

خطة برنامج Health Net Cal MediConnect (خطة Medicare-Medicaid)

دليل الأعضاء

1 يناير 2018 – 31 ديسمبر 2018

التغطية الصحية والدوائية المقدمة إليك بموجب خطة Health Net Cal MediConnect

يشرح لك الدليل التغطية المقدمة لك بموجب خطة Health Net Cal MediConnect حتى 31 ديسمبر 2018. كما يوضح خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية و اضطراب تعاطي المخدرات) وتغطية الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد. وتساعدك الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد على البقاء في المنزل بدلاً من الانتقال إلى دار ترميز أو مستشفى. وتشمل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) والمرافق التمريضية (NF).

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

تُقدم خطة Health Net Cal MediConnect من قبل Health Net Community Solutions, Inc. وعندما يتحدث دليل الأعضاء هذا كلمة بصيغة المتحدثين، فإنه يشير إلى شركة Health Net Community Solutions, Inc. وعندما يذكر كلمة "الخطة" أو "خطتنا"، يكون المقصود بها هو برنامج Health Net Cal MediConnect (خطة Medicare-Medicaid).

If you speak Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog and Vietnamese 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.

إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجاناً. اتصل على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام يانمجا للاتصال ونكي. يتألا لمعلا ميو يبك ف للاتصا قاودعم مك أن تترك رسالة. سيتكيم، تطلعا

Եթե խոսում եք հայերեն լեզվով, ձեզ համար մատչելի են անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-855-464-3571 (TTY՝ 711) հեռախոսահամարով, ժամը 8 a.m.-ից 8 p.m.-ը, երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին: Աշխատանքային ժամերից հետո, շաբաթ և կիրակի, ինչպես նաև տոն օրերին, կարող եք հաղորդագրություն թողնել: Ձեզ հետ կգանգահարեն հաջորդ աշխատանքային օրը: Չանգն անվճար է:

531004
EOC019851AN00
H3237-001

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



បើលោកអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។ សូមហៅទូរស័ព្ទមកកាន់លេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ។ ក្រៅម៉ោងធ្វើការ រៀងរាល់ថ្ងៃចុងសប្តាហ៍ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក លោកអ្នកអាចផ្ញើសារទុកបាន។ យើងខ្ញុំនឹងហៅទៅកាន់លោកអ្នកវិញនៅថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការហៅទូរស័ព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃទេ។

如果您說中文，您可以免費獲得語言協助服務。請於週一至週五上午 8 點至晚上 8 點撥打 1-855-464-3571 (聽障專線：711)。在非營業時間、週末及假日，您可留下留言。您將會在下一個工作日接獲回電。此電話為免費電話。

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 صبح تا 8 شب و از دوشنبه تا جمعه تماس بگیرید. بعد از ساعات کاری، در آخر هفته ها و تعطیلات رسمی می توانید پیام بگذارید. به تماس شما در طول روز کاری بعدی پاسخ داده خواهد شد. این تماس رایگان است.

한국어로 통화하기를 원하는 경우 언어 서비스를 무료로 이용할 수 있습니다. 전화 1-855-464-3571(TTY: 711) 월요일부터 금요일까지, 오전 8시 - 오전 8:00~8:00 근무시간 이외, 주말, 휴일에는 메시지를 남길 수 있습니다. 전화 통화는 근무일 기준 1일 이내에 회신될 것입니다. 통화는 무료입니다.

Если ваш родной язык русский, вы можете бесплатно получить помощь переводчика. Позвоните по телефону 1-855-464-3571 (TTY: 711). Мы работаем с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00. В нерабочее время, на выходных и праздниках можно оставить сообщение. Вам перезвонят на следующий рабочий день. Звонки бесплатные.

Si habla español, tiene servicios de asistencia de idiomas, sin cargo, disponibles para usted. Llame al 1-855-464-3571 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a. m a 8:00 p. m. Es posible que fuera del horario de atención, los fines de semana y los días feriados pueda dejar un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día hábil. La llamada es gratuita.

Kung nagsasalita ka ng Tagalog, mga serbisyo sa tulong sa wika na walang bayad ay mayroon sa iyo. Tumawag sa 1-855-464-3571 (TTY: 711) mula 8 a.m. hanggang 8 p.m., Lunes hanggang Biyernes. Pagkatapos ng mga oras, sa mga dulonglinggo at sa mga piyesta, maaari kang mag-iwan ng mensahe. Ibabalik ang iyong tawag sa loob ng susunod na araw ng negosyo. Ang tawag ay libre.

Nếu quý vị nói Tiếng Việt, thì dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí sẽ sẵn có cho quý vị. Vui lòng gọi số 1-855-464-3571 (TTY: 711) từ 8 giờ sáng đến 8 giờ tối, Thứ Hai đến Thứ Sáu. Ngoài giờ làm việc, vào cuối tuần và ngày lễ, quý vị có thể để lại tin nhắn. Chúng tôi sẽ gọi lại cho quý vị vào ngày làm việc tiếp theo. Cuộc gọi này miễn phí.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect



يمكنك الحصول على هذا المستند مجاناً بصيغ مختلفة، مثل الطباعة المكبّرة أو طريقة بريـل أو جهاز صوتي. اتصل على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

إذا كنت ترغب في تلقي المراسلات التي توزعها Health Net Cal MediConnect على الأعضاء باستمرار وبصيغ مختلفة، مثل طريقة بريـل أو الطباعة المكبّرة، أو بلغة أخرى غير اللغة الإنجليزية، يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء. يمكنك إعلام خدمات الأعضاء برغبتك بتقديم طلب دائم لاستلام المراسلات بصيغة أو لغة أخرى.

إخلاء المسؤولية

تعد Health Net Community Solutions, Inc. خطة رعاية صحية تتعاقد مع كل من Medicare و Medi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمسجلين.

تُصنف التغطية بموجب Health Net Cal MediConnect باعتبارها تغطية أساسية دنيا (MEC). وتستوفي شرط المسؤولية الفردية المشتركة في قانون حماية المريض والرعاية الميسرة (ACA). يرجى زيارة موقع مصلحة الضرائب الداخلية (IRS) www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول شرط المسؤولية المشتركة الخاص بالتغطية الأساسية الدنيا.

قد تنطبق الحدود وأنظمة المشاركة في الدفع والقيود. للمزيد من المعلومات، يرجى الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect أو قراءة دليل أعضاء Health Net Cal MediConnect. ويعني ذلك أنه قد يتعين عليك تحمل تكلفة بعض الخدمات وأن عليك إتباع بعض القواعد المحددة ليدفع برنامج Health Net Cal MediConnect مقابل الخدمات التي تحصل عليها.

قد تتغير قائمة الأدوية المشمولة و/أو شبكات الصيدليات ومقدم الخدمة على مدار السنة. سنرسل إليك إشعاراً قبل إجراء تغيير يؤثر عليك.

وقد تتغير المزايا و/أو قيم المشاركة في الدفع ابتداءً من 1 يناير من كل سنة.

قد تتغير قيمة المشاركة في دفع الأدوية لا تُصرف إلا بوصفة طبية بناءً على مستوى المساعدة الإضافية التي تتلقاها. يرجى الاتصال بالحطة للاطلاع على مزيد من التفاصيل.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 1: البدء كعضو

جدول المحتويات

- A. مرحبًا بك في برنامج Health Net Cal MediConnect 5
- B. ما هما Medicare وMedi-Cal؟ 5
- Medicare 5
- Medi-Cal 6
- C. ما مزايا هذه الخطة؟ 6
- D. ما هي منطقة الخدمة التي يغطيها برنامج Health Net Cal MediConnect؟ 6
- E. ما الذي يؤولك لكي تصبح عضواً في الخطة؟ 7
- F. ما الذي تتوقعه عندما تنضم إلى خطة رعاية صحية لأول مرة 8
- G. ما هو فريق الرعاية وخطة الرعاية؟ 8
- فريق الرعاية 8
- خطة الرعاية 9
- H. هل تحتوي Health Net Cal MediConnect على قسط خطة شهري؟ 9
- I. معلومات عن دليل الأعضاء 9
- J. ما هي المعلومات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها منا؟ 9
- بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect 9
- دليل مقدم الخدمة والصيدليات 10
- قائمة الأدوية المشمولة 11
- شرح المزايا 11
- K. كيف يمكنك المحافظة على سجل عضويتك محدثاً؟ 11
- هل نحافظ على سرية معلوماتك الصحية الشخصية؟ 12

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



A. مرحبًا بك في برنامج Health Net Cal MediConnect

يعد برنامج Health Net Cal MediConnect جزءًا من خطة Cal MediConnect Plan. حيث أن خطة Cal MediConnect عبارة عن منظمة مؤلفة من أطباء ومستشفيات وصيديات ومقدمي خدمات وعمليات دعم طويلة الأمد بالإضافة إلى مقدمي خدمات الصحة السلوكية وغير ذلك من مقدمي الرعاية. 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 وMedicaid (CMS) لتزويدك بالخدمات كجزء من خطة Cal MediConnect.

يعد برنامج Cal MediConnect برنامجًا نموذجيًا يخضع للرقابة المشتركة من قبل ولاية كاليفورنيا والحكومة الفيدرالية لتوفير رعاية أفضل للمشاركين في كل من Medicare وMedi-Cal. وتحت مظلة هذا البرنامج النموذجي، ترغب الولاية والحكومة الفيدرالية اختبار طرق جديدة لتحسين طريقة تلقيك لخدمات كل من Medicare وMedi-Cal.

تجربة يمكنك الاعتماد عليها

لقد قمت بالتسجيل في خطة رعاية صحية يمكنك الاعتماد عليها.

حيث تقدم Health Net المساعدة لما يزيد عن مليون شخص مشترك في Medicare وMedi-Cal للحصول على الخدمات التي يحتاجونها. ونقوم بذلك عبر تقديم فرصة أفضل للحصول على مزايا Medicare وMedi-Cal وخدماتها بالإضافة إلى الكثير غير ذلك:

- نفخر بأنفسنا في تقديم خدمة عملاء ممتازة؛ حيث يتم تحقيق ذلك بتوفير الاهتمام الشخصي الإيجابي المركز عليك باعتبارك عضونا. لن يدعك الأعضاء المدربون بفريق خدمة الأعضاء لدينا تنتظر، كما يمكنهم التعامل بلغات متعددة دون استخدام خدمات المترجم الفوري. وسنوفر لك مستوى من التعامل بأسلوب "الإرشاد والاستقبال" لمساعدتك في التعرف على المزايا المقدمة إليك بطريقة نتعامل بها معك كما لو كنا نتعامل مع أفراد أسرتنا، لننتج لك سرعة الحصول على الأجوبة التي تحتاج إليها للحصول على الرعاية.
- فقد قمنا بإنشاء شبكات عالية الجودة من الأطباء منذ ما يزيد عن 25 عامًا. ويتعاون الأطباء المختصون في شبكتنا Cal MediConnect سويًا في مجموعات طبية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها، متى ما احتجت لها.
- مجتمعك هو مجتمعنا - نحن شركة تقع في جنوب كاليفورنيا، لذا يعيش فريق العمل لدينا في نفس المكان الذي تعيش فيه. وندعم مجتمعاتنا المحلية من خلال:

- الفحوصات الطبية في الفعاليات الصحية المحلية والمراكز المجتمعية

- صفوف تثقيفية صحية دون تكلفة

B. ما هما Medicare وMedi-Cal؟

Medicare

يعد برنامج Medicare برنامج تأمين صحي فيدرالي للفئات التالية:

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



Medi-Cal

Medi-Cal هو اسم برنامج Medicaid في ولاية 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 الأجل (LTSS) فضلاً عن التكاليف الطبية. كما ويغطي خدمات وأدوية إضافية غير مشمولة في برنامج Medicare.

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

- نختر تقديم الخطة، و
 - يسمح برنامج Medicare وولاية كاليفورنيا لنا بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- حتى في حال توقف الخطة في المستقبل، لن تتأثر أهليتك في الحصول على خدمات برنامج Medicare و Medi-Cal.

C. ما مزايا هذه الخطة؟

سوف تتلقى الآن كافة خدمات برنامج Medicare و Medi-Cal الخاصة بك من برنامج Health Net Cal MediConnect بما في ذلك الأدوية التي لا تُصرف إلى بوصفة طبية. لن تدفع المزيد للانضمام إلى خطة الرعاية الصحية.

سوف يساعد برنامج Health Net Cal MediConnect في تحسين أداء مزايا برنامج Medicare و Medi-Cal سويًا وتحسين عملهما معًا لأجلك. وتشمل بعض المزايا ما يلي:

- ستحظى بفريق رعاية يساعدك في التنظيم بينهما. وقد يتألف فريق رعايتك منك أو مقدم خدمتك أو الأطباء أو الممرضين أو المستشارين أو غيرهم من المهنيين الصحيين.
- وستحظى بفرصة الحصول على منسق رعاية. وهو شخص يعمل بالتعاون معك ومع Health Net Cal MediConnect، فضلاً عن فريق الرعاية الخاص بك، للمساعدة في وضع خطة رعاية.
- وسوف تتمكن من توجيه رعايتك الخاصة بمساعدة من فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- كما سيتعاون فريق الرعاية ومنسق الرعاية معك للتوصل إلى خطة رعاية تهدف إلى تلبية احتياجاتك الصحية بالتحديد. وسوف يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاج إليها. ويعني هذا على سبيل المثال:
- « سيحرص فريق الرعاية الخاص بك اطلاع الأطباء على جميع الأدوية التي تتناولها بحيث يتأكدون من تناولك للأدوية المناسبة وبالتالي يمكن للأطباء تقليل أي آثار جانبية قد تعاني منها جراء تناول الأدوية.
- « وسوف يحرص فريق الرعاية الخاص بك مشاركة نتائج الاختبارات الخاصة بك مع جميع الأطباء ومقدمي الخدمة الآخرين، حسب الاقتضاء.

D. ما هي منطقة الخدمة التي يغطيها برنامج Health Net Cal MediConnect؟

تشمل منطقة خدمتنا هذه المقاطعة في ولاية كاليفورنيا: لوس أنجلوس ما عدا الرمز البريدي التالي: 90704.

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

وفي حال انتقلت إلى خارج حدود منطقة خدمتنا، لا يمكنك حينها البقاء في هذه الخطة. عليك الاتصال بموظف الاستحقاق المحلي في مقاطعتك:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



<p>الرقم المجاني المحلي: 1-877-597-4777</p> <p>رقم الولاية المجاني: 1-800-541-5555</p> <p>يكون الاتصال مجانياً. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م، ما عدا أيام العطل</p>	اتصل على
<p>الرقم المجاني المحلي: 1-800-660-4026</p> <p>رقم الولاية النصي TTY: (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) 711</p> <p>هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	TTY
<p>ارجع إلى الصفحات البيضاء تحت عنوان "حكومة المقاطعة" في دليل الهاتف لديك للبحث عن أقرب مكتب خدمات اجتماعية.</p>	المراسلة
<p>http://dpss.lacounty.gov/programs.cfm</p>	الموقع الإلكتروني

E. ما الذي يؤهلك لكي تصبح عضواً في الخطة؟

تعتبر مؤهلاً في خطتنا طالما أنك:

- تعيش في منطقة خدمتنا،
 - تبلغ من العمر 21 عاماً أو أكبر عند وقت التسجيل،
 - لديك اشتراك في الجزء (أ) والجزء (ب) من برنامج Medicare،
 - مؤهل حالياً لبرنامج Medi-Cal وتنتقل مزيا Medi-Cal، بما في ذلك:
الأفراد المسجلين في برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP).
الأفراد الذين يستوفون شروط مشاركة التكاليف المبيّنة أدناه:
المقيمون في مرفق ترميز مع ميزة مشاركة التكاليف،
المسجلون في برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض MSSP،
 - مواطنين في الولايات المتحدة أو مقيمين بصفة قانونية في الولايات المتحدة.
- وقد تتوفر قواعد استحقاق إضافية في مقاطعتك. اتصل بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



F. ما الذي تتوقعه عندما تنضم إلى خطة رعاية صحية لأول مرة

عند الانضمام إلى الخطة لأول مرة، سوف تتلقى تقييمًا للمخاطر الصحية (HRA) ما بين 45 و90 يومًا بناءً على حالتك الصحية (أي المخاطر العالية أو المتدنية).

نحن مطالبون بإتمام تقييم المخاطر الصحية لك. يعد 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 الأجل 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.

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

إذا كان برنامج Health Net Cal MediConnect جديدًا بالنسبة لك، يمكنك مواصلة زيارة الأطباء الذين تتعامل معهم حاليًا لفترة زمنية معينة. يمكنك الاحتفاظ بمقدمي الخدمة الحاليين وتفويضات الخدمة لدى التسجيل لفترة تصل إلى 12 شهرًا في حال استيفاء جميع الشروط التالية:

- تقديمك أو ممثلك أو مقدم خدماتك طلب مباشر إلينا لمواصلة التعامل مع مقدم خدماتك الحالي.
- يمكننا إثبات أنك على علاقة قائمة بمقدم خدمة صحية أولية أو متخصص، مع بعض الاستثناءات. وعندما نقول علاقة قائمة، يُقصد بها أنك قد قمت بزيارة أحد مقدم خدمة خارج الشبكة مرة واحدة على الأقل في زيارات غير طارئة خلال 12 شهرًا قبل تاريخ التسجيل الأولي في برنامج Health Net Cal MediConnect.

وسنقرر العلاقة القائمة من خلال مراجعة معلوماتك الصحية المتاحة لدينا أو مراجعة المعلومة التي زدتنا بها.

لدينا 30 يومًا للرد على طلبك. كما يمكنك أيضًا مطالبتنا باتخاذ قرار أسرع ويجب علينا الاستجابة في غضون 15 يومًا.

يجب أن تظهر أو مقدم خدماتك وثائق بالعلاقة القائمة والموافقة على بعض الشروط المحددة لدى تقديم الطلب.

← **يرجى الملاحظة:** لا يمكن تقديم هذا الطلب لمقدمي الأجهزة الطبية المعمرة (DME) أو خدمات النقل أو غير ذلك من الخدمات المساعدة أو الخدمات غير المشمولة في Cal MediConnect.

بعد انتهاء فترة استمرارية الرعاية، يجب عليك زيارة الأطباء وغيرهم من مقدمي الخدمات في شبكة Health Net Cal MediConnect التابعين للمجموعة الطبية الخاصة بطبيب الرعاية الأولية الخاص بك، ما لم تجري اتفاقاً مع طبيبك خارج الشبكة. مقدم خدمة الشبكة هو مقدم خدمة يعمل بالتعاون مع خطة الرعاية الصحية. ولدى تسجيلك في خطتنا، سوف تختار مجموعة طبية متعاقدة من شبكتنا. كما ستختار طبيب رعاية أولية (PCP) من هذه المجموعة الطبية المتعاقدة. في حال لم تقم باختيار مجموعة طبية ومقدم رعاية أولية متعاقد، سنوكل واحد لك. راجع الفصل رقم 3 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.

G. ما هو فريق الرعاية وخطة الرعاية؟

فريق الرعاية

هل تحتاج إلى مساعدة للحصول على الرعاية التي تحتاجها؟ بإمكان فريق الرعاية تقديم المساعدة لك. فقد 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 (TTY: 711) للسؤال عن فريق الرعاية، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. يكون الاتصال مجانياً. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. **للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة**

www.healthnet.com/calmediconnect



خطة الرعاية

سوف يعمل فريق الرعاية ومنسق الرعاية بالتعاون معك للتوصل إلى خطة رعاية. وستطلعك خطة الرعاية وأطباءك ما هي الخدمات التي تحتاجها، وكيف ستحصل عليها. وتتضمن احتياجاتك الطبية والصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأمد (LTSS). وسيتم وضع خطة رعايتك تناسب احتياجاتك.

وسوف تتضمن خطة رعايتك:

- أهداف رعايتك الصحية.
- جدول زمني حول متى ينبغي عليك الحصول على الخدمات التي تحتاجها.

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

H. هل تحتوي Health Net Cal MediConnect على قسط خطة شهري؟

لا.

I. معلومات عن دليل الأعضاء

يعد دليل الأعضاء هذا جزءاً من تعاقداً معك. وهذا يعني أنه يجب علينا إتباع كافة القواعد في هذا المستند. وإذا كنت تعتقد بأننا قد قمنا بشيء يتناقض مع هذه القواعد، يمكنك حينها تقديم التماس أو الطعن قضائياً ضد إجرائنا. كيفية تقديم الالتماس، انظر الفصل 9 أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يسري هذا العقد على الأشهر التي سجلت بها في برنامج Health Net Cal MediConnect ما بين 1 يناير 2018 و 31 ديسمبر 2018.

