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية: هي الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر. وتتضمن المواد المشمولة بالتغطية على سبيل المثال لا الحصر دعائم الذراع والظهر والرقبة والأطراف الصناعية والعيون الصناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية من الجسم، بما في ذلك لوازم الستوما وعلاج التغذية المعوية والحقن.

منظمة تحسين الجودة (QIO): مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون في عملية تحسين جودة الرعاية المقدمة للأشخاص المشتركين في Medicare. وتدفع لهم الحكومة الفيدرالية تكاليف فحص الرعاية المقدمة للمرضى وتحسينها. انظر الفصل 2 للحصول على معلومات حول كيفية الاتصال بمنظمة تحسين الجودة الخاصة بولايتك.

حدود الكمية: حد على الكمية التي يمكنك الحصول عليها من دواء ما. قد تكون الحدود على كمية الأدوية التي تقوم بتغطيتها لكل وصفة طبية.

الإحالات: تعني الإحالة أن مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك يجب أن يمنحك الموافقة قبل أن تتمكن من زيارة شخص غيره. في حال عدم الحصول على موافقة، لن يغطي برنامج Health Net Cal MediConnect الخدمات. لست بحاجة إلى إحالة لرؤية أخصائيين معينين، مثل المتخصصين في صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات حول الإحالات في الفصل 3 وحول الخدمات التي تتطلب الإحالات في الفصل 4.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك في التعافي من مرض أو حادث أو عملية كبيرة. انظر الفصل 4 لمعرفة المزيد حول خدمات إعادة التأهيل.

منطقة الخدمة: المنطقة الجغرافية التي تقبل خطة الرعاية الصحية الأعضاء فيها إذا كانت الخطة تحدد العضوية بناء على المكان الذي يعيش فيه الأفراد. بالنسبة للخطط التي تحد من عدد الأطباء والمستشفيات التي قد تستعين بها، فهي أيضًا المنطقة حيث يمكنك الحصول فيها بصفة عامة على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). إن الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا هم فقط الذين يمكنهم الحصول على خدمات Health Net Cal MediConnect.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

تقاسم التكلفة: جزء من تكاليف رعايتك الصحية التي قد يتعين عليك دفعها كل شهر قبل أن تصبح مزايا Cal MediConnect فعالة. يختلف مقدار حصتك من التكلفة اعتمادًا على الدخل والموارد الخاصة بك.

المرافق التمريضية الماهرة (SNF): مرفق رعاية تمريضية به موظفين ومعدات لتقديم الرعاية التمريضية الماهرة، وفي معظم الحالات، خدمات إعادة التأهيل الماهرة وخدمات الرعاية الصحية الأخرى ذات الصلة.

رعاية المرافق التمريضية الماهرة (SNF): خدمات الرعاية التمريضية وإعادة التأهيل الماهرة التي يتم توفيرها على أساس يومي ومستمر في مرافق الرعاية التمريضية الماهرة. تشمل أمثلة المرافق التمريضية الماهرة على العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدية التي يمكن أن يحققها ممرض مُسجل أو طبيب.

طبيب أخصائي: هو طبيب يوفر الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء معين من الجسم.

جلسة الاستماع: إذا طالب طبيبك أو مقدم خدمة آخر بالحصول على خدمة في Medi-Cal لن نوافق عليها، أو إذا كنا لن نواصل دفع تكلفة خدمة في Medi-Cal تحصل عليها بالفعل، يمكنك المطالبة بعقد جلسة استماع. إذا اتخذت جلسة الاستماع التي تعقدها الولاية قرار لصالحك، فإنه يتعين علينا أن نقدم الخدمة التي طلبتها.

العلاج المرحلي: قاعدة تغطية تتطلب منك أن تجرب أولاً دواء آخر قبل أن تقوم بتغطية الدواء الذي تطالب بالحصول عليه.

دخل الضمان التكميلي (SSI): فائدة شهرية تُدفع من قبل الضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة من المعاقين أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عامًا وما فوق. مزايا دخل الضمان التكميلي ليست مزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية العاجلة: هي الرعاية التي تحصل عليها لمرض مفاجئ أو إصابة مفاجئة أو حالة مفاجئة ليست طارئة لكن في حاجة إلى التعامل معها على الفور. يمكنك الحصول على الرعاية المطلوبة بشكل عاجل من قبل مقدمي خدمات من خارج الشبكة عندما لا يتوفر مقدمو خدمات من داخل الشبكة أو لا يمكنك الوصول إليهم.

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571

(الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Spanish: ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Chinese Mandarin: 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Chinese Cantonese: 注意：如果您說中文，您可獲得免費的語言協助服務。請致電 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。

Tagalog: PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Vietnamese: CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Korean: 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). 번으로 전화해 주십시오.

Russian: ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Arabic: ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل بالرقم 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hindi: ध्यान दें: यदि आप बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711). पर कॉल करें।

Japanese: 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)。まで、お電話にてご連絡ください。

Farsi: توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-464-3571 (Los Angeles)، 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Thai: เรียน: ถ้าวัดคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

H3237_17_MLI_Accepted_09092017

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

Armenian: ՌԻՇԱԴԲՈՒԹՅՈՒՆ` Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711)

Cambodian: ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អល គឺអាចមានសំរាប់បំរើអ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Hmong: LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Punjabi: ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Laotian: ໂປດຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາອັງກິດ, ການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາທີ່ບໍ່ເສຍຄ່າມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ກະລຸນາໂທ 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Cal MediConnect Member Multi-Language Insert

FLY015174ZO00 (8/17)

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع



خدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect

<p>1-855-464-3571</p> <p>اتصل على</p> <p>المكالمات لهذا الرقم مجانية. يتوفر شخص مباشر للتحدث معك هنا، من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 8:00 مساءً. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. كما تحتوي خدمات الأعضاء على خدمات مترجم فوري مجاني متوفر لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.</p>	
<p>711 (خدمة التواصل الوطنية). هذه المكالمات مجانية</p> <p>هذا الرقم يتطلب جهاز هاتف خاص وهو مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو النطق.</p> <p>المكالمات لهذا الرقم مجانية من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.</p>	<p>الهاتف النصي</p>
<p>1-800-281-2999</p>	<p>فاكس</p>
<p>Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422</p>	<p>المراسلة</p>
<p>mmp.healthnetcalifornia.com</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أي استفسارات، يرجى الاتصال ببرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (الهاتف النصي: 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، من الإثنين إلى الجمعة. بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والعطلات يمكنك ترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع

mmp.healthnetcalifornia.com