J. ما هي 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 مقدم الخدمة والصيدليات وقائمة بالأدوية المشمولة.

بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect

ستحصل بموجب خطتنا على بطاقة واحدة لخدمات Medicare و Medi-Cal، بما في ذلك الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأجل 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 LAST NAME]</p> <p>Member ID: [XXXXXXXXXX]</p> <p>Health Plan (80840): 9210567898</p> <p>MEMBER CANNOT BE CHARGED</p> <p>Cost Sharing/Copays: \$0 for PCP/Specialist/ER</p> <p>PCP Name: [PCP FIRST MI LAST NAME]</p> <p>Provider Group: [PPG NAME]</p> <p>CMS_H3237_001 Material ID# [XXXXX_XXXX_XXXX] CMS Approved [XXXXXXXX]</p>	<p>Health Net COMMUNITY SOLUTIONS</p> <p>MedicareRx Prescription Drug Coverage</p> <p>RxDIN: [004336] RxPCN: [MEDDADV] RxGrp: [RX6270] RxDID: [XXXXXXXXXXXX]</p>	<p>Member/Provider Service & Behavioral Health: [X-XXX-XXX-XXXX] TTY Member Service & Behavioral Health: [XXX] 24-Hour Nurse Advice Line: [X-XXX-XXX-XXXX] or TTY: [XXX] Caremark Pharmacy Help Desk: [X-XXX-XXX-XXXX] PCP Phone Number: [X-XXX-XXX-XXXX]</p> <p>Website: [www.healthnet.com/calmedicconnect]</p> <p>Send claims to: Submit Medical Claims to: [Health Net Community Solutions, Inc.] [P.O. Box 14703] [Lexington, KY 40512]</p> <p>Submit Drug Claims to: [Health Net - Attn: Pharmacy Claims] [PO Box 419069] [Rancho Cordova, CA 95741-9069]</p>
--	--	---

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmedicconnect



في حالة تلف أو فقدان أو سرقة بطاقة Cal MediConnect، اتصل بخدمات الأعضاء فوراً وسوف نرسل إليك بطاقة جديدة. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

طالما أنك عضو في خطتنا، لن تحتاج 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 لاحقاً. في حال إبرازك بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect، سيقدّم مقدم الخدمة فاتورة إلى Medicare بدلاً من خطتنا، وقد تصلك الفاتورة. راجع الفصل 7 لمعرفة ما عليك فعله في حال حصولك على فاتورة من مقدم الخدمة.

يرجى تذكر أنه والنسبة لخدمات الصحة العقلية التي قد تتلقاها من خطة الصحة النفسية للمقاطعة (MHP)، سوف تحتاج إلى بطاقة Medi-Cal للحصول على هذه الخدمات.

دليل مقدم الخدمة والصيدليات

يضم دليل مقدمي الرعاية والصيدليات مقدمي الرعاية والصيدليات في شبكة برنامج Health Net Cal MediConnect. وبصفتك عضواً في خطتنا، يتعين عليك الاستعانة بمقدمي الخدمة للحصول على الخدمات المغطاة. وتوجد بعض الاستثناءات عند الانضمام لأول مرة إلى خطتنا (انظر الصفحة رقم 8).

← يمكنك الاستفسار عن دليل مقدم الخدمة والصيدليات وذلك بالاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. كما يمكنك الاطلاع على دليل مقدم الخدمة والصيدليات على العنوان www.healthnet.com/calmediconnect أو قم بتنزيله من هذا الموقع الإلكتروني.

وبإمكان كل من خدمات الأعضاء والموقع تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات الحاصلة في مقدمي الخدمة والصيدليات داخل شبكتنا. ويذكر هذا الدليل أخصائيي الرعاية الصحية (مثل الأطباء والمرضى الممارسين والأطباء النفسيين)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات)، ومقدمي الدعم (مثل مقدمي خدمة رعاية المسنين والصحة المنزلية) ممن تعتبرهم أعضاء في Health Net Cal MediConnect. كما ندرج الصيدليات التي يمكنك الاستفادة منها للحصول على الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية. وتتضمن الصيدليات المدرجة في الدليل الصيدليات بالتجزئة والطلب البريدي والتسريب الوريدي بالمنزل والرعاية طويلة الأمد (LTC).

ما المقصود بـ "مقدمي خدمة الشبكة"؟

■ يتضمن مقدمي الخدمة في شبكتنا:

أطباء وممرضين وغيرهم من أخصائيي الرعاية الصحية والذي يمكنك زيارتهم كعضو في خطتنا.

العيادات والمستشفيات والمرافق التمريضية وغيرها من الأماكن التي توفر خدمات صحية في خطتنا.

الخدمات طويلة الأمد والدعم (LTSS) وخدمات الصحة السلوكية ووكالات الصحة المنزلية ولوازم المعدات الطبية المعمرة وآخرين ممن يقدمون البضائع والخدمات التي تحصل عليها من خلال Medicare وMedi-Cal.

■ وقد اتفق مقدمو خدمة الشبكة على قبول الدفع من خلال خطتنا للخدمات المشمولة كـمبلغ كامل.

■ **يرجى الملاحظة:** لا يعتبر مقدمو خدمات الدعم المنزلي (IHSS) جزءاً من الشبكة. يمكنك اختيار أي مقدم خدمات الدعم المنزلي (IHSS) مؤهل من اختيارك.

ما المقصود بـ "صيدليات الشبكة"؟

■ صيدليات الشبكة هي الصيدليات (مستودعات الأدوية) التي وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. قم باستخدام دليل مقدم الخدمة والصيدليات للعثور على صيدلية الشبكة التي تود التعامل معها.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. **للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة**

www.healthnet.com/calmediconnect



- باستثناء حالات الطوارئ، يجب أن تصرف وصفاتك الطبية في واحدة من صيدليات شبكتنا إذا كنت ترغب في مساعدة خطتنا في الدفع مقابلها.

اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 لمزيد من المعلومات من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. بإمكان كل من خدمات الأعضاء وموقع Health Net Cal MediConnect الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات حول التغييرات الحاصلة في مقدمي الخدمة والصيدليات في شبكتنا.

قائمة الأدوية المشمولة

تحتوي الخطة على قائمة الأدوية المشمولة. نطلق عليها اختصاراً "قائمة الأدوية". توضح لك هذه القائمة الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية المشمولة في برنامج Health Net Cal MediConnect.

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

سنرسل إليك سنوياً نسخة من قائمة الأدوية، إلا أنه قد تحدث بعض التغييرات خلال العام. وللحصول على أحدث المعلومات حول الأدوية المشمولة في التغطية، تفضل بزيارة موقع www.healthnet.com/calmedicconnect أو اتصل على (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

شرح المزايا

عند استخدامك مزايا الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية من الجزء (د)، سنرسل إليك تقريراً ملخصاً لمساعدتك على فهم وتتبع عمليات دفع تكاليف الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية في الجزء د. ويطلق على التقرير الملخص هذا اسم شرح المزايا (EOB).

يوضح لك شرح المزايا المقدار الإجمالي الذي أنفقته على أدوية الوصفة الطبية، أو ما أنفقته الآخرون بالنيابة عنك، من الجزء د والمقدار الإجمالي الذي دفعناه لكل دواء من أدوية الوصفة الطبية من الجزء د خلال الشهر. يوفر لك الفصل 6 مزيداً من المعلومات حول شرح المزايا وكيف يمكنها مساعدتك في متابعة تغطية أدويةك.

ويتوفر أيضاً شرح المزايا عند الطلب. للحصول على نسخة منه، يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

K. كيف يمكنك المحافظة على سجل عضويتك محدثاً؟

يمكنك المحافظة على بطاقة عضويتك محدثة من خلال السماح لنا عندما تتغير معلوماتك.

يحتاج مقدمو خدمة الشبكة وصيدلياتها إلى معرفة المعلومات الصحيحة عنك. حيث يستخدمون بطاقة عضويتك للتعرف على الخدمات والأدوية التي تحصل عليها وما تكلفتها بالنسبة لك. ولهذا، من المهم أن تقدم لنا العون في الحفاظ على معلوماتك محدثة.

أعلمنا بما يلي:

- إذا كان لديك أي تغيير في اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك.
- إذا كان لديك أي تغيير في أي تغطية تأمين صحية، على سبيل المثال، من جهة عملك أو جهة عمل الزوج أو تعويض العمال.
- إذا كانت لديك أي مطالبات بالتعويض، مثل مطالبات حوادث السيارات.
- إذا تم إدخالك إلى دار تمريض أو مستشفى.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmedicconnect

- إذا حصلت على رعاية في مستشفى أو غرفة طوارئ.
- إذا تغير مقدم الخدمة أو أي شخص مسؤول عنك.
- إذا كنت جزءاً من دراسة بحثية سريرية.

في حال حصل أي تغيير على المعلومات، يرجى إعلامنا عبر الاتصال على خدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. سيتم معاودة الاتصال بك في يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

كما يمكنك أيضاً تغيير عنوانك و/أو رقم هاتفك من خلال زيارة موقع الويب الخاص بنا على العنوان www.healthnet.com/calmediconnect

هل نحافظ على سرية معلوماتك الصحية الشخصية؟

نعم. نلتزمنا بقوانين الولاية والقوانين الفيدرالية بالحفاظ على سرية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية. حيث نعمل على حماية معلوماتك الصحية. لمزيد من المعلومات حول كيفية حمايتنا لمعلوماتك الصحية الشخصية، انظر الفصل 11.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة

جدول المحتويات

- A. كيفية الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect (خطة Medicaid-Medicare)** 14
- 14..... اتصل بخدمات الأعضاء بشأن:
- B. كيفية الاتصال بمنسق رعايتك** 16
- 16..... اتصل بمنسق رعايتك بشأن:
- C. كيف تتصل بخط المشورة التمريرية** 18
- D. كيفية الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية** 19
- 20..... كيفية الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية بشأن:
- E. كيف تتصل ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP)** 20
- 21..... اتصل ببرنامج الاستشارة وتبشير التأمين الصحي HICAP بشأن:
- F. كيفية الاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIQ)** 21
- 22..... اتصل ب Livanta بشأن:
- G. كيفية الاتصال ب Medicare** 22
- H. كيفية الاتصال بخيارات الرعاية الصحية في Medi-Cal** 23
- I. كيفية الاتصال ببرنامج MediConnect Ombuds** 23
- J. كيفية الاتصال بالخدمات الاجتماعية في المقاطعة** 24
- K. كيفية الاتصال بخطة الرعاية الصحية النفسية المتخصصة في مقاطعتك** 25
- 25..... الاتصال بخطة الصحة العقلية المختصة في المقاطعة بشأن:
- L. كيفية الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا** 25
- M. موارد أخرى** 26

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



A. كيفية الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect (خطة Medicaid-Medicare)

1-855-464-3571	اتصل على
يتوفر شخص مباشر للتحدث معك هنا، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص وحتى 8:00 م. وفي أوقات أخرى، بما فيها أيام السبت والأحد والعطل الرسمية، يمكنك ترك رسالة صوتية. وسنعاود الاتصال بك في يوم العمل التالي. ويوجد لدينا خدمات مترجم فوري مجاني للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.	
711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) المكاملة مجانية.	TTY
هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه. من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 8:00 م. وفي أوقات أخرى، بما فيها أيام السبت والأحد وأيام العطل الرسمية - يمكنك ترك رسالة صوتية.	
1-866-461-6876 أو 1-800-281-2999	فاكس
Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422	المراسلة
www.healthnet.com/calmediconnect	الموقع الإلكتروني

اتصل بخدمات الأعضاء بشأن:

- الاستفسارات عن الخطة
 - الاستفسارات حول المطالبات أو الفواتير أو بطاقات العضو
 - قرارات التغطية بخصوص رعايتك الصحية
- تعتبر قرارات التغطية بخصوص رعايتك الصحية بمثابة قرار حول:
- « مزاياك وخدماتك المغطاة، أو
- « المقدار الذي سوف ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
- اتصل بنا في حال كان لديك استفسارات حول قرار التغطية حول رعايتك الصحية.
- ← للاطلاع على المزيد حول قرارات التغطية، راجع الفصل 9.
- استئنافات بخصوص رعايتك الصحية
- يعتبر الاستئناف الطريقة الرسمية لطلب مراجعة قرار اتخذه يتعلق بالتغطية الخاصة بك ولأن تطلب منا تغييره إذا اعتقدت بأننا ارتكبنا خطأ.
- ← ولمعرفة المزيد حول تقديم الاستئناف، راجع الفصل 9.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



■ شكاوى بخصوص رعايتك الصحية

يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد أي مقدم خدمة (بما في ذلك مقدم خدمة من الشبكة أو خارجها). مقدم خدمة الشبكة هو مقدم خدمة يعمل بالتعاون مع خطة الرعاية الصحية. يمكنك أيضاً التقدم بشكوى فيما يتعلق بجودة الرعاية التي حصلت عليها إلينا أو إلى مؤسسة تحسين الجودة (راجع القسم "F" أدناه).

← يمكنك الاتصال بنا وشرح شكاوك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

← إذا كانت شكاوك حول قرار التغطية بخصوص رعايتك الصحية، يمكنك تقديم استئناف (راجع القسم أعلاه).

← يمكنك إرسال شكوى بخصوص برنامج Health Net Cal MediConnect إلى Medicare. يمكنك استخدام النموذج الموجود على الإنترنت على <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. أو يمكنك الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، لطلب المساعدة.

← يمكنك تقديم شكوى بخصوص برنامج Health Net Cal MediConnect إلى برنامج Cal MediConnect Ombuds Program بالاتصال على الرقم (1-855-847-7914) (TTY: 1-855-501-3077).

← ولمعرفة المزيد حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الصحية، راجع الفصل 9.

■ قرارات التغطية بخصوص أدويةك

تعتبر قرارات التغطية بخصوص رعايتك الصحية بمثابة قرار حول:

« مزاياك وخدماتك المغطاة، أو

« المقدار الذي سوف ندفعه مقابل خدماتك الصحية.

ويطبق هذا 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.

■ استئنافات بخصوص أدويةك

يعد الاستئناف طريقة لمطالبتنا بتغيير قرار التغطية.

لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم استئناف حول الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية عبر الهاتف، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

← لمعرفة المزيد حول قرارات التغطية المتعلقة بالأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، راجع الفصل رقم 9.

■ شكاوى بخصوص أدويةك

يمكنك التقدم بشكوى ضدنا أو ضد أي مقدم خدمة أو أي صيدلية. ويشمل هذا شكوى بخصوص الأدوية الخاصة بك من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.

إذا كانت شكاوك حول قرار التغطية بخصوص رعايتك الصحية، يمكنك تقديم استئناف. (راجع القسم أعلاه).

يمكنك إرسال شكوى بخصوص برنامج Health Net Cal MediConnect إلى Medicare. يمكنك استخدام النموذج الموجود على الإنترنت على <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>. أو يمكنك الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، لطلب المساعدة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



← لمعرفة المزيد حول قرارات التغطية المتعلقة بالأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، راجع الفصل رقم 9.

▪ الدفع مقابل الرعاية الصحية أو الأدوية التي دفعت مقابلها فعلياً

لمعرفة المزيد حول كيفية مطالبتنا بإعادة سداد ما دفعت، أو دفع فاتورة حصلت عليها، راجع الفصل رقم 7.

← إذا طلبت منا سداد فاتورة وقمنا برفض أي جزء من طلبك، يمكنك استئناف قرارنا. راجع الفصل 9 لمعرفة المزيد عن الاستئنافات.

B. كيفية الاتصال بمنسق رعايتك

يعد منسق الرعاية هو الشخص الرئيسي الوحيد الذي يتعاون معك ومع خطة الرعاية الصحية ومقدمي رعايتك للتأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها. وسيتم تخصيص منسق الرعاية يهتم بأمرك عندما تصبح عضواً في الخطة.

سوف تخبرك خدمات الأعضاء كيف يمكنك التواصل مع منسق رعايتك. ويساعدك منسق الرعاية على تجميع خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الصحية. وسوف يتعاون/تعاون معك لإعداد خطة رعايتك. كما سيساعدك/تساعدك على تحديد من سيكون في فريق الرعاية الخاص بك. ويوفر لك منسق الرعاية المعلومات التي تحتاج إليها لإدارة رعايتك الصحية. وسوف يساعدك هذا أيضاً في تحديد الخيارات المناسبة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتواصل مع منسق رعايتك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

وفي حال رغبتك بتغيير منسق رعايتك أو لديك أية استفسارات، يرجى الاتصال بأرقام الهواتف المدرجة أدناه.

يمكنك أيضاً الاتصال على منسق رعايتك قبل التواصل معهم. اتصل على الرقم أدناه واطلب التحدث إلى منسق رعايتك.

اتصل على	1-855-464-3571 يكون الاتصال مجانياً. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص وحتى 8:00 م. وفي أوقات أخرى، بما فيها أيام السبت والأحد والعطل الرسمية - يمكنك ترك رسالة صوتية. ويوجد لدينا خدمات مترجم فوري مجاني للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.
TTY	711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) المكاملة مجانية. هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص وحتى 8:00 م. وفي أوقات أخرى، بما فيها أيام السبت والأحد والعطل الرسمية - يمكنك ترك رسالة صوتية.
المراسلة	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422

اتصل بمنسق رعايتك بشأن:

- الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية
- الاستفسارات المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة السلوكية واضطرابات استخدام العقاقير)
- الاستفسارات المتعلقة بالنقل

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



■ الاستفسارات المتعلقة بالخدمات والدعم طويل الأمد (LTSS)

تشمل الخدمات والدعم طويل الأمد LTSS خدمات الدعم المنزلي (IHSS) وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) والمرافق التمريرية (NF). يمكنك الحصول في بعض الأحيان على المساعدة بخصوص رعايتك الصحية اليومية واحتياجاتك المعيشية. ويمكنك الحصول على هذه الخدمات:

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

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS):

قد يتم تأهيل أعضاء برنامج Medi-Cal الذين يعانون من إعاقة بدنية أو نفسية أو اجتماعية والتي تظهر بعد سن 18 عامًا والذين قد يستفيدون من خدمات البالغين المجتمعية (CBAS). يجب أن يستوفي الأعضاء المؤهلون إحدى المعايير التالية:

- الاحتياجات المهمة بشكل كافٍ لتلبية مستوى المرفق التمريري للرعاية أ (NF-A) أو أعلى
 - إعاقة إدراكية متوسطة إلى شديدة، بما في ذلك الزهايمر المتوسط إلى الشديد أو غيرها من أمراض الخرف
 - الإعاقة التنموية
- إعاقة إدراكية بسيطة إلى متوسطة، بما في ذلك الزهايمر أو الخرف وبحاجة إلى المساعدة أو الإشراف في اثنين مما يلي:

- | | |
|----------------|---------------------------|
| الاستحمام | ○ المساعدة في دخول المراض |
| ارتداء الملابس | ○ السير |
| الإطعام الذاتي | ○ النقل |
| إدارة الأدوية | ○ النظافة |

مرض نفسي مزمن أو إصابة في الدماغ وبحاجة إلى المساعدة أو الإشراف في اثنين مما يلي:

- | | |
|----------------|---------------------------|
| الاستحمام | ○ المساعدة في دخول المراض |
| ارتداء الملابس | ○ السير |
| الإطعام الذاتي | ○ النقل |

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الإدارة الدوائية أو الحاجة إلى المساعدة أو الإشراف في أحد الاحتياجات من القائمة أعلاه وأحد الأمور التالية:

النظافة

الإدارة المالية

الوصول إلى الموارد

تحضير الطعام

النقل

- توقع معقول بأنه ستبقي الخدمات الوقائية على المستوى الحالي للوظيفة أو تحسنه (على سبيل المثال في حالات إصابات الدماغ إثر صدمة أو عدوى)
- احتمالية كبيرة لحدوث مزيد من التدهور والإيداع المحتمل بالمؤسسات إذا لم تتوفر خدمات البالغين المجتمعية CBAS (على سبيل المثال، في حالات ورم المخ أو الخرف المتعلق بفيروس العوز المناعي البشري)

برامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP):

للتأهل إلى التسجيل في برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)، يجب على أعضاء Medi-Cal استيفاء كافة المعايير التالية:

- أن يكون قد بلغ سن 65 عاماً أو أكبر
- أن يتم تبليغه بشأن الإيداع في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF)
- العيش في مقاطعة فيها موقع لبرنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP) والإقامة في منطقة خدمة الموقع
- أن يكون ملائم لخدمات إدارة الرعاية
- القدرة على تلقي الخدمة في إطار حدود تكلفة برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض MSSP

المرافق التمريضية (NF):

يجب أن يكون الأعضاء بحاجة إلى رعاية طبية قصيرة الأجل لمدة 24 ساعة أو رعاية طبية طويلة الأجل باستشارة من الطبيب ليكونوا مؤهلين للحصول على الرعاية طويلة الأمد (LTC) أو مرفق رعاية تمريضية ماهرة (SNF).

C. كيف تتصل بخط المشورة التمريضية

تعتبر خدمة استشارات التمريض في Health Net Cal MediConnect خدمة تدريب هاتفية مجانية واستشارة تمريضية تقدم على يد أطباء مدربين متوفرة على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع. وتوفر خدمة استشارات التمريض وتقييمات رعاية صحية فعلي لمساعدة الأعضاء في تحديد مستوى الرعاية المطلوبة في الوقت الحاضر. ويوفر الممرضون مشاورات فردية والرد على الاستفسارات الصحية ودعم إدارة الأعراض التي تمكن الأعضاء من اتخاذ قرارات واثقة وملائمة تتعلق بالرعاية والعلاج. وبإمكان الأعضاء الوصول إلى خدمة استشارات التمريض بالاتصال على رقم خدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect الموجود على خلف بطاقة العضوية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



<p>1-855-464-3571</p> <p>يكون الاتصال مجانياً. يتوفر التدريب والاستشارة التمريضية من أطباء مدربين على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع.</p> <p>ويوجد لدينا خدمات مترجم فوري مجاني للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>TTY: 711</p> <p>يكون الاتصال مجانياً.</p> <p>هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p> <p>يتوفر التدريب والاستشارة التمريضية من أطباء مدربين على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>TTY</p>

اتصل على خط المشورة التمريضية بشأن:

- الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية
- ويوفر خدمة استشارات التمريض المتاح على مدار 7/24 ساعة دعماً سريرياً فورياً لمسائل وأسئلة صحية يومية. تتضمن بعض الطرق التي تساعد فيها الممرضة المتصل:
 - الاهتمام بالإصابات والأمراض الصغرى،
 - الحصول على حالات صحية طارئة،
 - اتخاذ قرارات مناسبة بشأن رعايتك الصحية
- الاستشارات الشخصية مع طبيب سريري مدرب. يتمتع جميع طاقمنا الطبي المتاحين على مدار 24 ساعة بالخبرة والمهارة لمساعدتك فيما يتعلق بالشاغل الرئيسي مع استكشاف مجموعة المشكلات التي قد تتعلق به والمتأزمة نتيجة له والتعامل معها.
- الإجابة على الأسئلة الصحية على مدار 24 ساعة في اليوم. إلا أنه يجب الاتصال على الرقم 911 أو الذهاب مباشرة إلى غرفة الطوارئ في الحالات المهددة للحياة.

D. كيفية الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية

<p>1-855-464-3571 يكون الاتصال مجانياً.</p> <p>يتوفر طاقم طبي مرخصين بالصحة السلوكية على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع.</p> <p>ويوجد لدينا خدمات مترجم فوري مجاني للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
---	-----------------

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) المكالمات مجانية.	TTY
هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.	
يتوفر طاقم طبي مرخصين بالصحة السلوكية على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع.	

كيفية الاتصال بخط أزمات الصحة السلوكية بشأن:

■ الاستفسارات عن الصحة السلوكية وخدمات تعاطي المخدرات

يوفر لك برنامج Health Net Cal MediConnect فرصة الوصول إلى المعلومات الطبية والمشورة على مدار الساعة. ولدى اتصالك، سيقوم متخصصين في الصحة السلوكية بالرد على أسئلتك المتعلقة بالصحة. إذا كانت لديك حاجة صحية عاجلة لكن ليست طارئة، يمكنك الاتصال على خط الأزمات الصحية السلوكية على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع في ما يتعلق بالأسئلة السريرية للصحة السلوكية.

لمعرفة الأسئلة المتعلقة بخدمات الصحة العقلية المختصة في مقاطعتك، اتجه إلى الصفحة 25

E. كيف تتصل ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP)

يقدم برنامج الاستشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) استشارة تأمين صحي مجاني لأفراد في Medicare. وبإمكان مستشاري برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. يتمتع برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP بكادر من المستشارين الخاضعين للتدريب في كل مقاطعة، وتكون الخدمات مجانية.

لا يرتبط برنامج الاستشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP بأي شركة تأمين أو خطة رعاية صحية.

1-213-383-4519 في مقاطعة لوس أنجلوس: 1-800-824-0780 الاثنين - الجمعة، من الساعة 9:00 ص وحتى 5:00 م.	اتصل على
في مقاطعة لوس أنجلوس: 1-213-251-7920 هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.	TTY
HICAP 520 S. Lafayette Park Place, Suite 214 Los Angeles, CA 90057	المراسلة
http://www.aging.ca.gov/HICAP/Contact_HICAP/County_List/	الموقع الإلكتروني

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. **للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة**

www.healthnet.com/calmediconnect



اتصل ببرنامج الاستشارة وتبشير التأمين الصحي HICAP بشأن:

■ استفسارات متعلقة بخطة Cal MediConnect الخاصة بك

بإمكان خطة مستشارو برنامج الاستشارة وتبشير التأمين الصحي HICAP:

- « مساعدتك في فهم حقوقك،
- « مساعدتك في فهم خيارات خطتك،
- « الإجابة على أسئلتك حول التغيير إلى خطة جديدة،
- « مساعدتك في تقديم شكاوى فيما يتعلق برعايتك الصحية أو علاجك،
- « مساعدتك في تسوية مشكلاتك المتعلقة بفواتيرك.

F. كيفية الاتصال بمنظمة تحسين الجودة (QIQ)

يوجد في ولايتنا منظمة تدعى Livanta. وتتكون هذه المجموعة من أطباء ومتخصصين آخرين في الرعاية الصحية ممن يقدمون المساعدة في تحسين جودة الرعاية للأفراد المشتركين في Medicare. لا ترتبط Livanta بخطتنا.

اتصل على	1-877-588-1123
TTY	1-855-887-6668
فاكس	هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه. الاستنفاقات: 1-855-694-2929 كافة المراجعات الأخرى: 1-844-420-6672
المراسلة	Livanta BFCC-QIO Program, Area 5 9090 Junction Drive, Suite 10 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	www.BFCCQIOAREA5.com

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



اتصل بـ Livanta بشأن:

■ الاستفسارات المتعلقة بالرعاية الصحية

يمكنك التقدم بشكوى حول الرعاية التي حصلت عليها في حال:

- « واجهت مشكلة فيما يتعلق بجودة الخدمة،
- « اعتقدت أن إقامتك بالمستشفى تنتهي في وقت مبكر،
- « اعتقدت بأن الرعاية الصحية المنزلية الخاص بك أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة أو مرفق إعادة تأهيل المرضى الخارجيين الشامل (CORF) على وشك الانتهاء قريباً.

G. كيفية الاتصال بـ Medicare

يعد Medicare 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 زرع كلوي). وتتألف الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare من مراكز خدمات Medicare و Medicaid أو CMS.

<p>1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)</p> <p>تعتبر المكالمات على هذا الرقم مجانية، على مدار 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>1-877-486-2048 المكالمات مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>TTY</p>
<p>http://www.medicare.gov</p> <p>هذا هو الموقع الإلكتروني الرسمي لـ Medicare. بمعلومات محدثة حول Medicare. كما تضم معلومات حول المستشفيات ومراكز التمريض والأطباء والوكالات الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى. كما تضم كتيبات يمكنك طباعتها مباشرة من كومبيوترك. كما يمكنك أيضاً العثور على جهات اتصال Medicare في ولايتك من خلال تحديد "النماذج والمساعدة والموارد" ثم النقر فوق "الأرقام الهاتفية والمواقع الإلكترونية".</p> <p>يشتمل الموقع الإلكتروني الخاص بـ Medicare على أداة لمساعدتك في العثور على الخطط في منطقتك:</p> <p>مكتشف خطة Medicare: توفر معلومات مخصصة حول خطط أدوية الوصفات الخاصة ببرنامج Medicare والخطط الصحية لـ Medicare وسياسات Medigap (التأمين التكميلي لـ Medicare) في منطقتك. حدد "العثور على الخطط الصحية وخطط الأدوية".</p> <p>إذا لم يكن لديك كومبيوتر، بإمكان مكتبك المحلية أو مركز المسنين مساعدتك في زيارة الموقع الإلكتروني باستخدام الكومبيوتر المتوفر لديهم. أو يمكنك الاتصال على Medicare على الرقم المتاح أعلاه وإخبارهم ما هي المعلومات التي تبحث عنها. وسيعملون على إيجاد المعلومات على الموقع الإلكتروني وطباعتها وإرسالها إليك.</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



H. كيفية الاتصال بخيارات الرعاية الصحية في Medi-Cal

بإمكان خيارات الرعاية الصحية لبرنامج Medi-Cal مساعدتك إذا كانت لديك استفسارات تتعلق باختيار خطة Cal MediConnect أو مسائل أخرى تتعلق بالتسجيل. للحصول على استشارات مجانية عن التأمين الصحي للأفراد المشتركين في Medicare (HICAP)، راجع القسم E.

1-844-580-7272	اتصل على
يتوفر ممثلو خيارات الرعاية الصحية ما بين الساعة 8:00 ص والساعة 5:00 م، من الاثنين حتى الجمعة.	
1-800-430-7077	خط التواصل النصي للصم والبكم (TTY/TDD)
هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.	
California Department of Health Care Services Health Care Options Box 989009 West Sacramento, CA 95798-9850	المراسلة
https://www.healthcareoptions.dhcs.ca.gov/contact-us	الموقع الإلكتروني

أ. كيفية الاتصال ببرنامج MediConnect Ombuds

يساعدك برنامج أمين مظالم Cal MediConnect Ombuds بمشاكل الخدمة أو الفواتير. بإمكانهم الرد على استفساراتكم ومساعدتكم في فهم ما يتعين القيام به للتعامل مع مشاكلك. هذه الخدمات مجانية.

لا يتصل برنامج Cal MediConnect Ombuds بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة رعاية صحية.

1-855-501-3077 يكون الاتصال مجانياً.	اتصل على
الاثنين - الجمعة، من 9:00 ص وحتى 5:00 م، ما عدا أيام العطل، ويغلق من الساعة 2:00 م وحتى 4:00 يوم الأربعاء	
1-855-847-7914	TTY
الاثنين - الجمعة، من 9:00 ص وحتى 5:00 م	
هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.	

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



<p>Neighborhood Legal Services of Los Angeles County c/o the Los Angeles Health Consumer Alliance</p> <p>13327 Van Nuys Blvd. Pacoima, CA 91331-3099</p> <p>1104 E. Chevy Chase Drive Glendale, CA 91205</p> <p>9354 Telstar Avenue El Monte, CA 91731</p>	<p>المراسلة</p>
<p>http://www.calduals.org/implementation/policy-topics/ombudsman-resources/.</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

ل. كيفية الاتصال بالخدمات الاجتماعية في المقاطعة

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة بالخدمات حيث تقدم الخدمات الاجتماعية في المقاطعة الدعم والمزايا حسب الحالة، تواصل مع قسم الخدمات الاجتماعية في المقاطعة المحلية

<p>1-888-678-4477 أو 1-888-944-4477 يكون الاتصال مجانياً. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م، ما عدا أيام العطل</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>TTY</p>
<p>ارجع إلى 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</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



K. كيفية الاتصال بخطة الرعاية الصحية النفسية المتخصصة في مقاطعتك

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

<p>الخط الساخن لقسم الصحة العقلية لمقاطعة لوس أنجلوس (DMH): 1-800-854-7771 يكون الاتصال مجانياً.</p> <p>على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع.</p> <p>ويوجد لدينا خدمات مترجم فوري مجاني للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) المكاملة مجانية.</p> <p>هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p> <p>على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع.</p>	<p>TTY</p>

الاتصال بخطة الصحة العقلية المختصة في المقاطعة بشأن:

■ استفسارات حول خدمات الصحة السلوكية التي تقدمها المقاطعة

للحصول على معلومات سرية مجانية تتعلق بالصحة العقلية وإحالات لمقدمي الخدمة والاستشارات الخاصة بالأزمات في أي يوم أو وقت، اتصل على الخط الساخن لخدمات الصحة السلوكية لمقاطعة لوس أنجلوس.

L. كيفية الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا

يتولى إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) مسؤولية تنظيم خطط الرعاية الصحية. وقد يساعدك مركز طلب المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا DMHC في الاستئنافات والشكاوى ضد خطتك الصحية بشأن خدمات Medi-Cal.

<p>1-888-466-2219</p> <p>إن ممثلي الرعاية الصحية المدارة (DMHC) متاحون لتلقي الاتصالات من الساعة 8:00 صباحاً ولغاية 6:00 مساءً، من يوم الاثنين إلى الجمعة.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>TDD: 1-877-688-9891</p> <p>711 TTY (خدمة توصيل الرسائل الوطنية)</p> <p>هذا الرقم مخصص لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. لا بد من وجود جهاز هاتف خاص لديك للاتصال عليه.</p>	<p>خط التواصل النصي للسمع والبكم (TTY/TDD)</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



المراسلة	Help Center California Department of Managed Health Care 980 9 th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814-2725
فاكس	1-916-255-5241
الموقع الإلكتروني	http://www.hmohelp.ca.gov

M. موارد أخرى

وكالات المنطقة المعنية بالمسنين

بإمكان وكالة منطقتك المحلية المعنية بالمسنين تزويدك بالمعلومات وتقديم المساعدة لتنسيق الخدمات المتوفرة للبالغين الأكبر سناً.

اتصل على	1-888-202-4248 1-213-738-2600 أو في مقاطعة لوس أنجلوس فقط: 1-800-510-2020 من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 5:00 م، ما عدا أيام العطل
TTY	711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية)
المراسلة	Los Angeles County Community & Senior Services 3333 Wilshire Blvd., Suite 400 Los Angeles, CA 90010
الموقع الإلكتروني	http://css.lacounty.gov/

قسم خدمات رعاية الصحية (DHCS):

بصفتك عضو في إطار خطتنا، فإنك مؤهل لكل من Medicare و Medicaid و Medi-Cal. يعد Medi-Cal (Medicaid) برنامجاً مشتركاً 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)، اتصل بقسم خدمات الرعاية الصحية (DHCS).

اتصل على	الرقم المجاني: 1-800-541-5555
TTY	711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية)

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



<p>Department of Health Care Services PO Box 997413, MS 4400 Sacramento, CA 95899-7413 www.medi-cal.ca.gov</p>	<p>المراسلة</p> <p>الموقع الإلكتروني</p>
---	--

الضمان الاجتماعي

يتحمل الضمان الاجتماعي مسؤولية تحديد الاستحقاق والتعامل مع إجراء التسجيل في برنامج Medicare. ويعتبر المواطنون الأمريكيون البالغون من العمر 65 عامًا أو الذين يعانون من عجز أو مرض المرحلة النهائية للمرض الكلوي ويستوفون شروط محددة، مؤهلين لبرنامج Medicare. إذا كنت تتلقى بالفعل شيكات الضمان الاجتماعي، يتحول التسجيل إلى Medicare تلقائيًا. وفي حال عدم حصولك على شيكات الضمان الاجتماعي، يجب عليك التسجيل في برنامج Medicare. يتولى الضمان الاجتماعي إجراء التسجيل في Medicare. ولتقديم طلب إلى Medicare، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي لديك.

ويتحمل الضمان الاجتماعي كذلك مسؤولية تحديد من يجب عليه دفع مبلغ إضافي لتغطية أدوية الجزء (د) نظرًا لأن لديهم دخلاً أعلى. وإذا حصلت على خطاب من الضمان الاجتماعي يُعلمك بأنه يجب عليك دفع مبلغ إضافي وكانت لديك أسئلة تتعلق بالمبلغ أو إذا انخفض دخلك نظرًا لحدث غير مجرى الحياة، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة النظر.

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

<p>1-800-772-1213 المكالمات على هذا الرقم مجانية.</p> <p>متاح من الساعة 7:00 ص إلى 7:00 م، من الاثنين إلى الجمعة حسب التوقيت الشرقي (تتوفر المعلومات المسجلة والخدمات الآلية على مدار 24 ساعة في اليوم، بما في ذلك عطل نهاية الأسبوع والإجازات).</p> <p>يمكنك استخدام الخدمات الهاتفية الآلية في الضمان الاجتماعي للحصول على المعلومات المسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.</p>	<p>اتصل على</p>
<p>1-800-325-0778</p> <p>يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص فقط لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق.</p> <p>المكالمات على هذا الرقم مجانية.</p> <p>متاح من الساعة 7:00 ص إلى 7:00 م، من الاثنين إلى الجمعة.</p>	<p>TTY</p>
<p>http://www.ssa.gov</p>	<p>الموقع الإلكتروني</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



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

جدول المحتويات

- A. نبذة عن "الخدمات" و"الخدمات المغطاة" و"مقدمي الخدمة" و"مقدمي خدمة الشبكة" 30
- B. تتم تغطية القواعد للحصول على الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأمد الخاصة بك في الخطة 30
- C. منسق رعايتك 31
- D. الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمة الأولية والمختصين وغير ذلك من مقدمي الخدمة الطبية في الشبكة ومقدمي الخدمة الطبية خارج الشبكة 31
- الحصول على الرعاية من طبيب الرعاية الأولية 31
- كيفية الحصول على الرعاية من متخصصين ومقدمي خدمة آخرين من الشبكة 34
- ماذا يحدث في حال ترك مقدم خدمة الشبكة خطتنا؟ 35
- كيف تحصل على الرعاية من مقدمي الخدمة خارج الشبكة 35
- E. الاستفسارات المتعلقة بالخدمات والدعم طويل الأمد (LTSS) 35
- F. كيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات) 36
- ما هي خدمات الصحة السلوكية التابعة لـ Medi-Cal المقدمة خارج برنامج Health Net Cal MediConnect من قسم الصحة العقلية لمقاطعة لوس أنجلوس (DMH) وقسم الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطراب تعاطي المخدرات) (DPH/SAPC)؟ 36
- G. كيفية الحصول على خدمات النقل 38
- H. كيفية الحصول على الخدمات المغطاة عندما تكون في حالة طبية طارئة أو بحاجة إلى رعاية عاجلة أو خلال الحادثة 39
- الحصول على الرعاية عندما تكون لديك حالة طبية طارئة 39
- الحصول على الرعاية العاجلة 40
- الحصول على الرعاية خلال الحادثة 41
- I. ماذا يحدث في حال محاسبتك مباشرة على الخدمات المغطاة من خلال خطتنا؟ 41
- ما الذي يتعين عليك فعله في حال كانت الخدمات غير مشمولة في خطتنا؟ 42

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- J.** كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك عندما تكون في دراسة بحثية سريرية؟ 42
- ما هي الدراسة البحثية السريرية؟ 42
- عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، من يدفع ومقابل ماذا؟ 42
- معرفة المزيد 43
- K.** كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك عندما تكون في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية؟ 43
- ما هي مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية؟ 43
- ما هي الرعاية التي يتم تغطيتها من قبل خطتنا في مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية؟ 43
- L.** قواعد امتلاك المعدات الطبية المعمرة (DME) 44
- هل ستتملك معدّاتك الطبية المعمرة DME 44
- ماذا يحدث إذا تحولت إلى Medicare؟ 44

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



A. نبذة عن "الخدمات" و"الخدمات المغطاة" و"مقدمي الخدمة" و"مقدمي خدمة الشبكة"

يُشير مصطلح الخدمات إلى خدمات الرعاية الصحية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأجل والمستلزمات وخدمات الصحة السلوكية والأدوية التي لا توصف إلا بوصفة طبية والأدوية المتاحة بدون وصفة والمعدات وغير ذلك من الخدمات. الخدمات المغطاة هي أي خدمات ضمن تلك الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. ويتم إدراج الرعاية الصحية المغطاة والصحة السلوكية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد في مخطط المزايا في الفصل 4.

مقدمو الخدمة هم الأطباء والممرضات 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 والخدمات وعمليات الدعم المحددة طويلة الأجل.

مقدمو خدمة الشبكة هم مقدمو الخدمة ممن يعملون مع الخطة الصحية. وقد وافق مقدمو الخدمة على قبول تسديدنا كدفعة كاملة. ويقوم مقدمو خدمة الشبكة بمحاسبتنا مباشرة عن الرعاية التي يقدمونها إليك. وعندما تراجع مقدم خدمة الشبكة، فإنك لا تدفع شيئاً عادة مقابل الخدمات المغطاة.

B. تتم تغطية القواعد للحصول على الرعاية الصحية والصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأمد الخاصة بك في الخطة

تغطي Health Net Cal MediConnect كافة الخدمات المغطاة من Medicare و Medi-Cal. ويشمل هذا الصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأمد (LTSS) والأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.

ويدفع برنامج Health Net Cal MediConnect عموماً مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأمد (LTSS) في حال اتبعت قواعد الخطة. ولكي تشملك التغطية:

- يجب أن تكون الرعاية التي تحصل عليها مزايا في الخطة. وهذا يعني أنه لا بد من إدراجها في مخطط مزايا الخطة. (يوجد المخطط في الفصل 4 من هذا الكتيب).
- يجب أن يتم تحديد الرعاية كضرورة. تقصد بكلمة ضرورة أنك بحاجة إلى الخدمات لوقاية حالتك أو تشخيصها أو معالجتها أو المحافظة على حالتك الصحية الحالية. ويشمل هذا الرعاية التي تفيدك من الذهاب إلى المستشفى أو دار التمريض. كما أنها تعني أيضاً الخدمات أو اللوازم أو العقاقير التي تستوفي معايير مقبولة من الممارسة الطبية.
- أما بالنسبة للخدمات الطبية، يجب أن يكون لديك طبيب رعاية أولية (PCP) من داخل الشبكة يطلب الرعاية أو يطلب منك زيارة طبيب آخر. وبصفتك عضو في الخطة، يجب أن تختار مقدم خدمة في الشبكة ليكون طبيبك الرعاية الأولية PCP.
- « وفي أغلب الأحيان، لا بد من موافقة طبيب الرعاية الأولية (PCP) الشبكة قبل أن تتمكن من استخدام مقدمي خدمة الآخرين في شبكة الخطة. وهذا ما يسمى بالإحالة. للاطلاع على المزيد حول الإحالات، راجع الصفحة رقم 33.
- « ينتسب أطباء الرعاية الأولية PCPs في خطتنا إلى مجموعات طبية. وعندما تختار طبيبك الرعاية الأولية PCP، فإنك تختار كذلك المجموعة الطبية المنتسب إليها. ويعني هذا أنه سيقوم طبيبك الرعاية الأولية PCP بإحالتك إلى أخصائيين وخدمات تنتسب كذلك إلى مجموعته/ها الطبية. المجموعة الطبية هي عبارة عن مجموعة من مقدمي الخدمة الأولية PCP والمتخصصين وغيرهم من مقدمي الخدمة الصحية حيث يعملون معاً ويتعاقدون للعمل مع خطتنا.
- « لا تحتاج إلى الإحالة من طبيب الرعاية الأولية (PCP) بالنسبة للرعاية الطارئة أو الرعاية الضرورية أو زيارة مقدم الخدمة الصحية للنساء. يمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية بدون إحالة من طبيب الرعاية الأولية (PCP). لمعرفة المزيد عن هذا، راجع الصفحة رقم 33.

← ولمعرفة المزيد عن اختيار طبيب رعاية أولية PCP راجع الصفحة 33.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- يجب أن تحصل على رعايتك من مقدم خدمة في الشبكة ينتسب إلى المجموعة الطبية الخاصة بطبيب الرعاية الأولية PCP. ولا تغطي الخطة بالعادة الرعاية من مقدم خدمة لا يعمل مع خطة الرعاية الصحية والمجموعة الطبية الخاصة بطبيب رعايتك الأولية PCP. إليك بعض الحالات التي لا تنطبق عليها هذه القاعدة:
- « تغطي هذه الخطة رعاية الطوارئ أو الرعاية الضرورية من مقدم خدمة خارج الشبكة. لمعرفة المزيد والاطلاع على معنى رعاية الطوارئ أو الرعاية العاجلة، انظر الصفحة 39.
- « إذا كنت بحاجة إلى الرعاية التي تغطيها خطتنا وليس بمقدور مقدم خدمة الشبكة التابع لنا تقديمها، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة. إذا كنت مطالبًا بزيارة مقدم خدمة خارج الشبكة، سيطلب منك إذن مسبق. بمجرد الموافقة على الإذن، سيتم إبلاغك وإبلاغ مقدم الخدمة الملتزم ومقدم الخدمة الموافق على الرعاية بالإذن الموافق عليه. وفي هذه الحالة، سوف نغطي الرعاية دون تكبد أي تكاليف تذكر. لمعرفة المزيد حول الحصول على الموافقة لزيارة مقدم رعاية من خارج الشبكة، انظر الصفحة 35.
- « تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى أثناء تواجدك خارج منطقة خدمة الخطة لفترة وجيزة. يمكنك الحصول على هذه الخدمات في مرفق غسيل كلى معتمد لدى Medicare.
- « ولدى انضمامك إلى الخطة أول مرة، يمكنك طلب الاستمرار في مراجعة مقدمي خدماتك الحاليين. ونحن مطالبون بالموافقة على هذا الطلب إذا تمكنا من إثبات أنك على علاقة حالية بمقدمي الخدمات، مع بعض الاستثناءات (راجع الفصل 1، الصفحة 8). وفي حال وافقتنا على طلبك، يمكنك متابعة زيارة مقدمي الخدمة الذي تزوره حاليًا لمدة 12 شهرًا لتلقي الخدمات. وخلال هذه الفترة، سيتصل بك منسق رعايتك لمساعدتك في إيجاد مقدمي خدمة شبكتنا منتسبين إلى المجموعة الطبية الخاصة بطبيب رعايتك الأولية PCP. وبعد 12 شهرًا، لن نغطي رعايتك في حال ما زلت تراجع مقدمي خدمة من خارج شبكتنا وغير منتسبين إلى المجموعة الطبية الخاصة بطبيب رعايتك الأولية PCP.

C. منسق رعايتك

- يعد منسق الرعاية هو الشخص الرئيسي الوحيد الذي يتعاون معك ومع خطة الرعاية الصحية ومقدمي رعايتك للتأكد من حصولك على الرعاية الصحية التي تحتاج إليها. وسيتم تخصيص منسق الرعاية يهتم بأمرك عندما تصبح عضوًا في الخطة.
- سوف تخبرك خدمات الأعضاء كيف يمكنك التواصل مع منسق رعايتك. حيث يساعد منسق الرعاية في التوفيق ما بين خدمات الرعاية الصحية لتلبية احتياجات الرعاية الصحية لديك. وسوف يتعاون/تتعاون معك لإعداد خطة رعايتك. كما سيساعدك/تساعدك على تحديد من سيكون في فريق الرعاية الخاص بك. ويوفر لك منسق الرعاية المعلومات التي تحتاج إليها لإدارة الرعاية الصحية لديك. وسوف يساعدك هذا أيضًا في تحديد الخيارات المناسبة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتواصل مع منسق رعايتك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.
- وإذا كنت ترغب في تغيير منسق الرعاية الخاص بك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المساعدة، يرجى الاتصال بخدمات أعضائنا على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا.

D. الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمة الأولية والمختصين وغير ذلك من مقدمي الخدمة الطبية في الشبكة ومقدمي الخدمة الطبية خارج الشبكة

الحصول على الرعاية من طبيب الرعاية الأولية

يجب أن تختار طبيب رعاية أولية (PCP) لتقديم رعايتك وإدارتها. ينتسب أطباء الرعاية الأولية PCPs في خطتنا إلى مجموعات طبية. وعندما تختار طبيب رعايتك الأولية PCP، فإنك تختار كذلك المجموعة الطبية المنتسب إليها.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ما هو "طبيب الرعاية الأولية (PCP)" وما الذي يقدمه لك؟

عندما تصبح عضوًا في خطتنا، يجب أن تختار مقدم خدمة تابع لشبكة Health Net Cal MediConnect لكي يصبح طبيب رعايتك الأولية (PCP). مقدم الخدمة الأولية (PCP) هو الطبيب الذي يستوفي متطلبات الولاية ومُدرّب ليقدّم لك الرعاية الطبية الأساسية. وتتضمن هذه الأطباء الذين يقدمون الرعاية العامة و/أو الرعاية الطبية العائلية وأطباء الطب الباطني وأطباء النساء الذين يوفرون الرعاية للنساء.

وسوف تحصل على أكبر قدر من رعايتك الروتينية أو الأساسية من طبيب الرعاية الأولية (PCP). وسيساعدك طبيب الرعاية الأولية (PCP) أيضًا في الترتيب أو التنسيق لباقي الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو في الخطة. ويتضمن هذا:

- خدمات الأشعة السينية،
- الفحوصات المخبرية،
- العلاجات،
- الرعاية من الأطباء المتخصصين،
- الدخول إلى المستشفى،
- متابعة الرعاية.

تشمل عملية "التنسيق" للخدمات المغطاة الفحص أو الاستشارة لدى مقدمي الخدمة في الخطة الآخرين فيما يتعلق برعايتك وكيفية سريانها. إذا كنت بحاجة إلى أنواع محددة من الخدمات أو اللوازم المغطاة، يجب أن تحصل على تصديق مقدم من طبيب رعايتك الأولية (PCP) (مثل تقديم الإحالة لزيارة متخصص). للحصول على خدمات معينة، سيحتاج طبيب الرعاية الأولية إلى الحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة). إذا كانت الخدمة التي تحتاج إليها تتطلب إذنًا مسبقًا، فسوف يطلب طبيب رعايتك الأولية (PCP) الإذن من خطتنا أو مجموعتك الطبية. وبما أنه سيقدم طبيب الرعاية الأولية (PCP) لك الرعاية الطبية ويعمل على تنسيقها، يجب أن يكون لديك جميع السجلات الطبية السابقة المرسلة إلى مكتب طبيب رعايتك الأولية (PCP).

وفقًا لما أوضحناه أعلاه، سوف تزور في العادة طبيب الرعاية الأولية (PCP) أولاً للحصول على أغلب احتياجات الرعاية الصحية الروتينية. وعندما يعتقد طبيب الرعاية الأولية (PCP) أنك بحاجة إلى علاج متخصص، فسوف يقدم لك الإحالة (بموافقة مسبقة) لزيارة متخصص ضمن الخطة أو مقدمي خدمة آخرين معينين. هناك فقط بعض أنواع الخدمات المغطاة يمكنك الحصول عليها بدون الحصول على موافقة من طبيب رعايتك الأولية (PCP) أولاً، كما نوضح أدناه.

ويوجد لدى كل عضو طبيب رعاية أولية (PCP). وقد يكون طبيب الرعاية الأولية (PCP) عيادة. بإمكان النساء اختيار طبيب التوليد والأمراض النسائية أو عيادة تنظيم الأسرة كطبيب رعايتهن الأولي (PCP).

وقد يختار الأعضاء ممارس طبي ليس طبيباً كمقدم رعايتهم الأولية (PCP). ويشمل الممارسون من غير الأطباء القابلات المعتمدات من الممرضات والممرضات الممارسات المعتمدات ومساعدتي الأطباء. وسيتم ربط الأعضاء بتغيير الطبيب المشرف على الرعاية الأولية، إلا أنه سيواصل الأعضاء تلقي الخدمات من ممارس غير طبيب من اختيارهم. يسمح للأعضاء بتغيير اختيارهم للممارس الطبي من خلال تغيير الطبيب المشرف على الرعاية الأولية. ستم طباعة بطاقة التعريف الخاصة بك باسم طبيب الرعاية الأولية المشرف. وقد تتمكن من جعل الطبيب الأخصائي القيام بدور طبيب رعايتك الأولية (PCP). ولا بد من قدرة الأخصائي على توفير الرعاية التي تحتاجها.

اختيار مركز صحي مؤهل فيدرالياً (FQHC) أو عيادة صحية ريفية (RHC) كطبيب الرعاية 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 بالمركز الصحية المؤهلة فيدرالياً (FQHC) والعيادات الصحية الريفية (RHC) التي تعمل بالتعاون مع برنامج Health Net Cal MediConnect أو انظر في دليل مقدم الخدمة والصيدليات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



كيف تختار طبيب رعايتك الأولية (PCP)؟

ولدى تسجيلك في خطتنا، سوف تختار مجموعة طبية متعاقدة من شبكتنا. المجموعة الطبية عبارة عن مجموعة من أطباء الرعاية الأولية PCP والمتخصصين وغيرهم من مقدمي الخدمة الصحية حيث يعملون معاً ويتعاونون للعمل مع خطتنا. كما ستختار طبيب رعاية أولية (PCP) من هذه المجموعة الطبية المتعاقدة. يجب أن يكون طبيب الرعاية الأولية (PCP) ضمن مجموعة طبية في حدود 30 ميلاً أو 30 دقيقة من حيث تسكن أو تعمل. ومن الممكن العثور على مجموعات طبية (وأطباء الرعاية الأولية PCP التابعين والمستشفيات) في دليل مقدمي الخدمة والصيدليات أو يمكنك زيارة موقعنا الإلكتروني www.healthnet.com/calmediconnect. للتأكد من توفر مقدم الخدمة، أو الاستفسار عن مقدم رعاية أولية (PCP) محدد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص حتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

تقدم كل مجموعة طبية وطبيب الرعاية الأولية (PCP) الإحالات إلى متخصصين محددين تابعين للخطة فضلاً عن استخدام مستشفيات محددة في إطار شبكتهم. إذا كان هناك متخصص معين بالخطة أو مستشفى تود استخدامها، فتتحقق أولاً للتأكد من أن المتخصصين والمستشفيات ضمن المجموعة الطبية وشبكة مقدمي الخدمة الأولية (PCP). الاسم ورقم الهاتف لعيادة طبيب الرعاية الأولية (PCP) مطبوع على بطاقة عضويتك.

إذا لم تختار مجموعة طبية أو طبيب رعاية الأولية (PCP) أو اخترت مجموعة طبية أو طبيب رعاية طبية غير متاح ضمن الخطة، فسوف نخصصك تلقائياً لمجموعة طبية وطبيب رعاية أولية (PCP) بالقرب من منزلك.

للحصول على معلومات حول كيفية تغيير طبيب الرعاية الأولية (PCP)، يرجى الرجوع إلى العنوان "تغيير طبيب الرعاية الأولية (PCP)" أدناه.

تغيير طبيب رعايتك الأولية PCP

يمكنك تغيير طبيب رعايتك الأولية PCP لأي سبب كان. وبإمكان طبيب رعايتك الأولية (PCP) كذلك ترك شبكة خطتنا. وفي حال ترك طبيب الرعاية الأولية (PCP) شبكة خطتنا، يمكننا مساعدتك في العثور على طبيب رعاية أولية (PCP) ضمن شبكة خطتنا.

ويعتبر طلبك سارياً في أول يوم من الشهر التالي عقب تاريخ تلقي خطتنا لطلبك. ولتغيير طبيب رعايتك الأولية PCP، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية، أو تفضل بزيارة موقعنا على موقعنا الإلكتروني www.healthnet.com/calmediconnect لتقديم طلبك.

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

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

وتذكر أنه ينتسب مقدمو الرعاية الأولية PCPs في خطتنا إلى مجموعات طبية. وفي حال قمت بتغيير طبيب رعايتك الأولية PCP، ربما تقوم كذلك بتغيير المجموعات الطبية. ولدى طلبك إجراء التغيير، احرص على إخبار خدمات الأعضاء فيما لو كنت تراجع أخصائي أو حصلت على خدمات أخرى مشمولة تتطلب موافقة طبيب الرعاية الأولية PCP. وسوف يعلمك قسم خدمات الأعضاء بكيفية متابعتك للرعاية المتخصصة وغير ذلك من الخدمات التي حصلت عليها عند تغيير طبيب الرعاية الأولية (PCP).

خدمات يمكنك الحصول عليها بدون الحصول على الموافقة المسبقة من طبيب رعايتك الأولية PCP

في أغلب الأحيان، يجب أن يقدم لك طبيب رعايتك الأولية (PCP) موافقة قبل التمكن من رؤية مقدمي خدمة آخرين. وتسمى هذه الموافقة بالإحالة. ويمكنك الحصول على خدمات كذلك المدرجة أدناه دون الحصول على الموافقة أولاً من مقدم رعايتك الأولية PCP:

■ خدمات الطوارئ من مقدم خدمة الشبكة أو من مقدمي الخدمة خارج الشبكة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- الرعاية العاجلة من مقدم خدمة الشبكة.
- الرعاية العاجلة من مقدمي الخدمة خارج الشبكة عند عدم التمكن من الوصول إلى مقدم خدمة الشبكة، عندما (تكون خارج منطقة خدمة الخطة).
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها من مرفق غسيل معتمد لدى Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة. (يرجى الاتصال على خدمات الأعضاء قبل مغادرة منطقة الخدمة. يمكننا مساعدتك في الحصول على غسيل الكلى أثناء وجودك خارج منطقة الخدمة).
- لقاحات الأنفلونزا ولقاحات الالتهاب الرئوي، طالما كنت تحصل عليها من مقدم خدمة الشبكة.
- الرعاية الصحية الروتينية للنساء وخدمات تنظيم الأسرة. ويشمل فحص الثدي وصور الثدي الإشعاعية (الأشعة السينية للثدي) واختبارات الكشف عن سرطان الرحم والفحوصات الحوضية طالما أنك تحصل عليها من مقدم خدمة الشبكة.
- وإضافة إلى ذلك، إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات من مقدمي الخدمات الصحية الهنود (أي الأميركيين الأصليين)، يمكنك زيارة مقدمي الخدمة هؤلاء بدون إحالة.
- خدمات تنظيم الأسرة من مقدمي خدمة الشبكة وخارجها.
- رعاية ما قبل الولادة الأساسية، وخدمات الأمراض المنقولة جنسياً، وفحص فيروس نقص المناعة المكتسبة HIV

كيفية الحصول على الرعاية من متخصصين ومقدمي خدمة آخرين من الشبكة

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، عادة تحتاج للحصول على موافقة طبيب الرعاية الأولية (PCP) أولاً (هذا يطلق عليه مصطلح "الإحالة" لطبيب متخصص). من المهم للغاية الحصول على إحالة (الموافقة المسبقة) من طبيب رعايتك الأولية (PCP) قبل زيارة متخصص تابع للخطة أو مقدمي خدمة آخرين معينين (هناك بعض الاستثناءات، بما في ذلك الرعاية الصحية الروتينية للنساء). وإذا لم تكن لديك إحالة (موافقة مسبقة) قبل أن تتلقى الخدمات من أخصائي، فقد تضطر إلى الدفع مقابل هذه الخدمات بنفسك.

وإذا أراد الأخصائي منك العودة مرة أخرى لمزيد من الرعاية، تحقق أولاً للتأكد من أن الإحالة (الموافقة المسبقة) التي حصلت عليها من طبيب الرعاية الأولية (PCP) للزيارة الأولى تغطي مزيداً من الزيارات للطبيب المتخصص.

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

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ماذا يحدث في حال ترك مقدم خدمة الشبكة خطتنا؟

قد يترك مقدم خدمة الشبكة الذي تستخدمه خطتنا. إذا قام أحد مقدمي الخدمة بترك خطتنا، لديك بعض الحقوق والحماية الملخصة أدناه:

- حتى وإن تغير مقدمو خدمة شبكتنا خلال السنة، لا بد منا توفير إمكانية وصول غير منقطع إلى مقدمي خدمة مؤهلين.
- سنبدل جهود بحسن نية لمنحك إشعار لمدة 30 يوماً على الأقل لكي يتسنى أمامك وقتاً لاختيار مقدم خدمة جديد.
- سنساعدك في اختيار مقدم خدمة مؤهل جديد للاستمرار بإدارة احتياجات رعايتك الصحية.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي، لك الحق في الطلب، وسنعمل معك للتأكد من عدم انقطاع العلاج الضروري طبياً الذي تتلقاه.
- وإذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل مقدم الخدمة القديم بمقدم آخر مؤهل أو أن رعايتك غير مدارة بصورة مناسبة، لك الحق في استئناف قرارنا.

إذا علمت أن أحد مقدمي الخدمة سيترك خطتنا، يُرجى الاتصال بنا كي نساعدك في إيجاد مقدم خدمة جديد وإدارة رعايتك. وللحصول على المساعدة، يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

كيف تحصل على الرعاية من مقدمي الخدمة خارج الشبكة

إذا كان هناك نوع محدد من الخدمات تحتاج إليها غير متوفر في شبكة خطتنا، يجب عليك الحصول على إذن مسبق (موافقة مسبقة) أولاً. سوف يطلب طبيب رعايتك الأولية (PCP) إذنًا مسبقاً من خطتنا أو مجموعتك الطبية.

من المهم الحصول على الموافقة مسبقاً قبل زيارة مقدم الخدمات 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 منطقة خدمة الخطة بشكل مؤقت). إذا لم تحصل على الموافقة المسبقة، ربما يتعين عليك سداد مقابل هذه الخدمات بنفسك.

لمزيد من المعلومات حول الرعاية الطارئة والرعاية العاجلة، يرجى الرجوع إلى القسم "ح" في هذا الفصل.

← **يرجى الملاحظة:** إذا قمت بزيارة مقدم الخدمات خارج الشبكة، يجب أن يكون مقدم الخدمة مؤهلاً للمشاركة في Medicare و/أو Medicaid. لا يمكننا الدفع لمقدم خدمة غير مؤهل للمشاركة في Medicare و/أو Medicaid. إذا قمت بزيارة مقدم خدمة غير مؤهل للمشاركة في Medicare، يجب أن تدفع التكلفة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها. يجب على مقدمي الخدمة إخبارك في حال لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في Medicare.

E. الاستفسارات المتعلقة بالخدمات والدعم طويل الأمد (LTSS)

وتشمل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS) خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وبرنامج خدمات كبار السن متعددة 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):** يوفر برنامج العيادات الخارجية والخدمة القائمة على المرفق الرعاية التمريضية الماهرة والخدمات الاجتماعية والعلاج الوظيفية والنطق والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائل/مقدم الخدمة وخدمات التغذية والنقل وغير ذلك من الخدمات إذا كنت تفي بمعايير الاستحقاق السارية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. **للمزيد من المعلومات،** يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- **برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP):** برنامج محدد في ولاية كاليفورنيا يوفر خدمات منزلية ومجتمعية (HCBS) لكبار السن واهني الصحة ممن واجب وضعهم في مرفق ترميز ولكن لديهم رغبة في البقاء في المجتمع. وقد يؤهل الأفراد المستحقين في Medi-Cal ممن يبلغ عمرهم 65 عاماً أو أكبر ويعانون من إعاقات في هذا البرنامج. ويعتبر هذا البرنامج بدلاً من الانتساب إلى مرفق ترميز. وقد تتضمن خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) على سبيل المثال لا الحصر: مركز دعم/رعاية المسنين، المساعدة السكنية مثل التكييفات المادية والأجهزة المساعدة، ومساعدة الرعاية الشخصية الروتينية، والإشراف الوقائي، وإدارة الرعاية، وغيرها من الخدمات.
- **مرفق الرعاية التمريضية (NF):** مرفق يوفر الرعاية للأفراد الذين لا يمكنهم العيش بأمان في المنزل إلا أنهم ليسوا بحاجة للإقامة في المستشفى.

سوف يساعدك منسق الرعاية في فهم كل برنامج. وللتعرف على المزيد حول أي من هذه البرامج، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

F. كيفية الحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات)

ستحظى بفرصة الوصول إلى الخدمات الصحية السلوكية الضرورية طبيًا المشمولة في برنامج Medicare و Medi-Cal. يوفر برنامج Health Net Cal MediConnect إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية السلوكية المشمولة في Medicare. لا يتم تقديم خدمات الصحة السلوكية من قبل برنامج Health Net Cal MediConnect، لكن ستتم إتاحتها لأعضاء برنامج Health Net Cal MediConnect المؤهلين من خلال قسم الصحة العقلية لمقاطعة لوس أنجلوس (DMH) وقسم الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطراب تعاطي المخدرات) (DPH/SAPC).

ما هي خدمات الصحة السلوكية التابعة لـ Medi-Cal المقدمة خارج برنامج Health Net Cal MediConnect من قسم الصحة العقلية لمقاطعة لوس أنجلوس (DMH) وقسم الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطراب تعاطي المخدرات) (DPH/SAPC)؟

تتوفر خدمات الصحة العقلية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal من خلال خطة الصحة النفسية للمقاطعة (MHP) إذا كنت تستوفي معايير الضرورة الطبية لخدمات الصحة النفسية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal. تشمل خدمات الصحة النفسية المتخصصة لبرنامج Medi-Cal التي تقدمها قسم الصحة النفسية لمقاطعة لوس أنجلوس (DMH) وقسم الصحة العامة (الوقاية والسيطرة على سوء استخدام المواد) (DPH/SAPC):

- خدمات الصحة العقلية (التقييم والعلاج والتأهيل والمرافق وتطوير الخطة)
- خدمات دعم الأدوية
- 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 العقلية
- خدمات الطب النفسي للمرضى المقيمين في المستشفيات
- إدارة الحالة المستهدفة

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



تتوفر لك خدمات أدوية (Drug Medi-Cal) من خلال قطاع الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطراب تعاطي المخدرات) (DPH/SAPC) إذا كنت تستوفي معايير الضرورة الطبية لبرنامج Drug Medi-Cal. تشمل خدمات Drug Medi-Cal المقدمة من قسم الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطراب تعاطي المخدرات) (DPH/SAPC):

- خدمات العلاج المكثف لمرضى العيادات الخارجية
- خدمات العلاج للمقيمين
- خدمات مرضى العيادات الخارجية دون الأدوية
- خدمات علاج المخدرات
- خدمات النالتريكسون لإدمان الأفيون

وبالإضافة إلى خدمات Drug Medi-Cal المدرجة أعلاه، يمكنك الوصول إلى خدمات إزالة السمية التطوعية للمرضى الداخليين إذا كنت تستوفي معايير الضرورة الطبية.

كما ستحظى بفرصة الوصول إلى 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 لا الحصر:

- خدمات العيادات الخارجية: التدخل في الأزمات لمرضى العيادات الخارجية والتقييم والعلاج قصير الأمد والعلاج المتخصص طويل الأجل وأي رعاية تأهيلية في ما يتعلق باضطرابات تعاطي المخدرات.
- 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: الاستشفاء الجزئي وخدمات مرضى العيادات الخارجية المكثفة
- إزالة السمية: خدمات المرضى الداخليين لإزالة السمية الحادة وعلاج الظروف الطبية الحادة المتعلقة باضطراب تعاطي المخدرات
- خدمات الطوارئ: الفحص والتقييم لتحديد ما إذا كان هناك حالة طبية نفسية طارئة والرعاية والعلاج الضروريين لعلاج أو التخلص من الحالة الطبية النفسية الطارئة.

للحصول على معلومات حول مقدمي الخدمة، يرجى البحث في دليل مقدم الخدمة والصيديات. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي، المكالمات مجانية. أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.healthnet.com/calmediconnect.

استثناءات وقيود خدمات الصحة السلوكية

للحصول على قائمة باستثناءات وقيود خدمات الصحة السلوكية، يرجى الرجوع إلى الفصل رقم 4، القسم F: المزايا التي لا تغطيها Health Net Cal MediConnect Medicare أو Medicare أو Medi-Cal.

العملية المستخدمة لتحديد الضرورة الطبية لخدمات الصحة السلوكية

لا بد أن تسمح الخطة ببعض الخدمات ولوازم الصحة السلوكية المحددة التي سيتم تغطيتها. للحصول على تفاصيل حول الخدمات التي قد تتطلب الإذن المسبق، يرجى الرجوع إلى الفصل رقم 4. للحصول على الإذن فيما يتعلق بهذه الخدمات، يجب الاتصال بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. وسوف يقوم البرنامج بإحالتك إلى أقرب متخصص الصحة العقلية المتعاقد والذي سوف يعمل على تقييم حالتك ويحدد ما إذا كانت هناك ضرورة لمزيد من العلاج. وإذا كنت بحاجة إلى علاج، سيعمل متخصص الصحة العقلية المتعاقد على إعداد خطة علاج ويقوم بإرسالها إلى Health Net

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



لمراجعتها. وستتم 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 في المقاطعة لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاج إليها.

إجراءات الإحالة بين Health Net Cal MediConnect وإدارة الصحة العقلية في المقاطعة (DMH) وإدارة الصحة العامة في مقاطعة لوس أنجلوس (الوقاية والسيطرة على اضطراب تعاطي المخدرات) (DPH/SAPC).

يمكن إجراء الإحالات لخدمات الصحة السلوكية لبرنامج Health Net Cal MediConnect من خلال العديد من المصادر، بما في ذلك: مقدمي خدمة الصحة السلوكية للمقاطعة ومديري الحالات في المقاطعة ومقدمي الخدمة الأولية والأعضاء وعائلاتهم. وبإمكان مصادر الإحالة هذه الاتصال على Health Net من خلال الاتصال على الرقم الذي يظهر على بطاقة هوية العضو. سوف تؤكد Health Net الاستحقاق وترخص الخدمات عندما يكون ذلك مناسباً.

سوف تعمل Health Net بالتعاون مع مقاطعة لوس أنجلوس توفير تنسيق الإحالة والرعاية المناسب لك.

ومن الممكن إجراء الإحالات لخدمات الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة و/أو خدمات الكحول والمخدرات مباشرة من خلالك.

تشمل خدمات تنسيق الرعاية تنسيق الخدمات بين أطباء الرعاية الأولية (PCP) ومقدمي خدمة الصحة السلوكية في المقاطعة ومديري الحالات بالمقاطعة وعائلتك أو مقدم الخدمة، حسب الاقتضاء.

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

تخضع المزايا المتضمنة في هذا القسم لنفس عملية الاستئنافات الخاصة بأي ميزة أخرى. انظر الفصل رقم 9، ما عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئنافات، الشكاوى)، للحصول على معلومات حول تقديم الشكاوى.

متابعة الرعاية للأعضاء الذين يتلقون حالياً خدمات الصحة السلوكية

إذا كنت تتلقى حالياً خدمات الصحة السلوكية، يمكنك طلب متابعة زيارة مقدم خدمتك. 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 حالياً لمدة 12 شهراً. لا يمكننا تغطية رعايتك بعد 12 شهر إذا تابعت زيارة مقدم خدمة خارج الشبكة. للحصول على المساعدة بخصوص طلبك، اتصل بخدمات الأعضاء في Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

G. كيفية الحصول على خدمات النقل

يتشارك برنامج Health Net Cal MediConnect مع LogistiCare Solutions لتقديم خدمات النقل الطبي غير الطارئ (NEMT) والنقل الغير طبي (NMT) لأعضاء Health Net المسجلين في خطة Cal MediConnect.

النقل الطبي غير الطارئ (NEMT)

يعتبر النقل الطبي غير الطارئ ضروري للحصول على الخدمات الطبية المغطاة ويخضع لأمر خطي من الطبيب أو طبيب الأسنان و طبيب القدم فقط عندما لا تسمح حالة المتلقي الطبية بالتنقل في الباص أو سيارة الركاب وسيارة الأجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام أو الخاص.

النقل غير الطبي (NMT)

يتضمن النقل الغير طبي (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 رعاية Medi-Cal.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



لا يشمل النقل غير الطبي NMT نقل المرضى، أو المصابين، أو المقعدين، أو الحالات المرضية غير المستقرة، أو حالات العجز والتي لا بد من استخدام سيارات الإسعاف، أو شاحنات الرفع المصابين أو الكراسي المتحركة والنقلات الطبية المخصصة للنقل الطبي. وتتألف مزايا النقل غير الطبي NMT من:

- رحلات ذهاب أو عودة غير محدودة لكل عضو في كل سنة تقويمية مجاناً
- خدمة الكبح
- سيارة أجرة، سيارة ركاب قياسية، شاحنة صغيرة
- خدمة نقل من وإلى المواعيد الطبية أو من السكن حتى مكتب الطبيب
- لا توجد قيود أو حد أقصى للأميال المقطوعة ضمن منطقة الخدمة
- اصطحاب أحد أفراد العائلة أو وكيل المريض أثناء النقل وبدون كلفة إضافية
- يمكنك أن تطلب من السائق التوقف عند صيدلية أو مراكز الأشعة أو مرفق مختبري من عيادة الطبيب (لا يتم احتسابها على أنها رحلة منفصلة)

لطلب خدمات النقل الموضحة أعلاه، اتصل بخدمة أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

يجب تقديم طلب النقل مسبقاً بسبعة أيام عمل للنقل الطبي غير الطارئ والنقل غير الطبي على حد سواء.

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

H. كيفية الحصول على الخدمات المغطاة عندما تكون في حالة طبية طارئة أو بحاجة إلى رعاية عاجلة أو خلال الحادثة

الحصول على الرعاية عندما تكون لديك حالة طبية طارئة

ما هي 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، ومن المتوقع أن تؤدي لدى أي شخص عادي ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب إلى:

- خطر جسيم على صحتك أو على الجنين؛
- ضرر خطير على وظائف الجسم؛
- خلل جسيم في أداء أي عضو جزء بالجسم؛
- في حالة المرأة الحامل، المخاض النشط، عندما:
- « عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
- « قد يشكل نقلك إلى مستشفى آخر تهديداً على صحتك أو سلامتك أو سلامة الجنين.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ما الذي يجب عليك فعله إذا كنت تعاني من 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. اتصل بالإسعاف، إذا احتجت إليه. لست بحاجة للحصول على موافقة أو إحالة مسبقاً من طبيب الرعاية الأولية (PCP).
- **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. إلا أنك لن تضطر للدفع مقابل الخدمات الطارئة وذلك نتيجة للتأخر في إخبارنا. تواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

ما الذي يخضع للتغطية إذا كانت لديك حالة طبية طارئة؟

- يمكنك الحصول على الرعاية الطارئة المشمولة عند الحاجة إليها في أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها. وإذا احتجت إلى الإسعاف للوصول إلى غرفة الطوارئ، فإن خطتنا تغطي ذلك. ولمعرفة المزيد، راجع مخطط المزايا في الفصل 4.
- يمكنك الحصول على الرعاية الطارئة المشمولة عند الحاجة إليها خارج الولايات المتحدة. تقتصر هذه المزايا على \$50,000 في السنة. ولمزيد من المعلومات، راجع "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في مخطط المزايا في الفصل الرابع من هذا الكتيب أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.
- بعد انتهاء الحالة الطارئة، يمكنك متابعة الرعاية للتأكد من تحسن صحتك. سوف نقوم بتغطية رعاية متابعتك. مقدم خدمة خارج الشبكة، سنحاول الحصول على مقدمي خدمة الشبكة لتولي رعايتك في أقرب وقت ممكن.

ماذا لو لم تكن حالة طبية طارئة بعد كل ذلك؟

يصعب أحياناً تحديد ما إذا كان لديك حالة طبية طارئة. فقد تدخل المستشفى لرعاية طارئة ويقول الأطباء بأن الحالة لم تكن فعلياً 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، سوف نغطي رعايتك الإضافية فقط في حالة:

- زيارتك لمقدم خدمة في نطاق الشبكة،
- اعتبار الرعاية الإضافية التي تحصل عليها "رعاية عاجلة" واتباعك القواعد الخاصة بالحصول على هذه الرعاية. (انظر القسم التالي).

الحصول على الرعاية العاجلة**ما هي الرعاية الضرورية العاجلة؟**

الرعاية الضرورية العاجلة هي الرعاية التي تتلقاها لمرض مفاجئ أو إصابة أو حالة مفاجئة ليست طارئة إلا أنها بحاجة إلى التعامل معها على الفور. على سبيل المثال، قد تزداد حالتك الحالية سوءاً وتحتاج إلى معالجتها.

الحصول على الرعاية العاجلة عندما تكون في منطقة خدمة الخطة

في أغلب الحالات، سنغطي الحالات الضرورية فقط في حالة:

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. **للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة**

www.healthnet.com/calmediconnect



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

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

إذا لم تكن حالتك بالغة للغاية: اتصل بطبيب رعايتك الأولية (PCP) أو، إذا لم يكن بإمكانك الاتصال به أو كنت بحاجة للرعاية الطبية على الفور، اذهب 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 طبيب الرعاية الأولية للمساعدة.

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

إذا لم تكن متأكدًا من حالتك الطارئة أو تتطلب رعاية عاجلة، يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، للاتصال بخدمات الاستشارة التمريضية. من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. بصفتك عضو في Health Net Cal MediConnect، يحق لك الحصول على خدمات الفرز الطبي أو الفحص، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع.

الحصول على الرعاية العاجلة عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة

عندما تكون خارج نطاق الخدمة، ربما لن تتمكن من الحصول على الرعاية من مقدم خدمة الشبكة. وفي هذه الحالة، سوف تغطي خطتنا الرعاية الضرورية التي تحصل عليها من أي مقدم خدمة.

← وقد تعتبر الخدمات الضرورية العاجلة المتلقاة خارج الولايات المتحدة حالة طارئة بموجب مزايا تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. ولمزيد من المعلومات، راجع "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في مخطط المزايا في الفصل 4 من هذا الكتيب.

الحصول على الرعاية خلال الحادثة

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

يرجى زيارة موقعنا لمزيد من المعلومات عن كيفية الحصول على الرعاية اللازمة خلال الحادثة المعلن عنها:

www.healthnet.com/calmedicconnect

وسنسمح لك خلال الحادثة المعلن عنها الحصول على الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة دون أي تكلفة عليك، في حال لا يمكنك استخدام مقدم خدمة داخل الشبكة. وإذا لم تتمكن من استخدام صيدلية الشبكة خلال الحادثة المعلن عنها، سوف تتمكن من صرف أدوية ذات الوصفة الطبية لدى صيدلية خارج الشبكة. يرجى مراجعة الفصل 5 للمزيد من المعلومات.

1. ماذا يحدث في حال محاسبتك مباشرة على الخدمات المغطاة من خلال خطتنا؟

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

← لا يجدر بك دفع الفاتورة بنفسك. وإذا فعلت ذلك، لن تتمكن الخطة من إعادة المال لك.

إذا دفعت مقابل خدماتك المغطاة أو إذا حصلت على فاتورة بالتكلفة الكاملة للخدمات الطبية المغطاة، راجع الفصل 7 للتعرف على ما يمكنك فعله.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة

www.healthnet.com/calmedicconnect



ما الذي يتعين عليك فعله في حال كانت الخدمات غير مشمولة في خطتنا؟

تغطي Health Net Cal MediConnect كافة الخدمات:

- التي يتحدد أنها ضرورية،
- المدرجة في مخطط فوائد الخطة (انظر الفصل 4)،
- التي تحصل عليها بإتباع قواعد الخطة.

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

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سندفع مقابل أي خدمة أو رعاية طبية، فلك الحق في سؤالنا عن ذلك. يحق لك أيضاً أن تطلب من محاميك أن ينوب عنك كتابياً. إذا قلنا بأننا لن ندفع مقابل خدمتك، فلك الحق في استئناف قرارنا.

يوضح الفصل 9 ما عليك فعله إذا أردت مناً تغطية بند أو خدمة طبية. كما أنه يشرح كيفية استئناف قرارنا حول التغطية. كما يمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء للتعرف على المزيد من حقوقك الخاصة بالاستئناف.

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.

ل. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك عندما تكون في دراسة بحثية سريرية؟

ما هي الدراسة البحثية السريرية؟

الدراسة البحثية السريرية (تسمى أيضاً 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 ما إذا كنت مؤهلاً للاشتراك بها أم لا. يمكنك الاشتراك بالدراسة طالما أنك تستوفي الشروط المطلوبة. كما عليك أن تتفهم أيضاً ما عليك فعله للدراسة وتوافق عليه.

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

إذا رغبت في المشاركة في دراسة بحثية سريرية وافق عليها Medicare، لن تحتاج إلى الحصول على موافقة مناً أو طبيب رعايتك الأولية. ليس بالضرورة أن يكون مقدمي الخدمة الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة من مقدمي خدمة الشبكة.

عليك إخبارنا قبل بدء المشاركة في دراسة بحثية سريرية. إذا كنت تخطط لتشارك في دراسة بحثية سريرية، يجب عليك أو منسق الرعاية الخاص بك الاتصال بخدمات الأعضاء لإعلامنا باشتراكك في التجربة السريرية.

عندما تشارك في دراسة بحثية سريرية، من يدفع ومقابل ماذا؟

إذا كنت متطوع في بحث دراسة بحثية سريرية توافق عليه Medicare، لن تدفع شيئاً مقابل الخدمة المغطاة قيد الدراسة وسوف تقوم Medicare بالدفع مقابل الخدمات المغطاة قيد الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. وبمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، ستتم تغطيتك بالنسبة لمعظم البنود والخدمات التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. ويتضمن هذا:

- غرفة وطعام لإقامة المستشفى التي سيدفع لها Medicare حتى في حال عدم اشتراكك في الدراسة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- 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، ستتحمل أي تكاليف مقابل وجودك في الدراسة.

معرفة المزيد

يمكنك معرفة المزيد حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال قراءة محتوى "الدراسات البحثية السريرية والخاصة Medicare" على الموقع الإلكتروني (<https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf>). كما يمكنك الاتصال على (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

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

ما هي 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 تلقائك 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 الميزة على خدمات المرضى الداخليين التابعة للجزء (أ) من برنامج 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.

ما هي الرعاية التي يتم تغطيتها من قبل خطتنا في مؤسسة الرعاية الصحية 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 غير مطلوبة بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.
- العلاج الطبي "المستثنى" هو أي رعاية غير طوعية مطلوبة بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

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

- يجب أن يكون المرفق المقدم للخدمة معتمداً من قبل Medicare.
 - تقتصر تغطية الخدمات بموجب خطتنا على الأوجه غير الدينية من الرعاية.
 - إذا حصلت على خدمات من هذه المؤسسة التي تقدم إليك في مرفق، ينطبق ما يلي:
- « يجب أن يكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على الخدمات المغطاة للرعاية الصحية للمرضى المقيمين أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة.
- « عليك الحصول على الموافقة من قبل إدخالك للمرفق وإلا لن تتم تغطية إقامتك.

توجد تغطية غير محدودة مقابل هذه الميزة طالما أنك تستوفي الشروط المذكورة أعلاه.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect.

L. قواعد امتلاك المعدات الطبية المعمرة (DME)

هل ستتملك معدّاتك الطبية المعمرة DME

المعدّات الطبية المعمرة (DME) هي أغراض محددة يطلبها مقدم الخدمة لاستخدامها في منزلك. من الأمثلة على هذه الأغراض الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة الفرشات التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرضى السكري وأسرة المستشفى التي يطلب مقدم الخدمة استخدامها في المنزل، ومضخات الحقن الوريدية وأجهزة توليد الكلام وجهاز ولوازم الأكسجين والبخاخات والمشايات.

وستتملك أغراضاً معينة كالأطراف الصناعية. وسنناقش في هذا القسم المعدّات الطبية المعمرة DME التي يجب عليك استئجارها.

حيث يمتلك الأفراد في Medicare أنواعاً معينة من المعدّات الطبية المعمرة DME بعد 13 شهراً. وبصفتك عضواً في خطتنا، يمكنك تملك المعدّات الطبية المعمرة DME المستأجرة طالما كانت ضرورية طبياً وكنت بحاجة طويلة الأمد للغرض. إضافة إلى ذلك، يجب الترخيص بالغرض، والترتيب والتنسيق له من قبل طبيب الرعاية الأولية و/أو المجموعة الطبية و/أو Health Net. اتصل بخدمات الأعضاء لبرنامج Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، لمعرفة المزيد عن استئجار أو تملك المعدّات الطبية المعمرة والوثائق التي يجب عليك تقديمها. من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

وسننقل في حالات معينة ملكية المعدّات الطبية المعمرة DME إليك. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما يتعلق بالشروط التي يجب عليك استيفائها والأوراق اللازم تقديمها.

في حال حصولك على ملكية المعدّات الطبية المعمرة أثناء عضويتك في خطتنا، واستلزم الجهاز الصيانة، يُسمح لمقدم الخدمة حينها بإرسال فاتورة تكاليف التصليح.

ماذا يحدث إذا تحولت إلى Medicare؟

ستضطر إلى إعطاء 13 دفعة بشكل متتابع بموجب Original Medicare لتملك المعدّات الطبية المعمرة DME في حال:

- لم تصبح المالك للمعدّات الطبية المعمرة DME أثناء وجودك في خطتنا
 - وفي حال تركك خطتنا والحصول على فوائد Medicare من خارج أي خطة صحية في برنامج Original Medicare.
- إذا دفعت مبالغ مقابل المعدّات الطبية المعمرة DME بموجب Original Medicare قبل الانضمام إلى خطتنا، فإن مبالغ Medicare تلك لا تحتسب 13 دفعة. ستضطر إلى إعطاء 13 دفعة جديدة بشكل متتابع بموجب Original Medicare لتملك المعدّات الطبية المعمرة DME.
- ← لا توجد استثناءات على هذه الحالة عند رجوعك إلى Original Medicare.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 4: مخطط المزايا

جدول المحتويات

46.....	A. فهم خدماتك المغطاة
46.....	B. تسمح خطتنا لمقدمي الخدمة بمحاسبتك على الخدمات
46.....	C. معلومات عن مخطط المزايا
47.....	D. مخطط المزايا
75.....	E. مزايا مشمولة خارج Health Net Cal MediConnect
75.....	تحولات مجتمع كاليفورنيا (CCT)
75.....	برنامج Medi-Cal Dental
76.....	الرعاية في مرحلة الاحتضار
77.....	F. المزايا التي لا تغطيها Health Net Cal MediConnect Medicare أو Medicare أو Medi-Cal
78.....	الاستثناءات من الخدمات الخاصة بفحص النظر والنظارات الطبية غير المشمولة بتغطية Medi-Cal Medicare

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



A. فهم خدماتك المغطاة

يشرح لك هذا الفصل عن الخدمات التي تدفعها خطتنا. كما يمكنك التعرف على الخدمات غير المغطاة. تتوفر المعلومات المتعلقة بمزايا الأدوية في الفصل رقم 5. كما يوضح هذا الفصل أيضًا القيود على بعض الخدمات.

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

إذا كنت بحاجة للمساعدة في فهم الخدمات المغطاة، اتصل بمنسق رعايتك و/أو خدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا.

B. تسمح خطتنا لمقدمي الخدمة بمحاسبتك على الخدمات

لا نسمح لمقدمي الخدمة بإرسال فاتورة إليك لقاء الخدمات المغطاة. ندفع مقابل الخدمات لمقدمي الخدمة مباشرة ونحميك من أي تكاليف. وينطبق هذا أيضًا حتى وإن دفعنا لمقدم الخدمة مبلغًا أقل من الرسوم مقابل الخدمة.

← يجب ألا تستلم فاتورة مطلقًا من مقدم الخدمة مقابل الخدمات المغطاة. وإذا فعلت ذلك، راجع الفصل 7 أو اتصل على خدمات الأعضاء.

C. معلومات عن مخطط المزايا

يشرح لك مخطط المزايا الخدمات التي تدفعها الخطة. ويشرح فئات الخدمات بترتيب أبجدي ويشرح الخدمات المغطاة.

سوف ندفع للخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط عند الالتزام بالقواعد التالية. لا تدفع شيئًا مقابل الخدمة المدرجة في مخطط المزايا طالما أنك تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أدناه.

- ينبغي تقديم خدمات Medicare وMedi-Cal المغطاة وفقًا للقواعد المحددة من كلا البرنامجين Medicare وMedi-Cal.
 - يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية وخدمات تعاطي المخدرات والخدمات والدعم طويل الأمد والأدوية) ضرورية طبيًا. وتعني الضرورة الطبية أنك بحاجة إلى هذه الخدمات للحماية من حالة طبية أو لتشخيصها أو معالجتها. ويشير مصطلح ضرورة طبية/ضرورية طبيًا إلى جميع الخدمات المغطاة المعقولة والضرورية لحماية الحياة، منع مرض أو حدوث عجز خطير، أو للتخفيف من الألم حادة من خلال التشخيص أو العلاج من مرض، أو الإصابة.
 - كما وتتلقى رعايتك من أحد مقدمي خدمة الشبكة. مقدم خدمة الشبكة هو مقدم خدمة يعمل بالتعاون معنا. وفي أغلب الأحيان، لن ندفع مقابل الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة. يحتوي الفصل 3 على مزيد من المعلومات حول استخدام مقدمي خدمة الشبكة ومقدمي خدمة خارج الشبكة.
 - يوجد لديك طبيب رعاية أولية (PCP) أو فريق رعاية يقدم لك الرعاية ويديرها لك. وفي أغلب الحالات، يجب أن يمنحك طبيب الرعاية الأولية (PCP) الموافقة قبل أن تتمكن من زيارة مقدم خدمة آخر في الشبكة. وهذا ما يسمى بالإحالة. يحتوي الفصل 3 على مزيد من المعلومات حول الحصول على إحالة ويوضح متى لا تحتاج إليها.
 - يجب أن تحصل على رعايتك من مقدم خدمة شبكة ينتسب إلى المجموعة الطبية الخاصة بطبيب رعايتك الأولية PCP. راجع الفصل رقم 3 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول الحصول على الرعاية.
 - ويتم تغطية بعض الخدمات المدرجة في مخطط المزايا فقط في حال حصول طبيبك أو مقدم خدمة آخر في الشبكة على الموافقة منّا أولاً. وهذا ما يسمى بالإذن المسبق. ويتم تحديد الخدمات المغطاة التي تتطلب موافقة مسبقة في مخطط المزايا بخط مائل.
- كافة الخدمات الوقائية مجانية. سوف ترى هذه التفاحة 🍏 بجانب الخدمات الوقائية في مخطط المزايا.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



D. مخطط المزاي

خدمات تدفع خطتنا مقابلها	
	<p>فحص تمدد الشريان الأورطي البطني</p> <p>سندفع مقابل فحص فوق صوتي لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. وتغطي الخطة هذا الفحص فقط إذا كنت تعاني من عوامل خطيرة معينة وإذا حصلت على إحالة لها من طبيبك أو الطبيب المساعد أو ممرضة متدربة أو أخصائي ممرض سريري. وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>
	<p>الوخز بالإبر</p> <p>سندفع مقابل ما يصل إلى خدمتين من خدمات الوخز بالإبر لمرضى العيادات الخارجية في شهر واحد، أو أكثر من مرة إذا كان الأمر ضروريًا طبيًا.</p>
	<p>الفحص والاستشارة بخصوص سوء استخدام المشروبات الكحولية</p> <p>سوف ندفع مقابل فحص واحد لسوء استخدام الكحول (SBIRT) للبالغين الذين يسيئون استخدام الكحول إلا أنهم ليسوا مدمنين. ويشمل هذا النساء الحوامل.</p> <p>إذا كان فحصك إيجابيًا في ما يتعلق بسوء استخدام الكحول، يمكنك الحصول على أربع جلسات استشارية شخصية قصيرة كل عام (إذا كنت تتسم بالقدرة والانتباه أثناء الاستشارة) مع مقدم رعاية أولية أو ممارس في مكان للرعاية الأولية.</p>
	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>تتضمن خدمات الإسعاف المغطاة الطائرة والمروحية وخدمات الإسعاف البرية. وسينقلك الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنه أن يقدم لك الرعاية.</p> <p>يجب أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي حيث أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان للرعاية قد تشكل خطرًا على حياتك أو صحتك. خدمات الإسعاف للحالات الأخرى ينبغي الموافقة عليها من قبلنا.</p> <p>في الحالات التي لا تشكل حالات للطوارئ، يمكننا الدفع مقابل الإسعاف. يجب أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي حيث أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان للرعاية قد تشكل خطرًا على حياتك أو صحتك.</p> <p>وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>
	<p>زيارة العافية السنوية</p> <p>يمكنك إجراء فحص سنوي. وهذا لإعداد خطة وقاية أو تحديثها بناءً على عوامل الخطر الحالية. وسندفع مقابل ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا.</p>
	<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، 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>يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.</p> <p>وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها	
<p>فحص سرطان الثدي (صور الثدي الشعاعية) 🍏</p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ فحص قاعدي واحد ما بين عمر 35 و39 ▪ فحص واحد كل 12 شهر للنساء في عمر 40 فما فوق ▪ فحوصات الثدي السريرية مرة كل 24 شهرًا 	
<p>خدمات إعادة تأهيل القلب 🍏</p> <p>سوف ندفع مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب مثل التمرين والتنظيف وتقديم الاستشارات. يجب أن يفي الأعضاء بشروط محددة فيما يتعلق بإحالة الطبيب. كما أننا نغطي أيضًا برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة، والتي تعتبر مكثفة أكثر من برامج تأهيل القلب العادية. وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>	
<p>زيارة تقليل مخاطر التعرض للأمراض القلبية الوعائية (علاج مرض القلب) 🍏</p> <p>ندفع مقابل زيارة واحدة في العام لمقدم الرعاية الأولية الخاص بك للمساعدة في تقليل خطر مرض القلب. خلال هذه الزيارة، يمكن لطبيبك:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ مناقشة استخدام الأسبرين، ▪ فحص ضغط الدم الخاص بك، ▪ تقديم نصائح لك لضمان تغذيتك الجيدة. 	
<p>اختبار الأمراض القلبية الوعائية 🍏</p> <p>ندفع مقابل فحوصات الدم لاستكشاف الأمراض القلبية الوعائية مرة كل خمس سنوات (60 شهرًا). كما تكشف فحوص الدم هذه أيضًا الخلل الناتج عن درجة الخطورة العالية لمرض القلب. يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة. وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>	
<p>فحص سرطان عنق الرحم والمهبل 🍏</p> <p>سنقوم بالدفع للخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ لجميع النساء: اختبارات سرطان عنق الرحم Pap Tests والفحوص الحوضية مرة واحدة كل 24 شهرًا ▪ للنساء ذوات الخطورة العالية لسرطان عنق الرحم والمهبل اختبار سرطان عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا ▪ للنساء اللواتي حصلن على نتيجة غير طبيعية خلال السنوات الثلاثة الأخيرة وهن في عمر الإنجاب: اختبار مسح عنق رحم واحد كل 12 شهرًا 	

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها
<p>خدمات المعالجة اليدوية لتقويم العمود الفقري</p> <p>ندفع مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ تعديلات العمود الفقري للارتصاف الصحيح <p>يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.</p> <p>وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>
<p>فحص سرطان القولون والمستقيم </p> <p>ندفع للأفراد البالغين 50 عامًا فما فوق مقابل الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ التنظير السيني المرن (أو حقنة الباريوم للفحص) كل 48 شهرًا ▪ اختبار الدم الخفي في البراز، كل 12 شهرًا ▪ اختبار الغواياك لتحري الدم الخفي في البراز أو اختبار الكيمياء الصناعي الخفي، كل 12 شهرًا ▪ فحص القولون والمستقيم قائم على الحمض النووي، كل 3 سنوات ▪ فحص التنظير القولوني كل عشر سنوات (لكن ليس في غضون 48 شهرًا من الفحص بالتنظير السيني). ▪ تنظير القولون (أو فحص حقنة باريوم الشرجية) لأشخاص بنسبة خطر عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، كل 24 شهرًا <p>يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.</p> <p>وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>
<p>خدمات البالغين المجتمعية (CBAS)</p> <p>يعد برنامج خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) برنامج خدمة قائم على المرفق حيث يحضر الأفراد وفقًا لجدول زمني. يوفر الرعاية التمريضية الماهرة والخدمات الاجتماعية والعلاجات (بما في ذلك العلاج الوظيفي والجسدي والنطقي) والرعاية الشخصية والتدريب والدعم للعائل/مقدم الخدمة وخدمات التغذية والنقل وغير ذلك من الخدمات. ندفع لخدمات البالغين المجتمعية (CBAS) إذا كنت تستوفي معايير الاستحقاق.</p> <p>ملاحظة: إذا كان مرفق خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) غير متاح، يمكننا تقديم هذه الخدمات متفرقة.</p> <p>وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

تقديم الاستشارات للإقلاع عن التدخين أو استخدام التبغ 

إذا كنت تستخدم التبغ ولا تعاني من أعراض أو علامات تتعلق بأمراض التبغ، وترغب أو بحاجة إلى الإقلاع:

- سوف ندفع مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين في فترة تبلغ 12 شهرًا كخدمة وقائية. هذه الخدمة مجانية لك. تشمل كل محاولة إقلاع ما يصل إلى أربع زيارات شخصية.

وإذا كنت تدخن التبغ وتم تشخيص حالتك بمرض يتعلق بتدخين التبغ أو تتناول دواءً قد يتأثر بتدخين التبغ:

- سوف ندفع مقابل محاولتين استشاريتين للإقلاع عن التدخين في غضون 12 شهرًا. وتشمل استشارة ما يصل إلى أربع زيارات شخصية.

إذا كنت حاملاً، يمكنك الحصول على جلسات استشارية غير محدودة للإقلاع عن تدخين التبغ من خلال إذن مسبق.


يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.


تغطي خطتنا أيضًا استشارات عبر الإنترنت وعبر الهاتف للإقلاع عن التدخين بدون إذن مسبق. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

خدمات الأسنان

تتوفر خدمات أسنان معينة، بما في ذلك تنظيف الأسنان والحشوات وأطقم الأسنان الكاملة من خلال برنامج Medi-Cal Dental. راجع القسم E لمزيد من المعلومات حول هذه الميزة.

فحص الاكتئاب 

سوف ندفع مقابل فحص واحد للاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مكان للرعاية الأولية يمكنه تقديم علاج وإحالات متابعة.

فحص السكري 

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

- ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم)
- تاريخ المستويات غير طبيعية من الكوليسترول وثلاثي الغليسريد (ارتفاع دهون الدم)
- السمنة
- تاريخ ارتفاع معدل السكر بالدم (الجلوكوز)

يمكن تغطية الاختبارات في بعض الحالات الأخرى، مثلاً إذا كانت زائد الوزن ولديك تاريخ مرضي بالعائلة لمرض السكري.

بناءً على نتائج الاختبار، فقد تكون مؤهلاً لإجراء فحصي سكري كل 12 شهرًا.

يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

وقد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.


إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

تدريب الإدارة الذاتية المتعلقة بالسكري وخدماته ولوازمه 

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

- لوازم مراقبة نسبة الجلوكوز بدمك، بما في ذلك
 - « جهاز قياس نسبة السكر بالدم
 - « أشرطة اختبار نسبة الجلوكوز بالدم
 - « أجهزة الوخز والمشارط
 - « محاليل التحكم بالجلوكوز لفحص دقة أشرطة الاختبار وأجهزة القياس
 - « لوازم مراقبة نسبة الجلوكوز بدمك، بما في ذلك كما سوف يساعدك طبيب الرعاية الأولية أيضًا في الترتيب أو التنسيق لباقي الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو بالخطة.
- وبالنسبة 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 المقحمات) وتركيبها، وزوجين إضافيين من المقحمات كل سنة تقويمية،
 - « حذاء عريض وثلاثة ولانج، يتضمن تركيبها، في كل سنة تقويمية (لا يشمل ذلك المقحمات غير المخصصة القابلة للإزالة المقدمة مع هذه الأحذية)
- وسوف ندفع مقابل التدريب لمساعدتك على إدارة مرض السكري الخاص بك، في بعض الحالات. ولمعرفة المزيد، تواصل مع خدمات الأعضاء.

يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

وقد تتطلب التغطية إننا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

المعدات الطبية المعمرة (DME) واللوازم ذات الصلة

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

تتم تغطية الأغراض التالية:

- كراسي متحركة
- عكازات
- أنظمة فرشاة تعمل بالطاقة
- مستلزمات مرضى السكري
- أسرة مستشفى يطلبها مقدم الخدمة لاستخدامها في المنزل.
- مضخات الحقن الوريدية
- أجهزة توليد الكلام
- معدات ولوازم الأكسجين
- البخاخات
- مشايات

قد يتم تغطية أغراض أخرى.

سوف ندفع مقابل جميع المعدات الطبية المعمرة DME الضرورية طبيًا التي يدفع Medicare و Medi-Cal مقابلها.

إذا كان المورد في منطقتك لا يقدم علامة تجارية محددة أو مصنعًا محددًا، يمكنك أن تستفسر ما إذا كان بإمكانه طلبه خصيصًا لك.

يرجى التواصل مع خدمات الأعضاء لمساعدتك في تحديد مورد آخر يمكن له تقديم الغرض المحدد.

كما تتم تغطية المعدات الطبية المعمرة المغطاة من غير Medicare للاستخدام خارج المنزل. يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

سوف ندفع مقابل جميع المعدات الطبية المعمرة DME الضرورية طبيًا التي يدفع Medicare و Medi-Cal مقابلها.

إذا كان المورد في منطقتك لا يقدم علامة تجارية محددة أو مصنعًا محددًا، يمكنك أن تستفسر ما إذا كان بإمكانه طلبه خصيصًا لك.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

العناية الطارئة

يُقصد بالعناية الطارئة الخدمات:

- المقدمة من قبل مقدم خدمة مدرب ليقدم خدمات الطوارئ،
و
- المطلوبة لمعالجة حالة طارئة طبية.

الحالة الطبية الطارئة هي حالة طبية ذات أعراض شديدة مثل الألم الحاد أو الإصابة الخطيرة. وتكون الحالة خطيرة للغاية بحيث، إذا لم تحصل على العناية الطبية الفورية، حيث من المتوقع أن يؤدي وفقاً لأي شخص ذي معرفة متوسطة بالصحة والطب إلى:

- خطر جسيم على صحتك أو على الجنين؛ أو
- ضرر خطير على وظائف الجسم؛ أو
- خلل جسيم في أداء أي عضو جزء بالجسم؛ أو
- في حالة المرأة الحامل في المخاض النشط، عندما:

« عدم وجود وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.

« قد يشكل نقلك إلى مستشفى آخر تهديداً على صحتك أو سلامتك أو سلامة الجنين.

إذا حصلت على رعاية طبية طارئة لدى مستشفى خارج الشبكة وكنت بحاجة لتلقي رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار الحالة الطارئة، يجب العودة إلى مستشفى من داخل الشبكة لمواصلة السداد. يمكنك الإقامة في مستشفى خارج الشبكة للحصول على الرعاية للمرضى المقيمين فقط إذا وافقت الخطة على إقامتك.

- التغطية في الولايات المتحدة 2.

بخصوص التغطية خارج الولايات المتحدة²، يرجى مراجعة "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" أدناه في مخطط المزايا هذا.

²ويقصد بالولايات المتحدة 50 ولاية، مقاطعة كولومبيا، وبورتو ريكو، وجزر فيرجين آيلاندز، وغوام وجزر ماريانا الشمالية وساموا الأمريكية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

خدمات تنظيم الأسرة

يسمح لك القانون باختيار أي مقدم خدمة لخدمات معينة خاصة بتنظيم الأسرة. ويعني هذا أي طبيب أو عيادة أو صيدلية أو مكتب لتنظيم الأسرة.

ندفع مقابل الخدمات التالية:

- فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي
 - مختبر تنظيم الأسرة والاختبارات التشخيصية
 - وسائل تنظيم الأسرة (حبوب تنظيم النسل والرقع والحلقات واللولب وعمليات الحقن والزرع)
 - لوازم تنظيم الأسرة بوصفة طبية (الواقي الذكري والإسفننج والرغوة والغشاء والعازل الأثنوي والغطاء)
 - الاستشارات الخاصة بالعمم وتشخيصه والخدمات ذات الصلة
 - استشارة وتحليل وعلاج الأمراض المنقولة جنسياً (STI)
 - استشارة وتحليل بخصوص حالات متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) وحالات فيروس نقص المناعة البشري (HIV)
 - مانع الحمل (يجب أن يبلغ عمرك 21 أو أكبر لاختيار هذه الوسيلة في تنظيم الأسرة. يجب عليك التوقيع على استمارة موافقة تعقيم فدرالي قبل 30 يوماً على الأقل، على ألا يزيد عن 180 يوماً قبل تاريخ الجراحة.)
 - المشورة الوراثية
- سوف ندفع أيضاً مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. ولكن لا بد منك زيارة مقدم خدمة تابع لشبكتنا للحصول على الخدمات التالية:
- علاج الحالات الطبية الخاصة بالعمم (لا تشمل هذه الخدمة الطرق الصناعية للحمل).
 - علاج متلازمة نقص المناعة المكتسبة (AIDS) وحالات أخرى تتعلق بفيروس نقص المناعة البشري (HIV)
 - الفحص الوراثي

برامج التوعية الخاصة بالصحة والعافية 

نقدم الكثير من البرامج التي تركز على حالات صحية محددة. وتتضمن هذه:

- صفوف التنقيف الصحي؛
- صفوف التنقيف الغذائي؛
- الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ،
- الخط الساخن للتمريض

قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

خدمات السمع

ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن من قبل أي مقدم خدمة. تخبرك هذه الاختبارات عما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. ويتم تغطيتها كراعاية خارجية عندما تحصل عليها من طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم خدمة آخر مؤهل.


قد تتطلب التغطية إنفاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

كما سندفع مقابل وسائل المساعدة على السمع، بما في ذلك:

- القوالب واللوازم والمقحّمات
- الإصلاحات التي تكلف أكثر من \$25 مقابل كل تصليح
- مجموعة أولية من البطاريات
- ست زيارات للتدريب وعمليات الضبط والإعداد من نفس البائع بعد الحصول على وسيلة المساعدة.
- استئجار وسائل المساعدة لفترة تجريبية

تقتصر تكلفة خدمات مزاي أجهزة السمع، بما في ذلك ضريبة المبيعات، على \$1,510 ومقابل كل سنة مالية (وتبدأ السنة المالية من يوليو وحتى يونيو من العام التالي). إذا كنت حاملاً أو تعيشين في مرفق رعاية ترميضية، ف لا ينطبق عليك مبلغ الفوائد الأقصى البالغ \$1,510. إن استبدال وسائل المساعدة على السمع المفقودة أو المسروقة أو التالفة نظراً لظروف خارجة عن إرادتك غير مشمول في مبلغ الفوائد الأقصى البالغ \$1,510.

يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

فحص فيروس نقص المناعة البشري (HIV) 

ندفع لاختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) كل 12 شهراً للأفراد:

- الذين يطلبون إجراء اختبار HIV، أو
 - المعرضين لنسبة عالية من مخاطر الإصابة بـHIV.
- أما بالنسبة للنساء الحوامل، فإننا ندفع مقابل ما يصل إلى ثلاثة اختبارات لفحص HIV أثناء الحمل.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

رعاية وكالة الصحة المنزلية

قبل أن تتمكن من الحصول على الخدمات الصحية المنزلية، يجب أن يخبرنا أخطابلاً بأنك بحاجة إليها، ويتم تقديم هـ ذه الخدمات من قبل وكالة صحية منزلية.

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

- الرعاية التمريضية الماهرة بشكل متقطع أو دوام جزئي وخدمات مساعد الصحة المنزلية (ولكي 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 الوظيفي ومعالجة النطق
 - الخدمات الطبية والاجتماعية
 - المعدات واللوازم الطبية
- وقد تتطلب التغطية إنشاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

الرعاية في مرحلة الاحتضار

يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية مرحلة الاحتضار معتمد من Medicare. لديك الحق في اختيار دار رعاية في مرحلة الاحتضار في حال قرر مقدم خدمتك أو المدير الطبي لدار الرعاية في مرحلة الاحتضار بأن لديك تشخيص نهائي. ويعني هذا بأن لديك مرض نهائي ومن المتوقع أن تعيش لمدة ستة أشهر أو أقل. يمكن لطبيب مرحلة الاحتضار الخاص بك أن يكون مقدم خدمة من الشبكة أو من خارجها.

وستدفع الخطة مقابل ما يلي أثناء حصولك على خدمات مرحلة الاحتضار:

- الأدوية الخاصة بعلاج الأعراض والآلام
- الرعاية المؤقتة القصيرة الأمد
- الرعاية المنزلية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

تُرسل فاتورة خدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار والخدمات المغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare إلى Medicare.

▪ راجع القسم (هـ) من هذا الفصل للحصول على المزيد من المعلومات.

بالنسبة للخدمات التي تغطيها Health Net Cal MediConnect إلا أنها غير مغطاة في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare:

▪ ستغطي Health Net Cal MediConnect الخدمات المغطاة بالخطة غير المشمولة في الجزء (أ) أو (ب) في Medicare. وسوف تغطي الخطة الخدمات سواءً أكانت متعلقة بالمرض الانتهائي أم لا. لن تدفع شيئاً مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تغطيها ميزة Health Net Cal MediConnect الخاصة بالجزء (د) من برنامج Medicare:

▪ لا يتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت عينه. للمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الفصل 5.

ملاحظة: إن لم تكن بحاجة إلى الرعاية الصحية في مرحلة الاحتضار، يجب أن تتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للترتيب للخدمات. الرعاية الصحية غير المتعلقة بمرحلة الاحتضار هي الرعاية الصحية غير المتعلقة بالمرض الانتهائي.

تغطي خطتنا خدمات الاستشارات لمرحلة الاحتضار (مرة واحدة فقط) للمريض بشكل انتهائي إن لم يختر ميزة الرعاية الصحية في مرحلة الاحتضار.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

اللقاحات



ندفع مقابل الخدمات التالية:

▪ لقاح الالتهاب الرئوي

▪ اللقاحات ضد الأنفلونزا مرة واحدة في العام، في الخريف أو الشتاء

▪ 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 الجزء (ب) من برنامج Medicare

سوف ندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد التغطية للجزء (ب) من برنامج Medicare. اقرأ الفصل 6 لمعرفة المزيد.

لا يُطلب الحصول على الإذن المسبق (الموافقة المسبقة) للقاح الالتهاب الرئوي أو اللقاحات المضادة للأنفلونزا.

يجب أن تتحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة فيما يتعلق بلقاح الالتهاب الكبدي الوبائي ب أو غير ذلك من اللقاحات.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا يجب أن تتحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة فيما يتعلق بلقاح الالتهاب الكبدي الوبائي ب أو غير ذلك من اللقاحات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

رعاية المرضى الداخليين في المستشفى

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

- غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضروريًا طبيًا)
 - الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة
 - خدمات التمريض المعتادة
 - تكاليف وحدات الرعاية الخاصة، مثل الرعاية المركزة أو وحدات العناية التاجية
 - والأدوية، بما فيها صرف الأدوية،
 - الفحوصات المختبرية
 - خدمات الأشعة السينية وخدمات الأشعة
 - اللوازم الطبية والجراحية الضرورية
 - الأجهزة مثل المقاعد المتحركة
 - خدمات غرفة العمليات والإفاقة
 - العلاج الطبيعي والعلاج بالعمل ومعالجة النطق
 - خدمات تعاطي المخدرات للمرضى الداخليين
 - وفي بعض الأحيان، الأنواع التالية من عمليات الزرع: القرنية والكلية والكلية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب والرئة ونخاع العظم والخلايا الجذعية والأمعاء/الأحشاء.
 - إذا كنت في حاجة إلى عملية زرع، فسيعمل مركز زراعة معتمد من قبل Medicare على مراجعة حالتك ويقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية الزرع أم لا. وفقاً لظروف محددة، قد يكون مقدمي خدمة عملية الزرع في منطقة الخدمة المحلية أو خارجها. إذا كان مقدمي خدمة عملية الزرع المحلية قادرين على قبول 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 تكاليف مقابل الإقامة والنقل المناسبة لك وللشخص الآخر.
 - الدم، بما في ذلك تخزينه وإعطائه
 - خدمات الطبيب،
- يجب أن تحصل على تصديق من مسؤول الخطة لمواصلة الحصول على الرعاية الداخلية في مستشفى خارج الشبكة بعد أن أصبحت حالتك الطارئة تحت السيطرة.
- يجب عليك التحديث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إنشائها مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

رعاية الصحة العقلية للمرضى الداخليين

سوف ندفع مقابل خدمات رعاية الصحة العقلية التي تتطلب إقامة بالمستشفى.

- إذا كنت بحاجة إلى خدمات المرضى الداخليين في مستشفى مستقل للأمراض النفسية، فسوف ندفع لأول 190 يوماً. ستقوم وكالة الصحة العقلية المحلية في المقاطعة بعد ذلك بالدفع مقابل خدمات الطب النفسي الضرورية طبيباً للمرضى الداخليين. سيتم تنسيق تفويض للحصول على رعاية بعد 190 يوماً مع وكالة صحة عقلية محلية في المقاطعة.

○ ولا ينطبق حد 190 يوماً على خدمات الصحة العقلية للمرضى الداخليين والمقدمة في وحدة الطب النفسي في مستشفى عام.

- وإذا كنت تبلغ من العمر 65 عاماً فما فوق، سندفع مقابل خدمات حصلت عليها في معهد الأمراض العقلية (IMD). يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

وقد تتطلب التغطية إنذاراً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

فترة إقامة المريض الداخلي: الخدمات المغطاة في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) خلال فترة إقامة المريض الداخلي غير المغطاة

إذا كانت إقامتك الداخلية غير مبررة وغير ضرورية، فلن ندفع مقابلها.

إلا أنه وفي بعض الحالات، سوف ندفع للخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو في مرفق الرعاية التمريضية. وللمعرفة المزيد، تواصل مع خدمات الأعضاء.

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

- خدمات الأطباء
 - الاختبارات التشخيصية مثل الفحوصات المخبرية
 - الأشعة السينية والعلاج بالنظائر بما في ذلك مواد والخدمات التقنية
 - الضمادات الجراحية
 - الجبائر، والقوالب وغير ذلك من الأجهزة التي تستخدم في للكسور والخلع
 - الأجهزة التعويضية والتكميلية، بخلاف المتعلقة بالأسنان، بما في ذلك استبدال أو إصلاح هذه الأجهزة. هذه هي الأجهزة التي:
 - « تستبدل كافة العضو الداخلي في الجسم أو جزء منه (بما في ذلك النسيج المجاور)، أو
 - « تستبدل جزء من العضو الداخلي في الجسم ضامر أو معتل كماً أو جزئياً.
 - أطواق الرجل والذراع والظهر والرقبة وأحزمة الفتق والأرجل والأيدي والعيون الصناعية. ويشمل هذا عمليات الضبط والإصلاح والاستبدال الضرورية نظراً للانكسار أو التآكل أو فقدان أو التغيير في حالة المريض
 - العلاج الطبيعي ومعالجة النطق والعلاج الوظيفي
- وقد تتطلب التغطية إنذاراً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect




خدمات تدفع خطتنا مقابلها

خدمات ولوازم مرض الكلى

ندفع 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 المنزلية
 - معدات ولوازم غسيل الكلى المنزلي
 - خدمات محددة للدعم المنزلي، مثل الزيارات الضرورية من قبل موظفين مدربين على عمليات غسيل الكلى لمراقبة علمية غسيل الكلى المنزلي الخاصة بك وتفقد معدات غسيل الكلى وإمداد المياه.
- يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
- وقد تتطلب التغطية إنذاراً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.
- تشمل مزايا الجزء (ب) من برنامج Medicare الدفع مقابل بعض أدوية غسيل الكلى. للاطلاع على مزيد من المعلومات، يرجى الرجوع إلى "أدوية الجزء (ب) من برنامج Medicare" من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية" أدناه.

فحص سرطان الرئة 


ستدفع الخطة مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهراً في حال:

- تراوح عمرك بين 55-77، و
 - أجريت استشارة وموعد لاتخاذ قرار مشترك مع طبيبك أو مقدم خدمة مؤهل
 - دخنت علبة واحدة على الأقل في اليوم ولمدة 30 عاماً بدون أعراض لسرطان الرئة أو تدخن حالياً أو أقلعت خلال آخر 15 سنة.
- بعد الفحص الأول، ستدفع الخطة مقابل الفحص سنوياً مع طلب خطي من طبيبك أو مقدم خدمة مؤهل.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

علاج التغذية الطبي 

هذه الميزة خاصة بالأفراد المصابين بمرض السكري أو أمراض الكلى بدون غسيل الكلى. كما أنها خاصة بالمرضى بعد الزرع الكلوي عند الإحالة من قبل طبيبك.

سوف ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارة التي تُؤطّل على حصولك على خدمات علاج التغذية الـ طبي تحت برنامج Medicare. (ويشمل هذا خطتنا أو أي خطة مزايا أخرى تابعة لـ Medicare أو Medicare Advantage).

سندفع مقابل ساعتين من خدمات الاستشارة 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 التقييمية التالية.

يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إنشاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية في الجزء (ب) من برنامج Medicare

هذه الأدوية مشمولة بموجب الجزء (ب) من برنامج Medicare. سوف تدفع Health Net Cal MediConnect للأدوية التالية:

- الأدوية التي لا تتناولها بنفسك ويتم حقنها عند حصولك على خدمات الطبيب أو خدمات المريض الخارجي بالمستشفى أو خدمات المركز الجراحي الجوال
 - الأدوية التي تأخذها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل البخاخات) المخولة من الخطة
 - عوامل التجلط التي تعطيتها لنفسك من خلال الحقن إذا كنت تعاني من الهيموفيليا
 - الأدوية الكابتة للمناعة، وذلك إذا كنت مسجلاً في الجزء (أ) من برنامج 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 عظام ما بعد مرحلة اليأس ولا يمكنك حقن نفسك بالدواء.
 - المستضدات
 - بعض الأدوية الفموية المضادة للسرطان والأدوية المضادة للعدوى
 - أدوية محددة لغسيل الكلى المنزلي، بما في ذلك الهيبارين وتريباق الهيبارين (عند الضرورة الطبية) والتخدير الموضعي والعوامل المحفزة لتكون الكريات الحمر (مثل إيبوجين، أو بروكريت، أو إيبوتين ألفا أو أرانسب، أو داربيبيونيتين ألفا)
 - الغلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية.
- ← **يوضح الفصل 5 مزايا الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية لمرضى العيادة الخارجية.** ويوضح الفصل القواعد التي يجب إتباعها لتغطية الوصفات الطبية.
- ← **ويوضح الفصل 6 التكاليف التي تدفعها مقابل أدوية الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية والتي تأخذها من العيادات الخارجية من خلال خطتنا.**

قد تتطلب التغطية إنشاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP)

يعد برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) برنامجاً لإدارة الحالة عبر توفير الخدمات المنزلية والخدمات المجتمعية (HCBS) للأفراد المرهقين لبرنامج Medi-Cal.

لنكون مؤهلاً، يجب أن تكون بالغاً من العمر 65 عاماً أو أكثر وتعيش في منطقة خدمة الموقع وتكون قادراً على تلقي الخدمات في إطار حدود تكاليف برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) ومناسباً لتلقي لخدمات إدارة الرعاية ومؤهلاً حالياً لبرنامج Medi-Cal ومخول أو قابل للتحويل للإيداع في مرفق للرعاية التمريضية.

وتشمل خدمات برنامج خدمات كبار السن متعددة الأغراض MSSP:

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

تغطي هذه الميزة ما يصل إلى \$4,285 سنوياً.

قد تتطلب التغطية إذناً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

النقل الطبي غير الطارئ

تسمح لك هذه الميزة بالنقل الأكثر فعالية من حيث الكلفة والأكثر قدرة للوصول إليها. وقد يتضمن هذا: الإسعاف وشاحنة النقل وخدمات النقل الطبي عبر شاحنة ذات كرسي متحرك.

يتم الترخيص بأشكال النقل عندما:

- تضمن ضرورة للحصول على الخدمات الطبية المغطاة والخاضعة لأمر خطي من الطبيب أو طبيب الأسنان و طبيب القدم عندما لا تسمح حالة المتلقي الطبية بالتنقل في الباص أو سيارة الركاب وسيارة الأجرة أو أي شكل من أشكال النقل العام أو الخاص، و

- يكون النقل مطلوباً بغرض الحصول على رعاية طبية ضرورية.

اعتماداً على الخدمة، قد تتطلب التغطية إنذاراً مسبقاً.

لطلب خدمات النقل الموضحة أعلاه، اتصل بخدمة أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. يجب تقديم طلب النقل مسبقاً بسبعة أيام عمل للنقل الطبي غير الطارئ والنقل غير الطبي على حد سواء.

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

سيسهل LogistiCare الحصول على وصفة طبية (استمارة إقرار تصديق الطبيب) من مقدم الخدمة.

النقل غير الطبي

تسمح هذه الخدمة بالنقل للحصول على الخدمات الطبية من خلال سيارة ركاب أو سيارة أجرة أو غير ذلك من أشكال النقل العام/الخاص، إذا أُكِّدَت على عدم توفّر مصادر أخرى.

ستحظى برحلات ذهاب وإياب غير محدودة. واعتماداً على الخدمة، قد تتطلب الحصول على إذن مسبق.

ولا تحد هذه الميزة من فائدة النقل الطبي غير الطارئ.

يرجى الرجوع إلى الفصل رقم 3، القسم 3 للاطلاع على معلومات إضافية بخصوص خدمات النقل.

لطلب خدمات النقل الموضحة أعلاه، اتصل بخدمة أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

يجب تقديم طلب النقل مسبقاً بسبعة أيام عمل للنقل الطبي غير الطارئ والنقل غير الطبي على حد سواء.

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

سيسهل LogistiCare الحصول على وصفة طبية (استمارة إقرار تصديق الطبيب) من مقدم الخدمة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

رعاية المرفق التمريضي

يعد مرفق الرعاية التمريضية (NF) مرفقاً يوفر الرعاية للأفراد الذين لا يمكنهم العيش بأمان في المنزل لكن لا يحتاجون للإقامة في المستشفى.

وتشمل الخدمات التي ندفع مقابلها، على سبيل المثال لا الحصر ما يلي:

- غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضرورياً طبيياً)
- الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة
- خدمات التمريض و
- العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي ومعالجة النطق
- 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
- اللوازم 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
- خدمات الأطباء/الممارسين
- المعدات الطبية المعمرة
- الخدمات السنّية، بما في ذلك أطقم الأسنان
- الوخز بالإبر
- مزاي البصر
- أجهزة السمع
- فحوصات السمع
- رعاية تقويم العمود الفقري
- خدمات طب الأقدام

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

سوف تتلقى رعايتك بالعادة من مرافق الشبكة. إلا أنه يمكنك الحصول على الرعاية من مرفق ليس في شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا كانوا يقبلون عرض خطتنا للدفع مقابل:

- دار الرعاية أو مجتمعات العناية المستمرة بالمتقاعدين التي كنت تعيش فيها مباشرة قبل الذهاب إلى المستشفى (طالما توفر رعاية المرفق التمريضي).
 - مرفق الرعاية التمريضية الذي يعيش فيه الزوج بعد مغادرة المستشفى.
- يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إنفاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

فحص السمنة وعلاج خفض الوزن

إذا كان يبلغ مقياس كتلة الجسم لديك 30 أو أكثر، فسوف ندفع مقابل تقديم الاستشارة لمساعدتك في خفض الوزن. يجب أن تحصل على الاستشارات في مكان للرعاية الأولية. وبهذه الطريقة، من الممكن إدارتها من خلال خطة الوقاية الكاملة الخاصة بك. تحدث إلى مقدم رعايتك الأولية لمعرفة المزيد.

فحوصات التشخيص للمرضى الخارجيين والخدمات واللوازم العلاجية

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

- الأشعة السينية.
 - الإشعاع العلاجي (الراديويم والنظائر) بما في ذلك المواد واللوازم التقنية
 - اللوازم الجراحية مثل الضمادات
 - الجبائر، والقوالب وغير ذلك من الأجهزة التي تستخدم في للكسور والخلع
 - الفحوصات المختبرية
 - 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)
- يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إنفاً مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين

ندفع مقابل الخدمات الضرورية طبياً التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بإحدى المستشفيات لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة.

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

- الخدمات التي يتم الحصول عليها في قسم الطوارئ أو عيادة المرضى الخارجيين مثل خدمات الملاحظة أو جراحة المرضى الخارجيين
 - الفحوصات المخبرية والاختبارات التشخيصية التي ترسل المستشفى فاتورة بشأنها.
 - رعاية الصحة العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج الاستشفاء الجزئي ، في حال إقرار طبيب بأن علاج المريض المقيم ضروري بدونها
 - الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي يقدم المستشفى فواتير بها
 - اللوازم الطبية مثل الشرائح والجبانر
 - فحوصات وقائية وخدمات مدرجة في مخطط المزايا
 - بعض الأدوية التي لا تستطيع تناولها بنفسك
- يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

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
 - ممرضة سريرية اختصاصية
 - ممرضة ممارسة
 - مساعد طبيب
 - أي متخصص رعاية للصحة النفسية مؤهل لـ Medicare حسبما يسمح به بموجب 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/المكثف للمرضى الخارجيين
- التقييم والعلاج الفردي والجماعي للصحة العقلية
- الاختبار النفسي عند التوصية سريريًا بتقييم نتيجة تتعلق بالصحة العقلية
- خدمات العيادات الخارجية لأغراض متابعة العلاج بالأدوية
- مختبر العيادات الخارجية وأدويتها ولوازمها ومكملاتها
- الاستشارات النفسية

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين

سوف ندفع مقابل العلاج النفسي والعلاج الوظيفي ومعالجة النطق.

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

يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها
<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 سوء استخدام المشروبات الكحولية ▪ علاج تعاطي المخدرات ▪ الاستشارات الفردية أو الجماعية من قبل طبيب سريري مؤهل ▪ علاج الإدمان شبه الحاد في برنامج الإدمان الداخلي ▪ خدمات الكحول و/أو الأدوية في مركز علاج المرضى الخارجيين المكثف ▪ علاج نالتريكسون ممتد الإفراز (vivitrol) <p>قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>
<p>الجراحة للمرضى الخارجيين</p> <p>يمكن أن ندفع مقابل الجراحة والخدمات الخاصة بالمرضى الخارجيين الفهرضيلف الخارجيين بالمستشفى والمراكز الجراحية الجواله.</p> <p>يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.</p> <p>قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>
<p>خدمات الاستشفاء الجزئي</p> <p>يعد الاستشفاء الجزئي برنامجاً هيكلياً للعلاج النفسي الفعال. تُقدم كخدمة عيادات خارجية في المستشفى أو عبر مركز الصحة العقلية المجتمعية. إنها رعاية مكثفة أكثر من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج. قد يبعدك عن الإقامة في المستشفى.</p> <p>ملاحظة: نظراً لعدم وجود مراكز صحة نفسية مجتمعية، نغطي الاستشفاء الجزئي فقط في مكان للمرضى الخارجيين في المستشفى.</p> <p>قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

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

ندفع مقابل الخدمات التالية:

- الرعاية الصحية الضرورية طبيياً أو الخدمات الجراحية المقدمة في أماكن مثل:
 - « عيادة الطبيب
 - « مركز جراحي جوال معتمد
 - « قسم للمرضى الخارجيين في المستشفى
 - الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل متخصص
 - اختبارات السمع الرئيسية والتوازن التي يجريها طبيب الرعاية الأولية، إذا طلبها الطبيب لمعرفة ما إذا كنت بحاجة للعلاج أم لا
 - رأي آخر من مقدم خدمة آخر في الشبكة قبل الإجراء الطبي
 - رعاية الأسنان غير الروتينية. تقتصر الخدمات المغطاة على:
 - « جراحة الفك أو التركيبات ذات الصلة
 - « إصلاح كسور الفك أو عظام الوجه
 - « اقتلاع الأسنان قبل العلاج بالإشعاع للأورام السرطانية
 - « الخدمات المغطاة عند تقديمها من قبل طبيب
- عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
قد تتطلب التغطية إذنًا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

خدمات طب الأقدام

سنقوم بالدفع للخدمات التالية:


- التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات القدم وأمراضها (مثل إصبع القدم المطرقية أو الشوكات العظمية)
 - رعاية القدم الروتينية للأعضاء ذوي الحالات التي تؤثر على الأقدام، مثل السكري
- تقتصر رعاية القدم الروتينية الإضافية على 12 زيارة في العام حيث تتضمن قص أو إزالة مسامير القدم والنسيج وتقليم أو قطع أو قص الأظافر.
- عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

اختبارات فحص سرطان البروستاتا 

وتعنى بالأفراد البالغين من العمر 50 عاماً فما فوق، حيث أننا ندفع مقابل الخدمات التالية مرة كل 12 شهراً:

- فحص المستقيم الرقمي
 - اختبار المستضد النوعي للبروستاتا (PSA)
- يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

الأجهزة التعويضية واللوازم ذات الصلة

تستبدل الأجهزة التعويضية كافة أو جزء من عضو أو وظيفة الجسم. سوف ندفع مقابل الأجهزة التعويضية، وربما الأجهزة الأخرى غير المدرجة هنا:

- أكياس فغر القولون واللوازم المتعلقة برعاية فغر القولون
- الناظمات
- الأطواق
- الأحذية التعويضية
- الأذرع والأرجل الصناعية
- الثدي الصناعي (بما في ذلك صدرية الثدي الجراحية بعد استئصال الثدي)
- كريم سلس البول والحفاضات

وسوف ندفع مقابل بعض الإمدادات المتعلقة بالأجهزة التعويضية. وسوف ندفع أيضاً مقابل إصلاح الأجهزة التعويضية أو استبدالها. ونوفر بعض التغطية بعد إزالة المياه البيضاء أو جراحة المياه البيضاء. انظر "رعاية البصر" لاحقاً في هذا القسم للاطلاع على التفاصيل.

عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة من أجل كريم سلس البول والحفاضات.
قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

خدمات إعادة التأهيل الرئوي

سوف ندفع مقابل برامج التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض رئوي انسدادى مزمن معتدل إلى شديد للغاية (COPD). يجب أن تحصل على إحالة بخصوص إعادة التأهيل الرئوي من طبيب أو مقدم خدمة يعالج مرض رئوي انسدادى مزمن معتدل إلى شديد للغاية (COPD).

سوف ندفع مقابل خدمات الجهاز التنفسي للمرضى المعتمدين على أجهزة التنفس الصناعي.
قد تتطلب التغطية إننا مسبقاً (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (711) (TTY: 1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

الفحص والاستشارة للأمراض المنقولة جنسياً (STI) 

سوف ندفع مقابل عمليات الفحص للمتنثرة والسيلان والزهري والالتهاب الكبدي الوبائي. وهذه الفحوصات مشمولة للحوامل ولبعض الأفراد ذوي الخطورة المتزايدة للتعرض للأمراض المنقولة جنسياً (STI). يجب على مقدم الرعاية الأولية طلب إجراء الفحوصات. نغطي هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة خلال الحمل.

وسوف نغطي أيضًا ما يصل إلى جلستي استشارة سلوكية مكثفة وجهًا لوجه كل عام للبالغين النشطين جنسيًا ذوي نسبة المخاطر العالية للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً (STI). يمكن أن تستغرق كل جلسة ما يصل إلى 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 مرفق التمريض الماهرة (SNF):

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

- غرفة شبه خاصة أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضروريًا طبيًا
 - الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة
 - خدمات التمريض و
 - العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي ومعالجة النطق
 - الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة الرعاية، 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 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
 - خدمات الأطباء/الممارسين
- سوف نتلقى رعايتك بالعادة من مرافق الشبكة. إلا أنه يمكنك الحصول على الرعاية من مرفق ليس في شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا كانوا يقبلون عرض خطتنا للدفع مقابل:
- دار الرعاية أو مجتمعات العناية المستمرة بالمتقاعدين التي كنت تعيش بها مباشرة قبل الذهاب إلى المستشفى (طالما توفر رعاية المرفق التمريضي).
 - مرفق الرعاية التمريضية الذي يعيش به الزوج بعد مغادرة المستشفى.
- يجب عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة.
- قد تتطلب التعطية إننا مسبقًا (موافقة مسبقة)، ما عدا في الحالات الطارئة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

الرعاية العاجلة

تُقدم الرعاية العاجلة لمعالجة:

- حالة طبية غير طارئة تتطلب الرعاية الطبية الفورية، أو
- مرض طبي المفاجئ، أو
- إصابة، أو
- حالة تستدعي رعاية فورية.

إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة، عليك أولاً أن تحاول الحصول عليها من مزود في الشبكة. إلا أنه، يمكنك استخدام مقدمي خدمة خارج الشبكة عندما لا تكون قادرًا على الوصول إلى مقدم خدمة الشبكة.

وقد تعتبر الرعاية الضرورية العاجلة المتلقاة خارج الولايات المتحدة حالة طارئة بموجب مزايا تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. ولمزيد من المعلومات، راجع "تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم" في مخطط المزايا أدناه.

رعاية البصر

ندفع مقابل الخدمات التالية:

- فحص روتيني واحد للعين كل عام؛ و
- ما يصل إلى \$250 مقابل النظارات الطبية (الإطارات المعيارية وغير المعيارية وعدسات نظارات أساسية أحادية أو ثنائية البؤرة أو ثلاثية البؤر كل سنتين*،**، أو
- ما يصل إلى \$250 للعدسات اللاصقة المنتقاة وتركيبها وتقييمها كل عامين*،**،***.
- فحص للبصر الضعيف (لغاية أربع مرات في العام)****
- مساعد للبصر الضعيف****

*من تاريخ الخدمة/الشراء، قد لا تتوفر المزايا متعددة السنوات في السنوات التالية.

**تتحمل مسؤولية مقابل 100% من الرصيد المتبقي بعد دفعنا لمبلغ \$250.

***ندفع مقابل العدسات اللاصقة الضرورية طبيًا وتركيبها وتقييمها كل عامين بالكامل.

****التغطية المقدمة للنساء الحوامل أو اللواتي يخضعن لمراقبة التمرريض المتخصصة عندما يتم استيفاء تشخيص معين ووصفة طبية. تشمل الخدمات المغطاة:

الفحص: التقييم المهني، وجلسة قياس لمساعدة النظر الضعيف مع المتابعة إذا كان ذلك مناسباً، بما في ذلك متابعة لستة أشهر.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

تتضمن مساعدة البصر الضعيف:

- المواد اليدوية المساعدة للرؤية الضعيفة وغيرها من المساعدات غير المحمولة أو المركبة.
- النظارات بعدسات مفردة مركبة مع مساعدات الرؤية الضعيفة.
- منظار أو مجموعة عدسات مركبة ومتداخلة أو ما يسمى بالتلسكوب، بما في ذلك منظار الرؤية عن بعد، وعن قرب وكذلك نظام العدسات المركب

خدمات العين الطبية:

عليك التحدث إلى مقدم الخدمة والحصول على إحالة لفحوصات النظر المغطاة من قبل Medicare

يتم تقديم خدمات العين الطبية أو ترتيبها من قبل طبيب الرعاية الأولية (PCP). سنقوم بالدفع نظير خدمات المرضى الخارجيين فيما يتعلق بتشخيص أمراض وجروح العين على عكس المثال، يتضمن هذا فحوصات العين السنوية لمرضى اعتلال شبكية السكري لأشخاص يعانون مرض السكري وتقديم العلاج للتنبس البقي المتصل بالعمر.

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

- الأفراد ذوي تاريخ عائلي مرضي يتعلق بالزرق
- الأفراد المصابين بمرض السكري
- الأفارقة الأمريكيون الذين يبلغون من العمر 50 عاماً أو أكثر
- الأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عاماً أو أكثر

سنقوم بالدفع مقابل نظارة واحدة أو عدسات لاصقة بعد كل جراحة ساد يقوم فيها الطبيب بإدخال عدسات داخلية لاصقة. (في حال إجراء عمليتي جراحة ساد منفصلتين، يتعين عليك الحصول على نظارة واحدة بعد كل عملية جراحية. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد العملية الجراحية الثانية حتى إن لم تحصل على نظارة بعد العملية الأولى). سنقوم أيضاً بالدفع نظير العدسات اللاصقة والإطارات وقطع الغيار إذا كنت بحاجة إليها بعد إزالة الساد بدون زراعة عدسة.

كيفية الاستفادة من مزايا البصر الخاصة بك

توفر هذه الخطة تغطية لفحص العين الروتيني سنوياً والنظارات كل 24 شهراً. ستحصل على فحص الرؤية الروتيني السنوي الخاص بك (لتحديد الحاجة للنظارة التصحيحية) وأي نظارة مناسبة من خلال مقدم خدمة البصر المشارك من غير مجموعتك الطبية

قم بإجراء ترتيبات لفحص البصر الروتيني السنوي الخاص بك مع مقدم الخدمة المشارك. ولتحديد مكان مقدم خدمة البصر المشارك، اتصل على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. أو يمكنك البحث عن مقدم خدمة عبر الإنترنت على www.healthnet.com/calmediconnect.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات تدفع خطتنا مقابلها

يمكنك شراء نظارة من مقدم خدمة قام بإجراء الفحص لك أو من قائمة مقدمي خدمة النظارات المشاركين في منطقة الخدمة. لن تغطي النظارة المقدمة من مقدمي خدمات غير مقدمي الخدمات المشاركين. ولتحديد مكان مقدم خدمة النظارات المشارك، اتصل بخدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. أو يمكنك البحث عن مقدم خدمة عبر الإنترنت على www.healthnet.com/calmediconnect.

ستتحمل مسؤولية دفع الخدمات غير المشمولة، مثل أي مبلغ زائد عن نفقة النظارات أو خيارات عدسات التجميل مثل الطلاء المضاد للخدش والعدسات التقدمية ودرجات اللون، الخ. سيتم الدفع مقابل الخدمات غير المشمولة مباشرةً لمقدم خدمة النظارات المشارك.

هذا كل ما تحتاج إليه لإجراء فحص بصري روتيني والحصول على عدسات لاصقة جديدة أو نظارات طبية جديدة.

للحصول على قائمة بالخدمات البصرية غير المشمولة في برنامج Medicare واستثناءات النظارات، يُرجى الاطلاع على القسم هـ بهذا الفصل.

برنامج Medicare الخاص بالوقاية من داء السكري (MDPP)

سنقوم بالدفع للخدمات التالية ضمن برنامج Medicare الخاص بالوقاية من داء السكري (MDPP):

برنامج Medicare الخاص بالوقاية من داء السكري (MDPP) هو مجموعة من إجراءات التدخل المنظم لتغيير السلوكيات الصحية، حيث يوفر التدريب العملي على كيفية تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل، وزيادة النشاط البدني، واستراتيجيات حل المشكلات للتغلب على التحديات بهدف استمرار الحفاظ على فقدان الوزن واتباع نمط حياة صحي.

الزيارة الوقائية "مرحباً في Medicare"

نقوم بتغطية الزيارة الوقائية "مرحباً في Medicare" لمرة واحدة. وتتضمن الزيارة:

- مراجعة صحتك، و
- التثقيف والمشورة حول الخدمات الوقائية التي تحتاج إليها (بما في ذلك الفحوصات والحقن)
- وإحالات لرعاية أخرى إذا احتجت إليها.

هام: نقوم بتغطية الزيارة الوقائية "مرحباً في Medicare" فقط خلال 12 شهراً الأولى من اشتراكك في Medicare من الفئة ب. عند حجز موعدك، أخبر عيادة طبيبك بأنك تريد ترتيب موعد الزيارة الوقائية "مرحباً في Medicare".

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

خدمات تدفع خطتنا مقابلها

تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم

تغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم. وتعرف بأنها رعاية عاجلة وطارئة لما بعد الاستقرار يتم تلقيها خارج الولايات المتحدة.¹

- وتقتصر فقط على الخدمات التي تصنف على أنها طارئة أو ضرورية عاجلة أو رعاية ما بعد الاستقرار والتي تم تقديمها في الولايات المتحدة.¹
 - وتتم تغطية خدمات الإسعاف في حالات حيث من الممكن أن يشكل الوصول إلى غرفة الطوارئ خطراً على صحتك بطريقة أخرى.
 - لا تتم تغطية الضرائب والرسوم الخارجية (على سبيل المثال لا الحصر تحويل العملة أو رسوم المعاملات).
- يوجد حد سنوي بقيمة \$50,000 لتغطية الحالات الطارئة/العاجلة في جميع أنحاء العالم.
- ¹ويقصد بالولايات المتحدة 50 ولاية، مقاطعة كولومبيا، وبورتو ريكو، وجزر فيرجين آيلاندز، وغوام وجزر ماريانا الشمالية وساموا الأمريكية.

E. مزايا مشمولة خارج Health Net Cal MediConnect

لا تتم تغطية الخدمات التالية عبر Health Net Cal MediConnect إلا أنها تتوفر من خلال Medicare أو Medi-Cal.

تحويلات مجتمع كاليفورنيا (CCT)

يستخدم برنامج تحويلات مجتمع كاليفورنيا (CCT) منظمات محلية رائدة لمساعدة المستفيدين من Medi-Cal المؤهلين ممن يعيشون في العيادة الداخلية أو مرفق لمدة 90 يوم متتابة على الأقل للتحويل والبقاء في بيئة مجتمعية آمنة. ويمول برنامج تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT خدمات تنسيق الانتقال خلال فترة ما قبل الانتقال ولمدة 365 يوماً بعد مرحلة الانتقال لمساعدة المستفيدين في العودة إلى بيئة مجتمعية.

يمكنك تلقي خدمات تنسيق الانتقال من أي من منظمات تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT الرائدة في المقاطعة التي تعيش فيها. ويمكنك إيجاد قائمة بمنظمات تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT الرائدة والمقاطعات التي تخدمها في موقع إدارة خدمات الرعاية الصحية على: www.medi-cal.ca.gov

وبالنسبة لخدمات تنسيق انتقال تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT:

وستدفع Medi-Cal مقابل خدمات تنسيق الانتقال. لن تدفع شيئاً مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للخدمات التي لا ترتبط بانتقال تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT الخاصة بك:

سوف يرسل مقدم خدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار فاتورة بخدماتك إلى Health Net Cal MediConnect. سوف تدفع Health Net Cal MediConnect مقابل الخدمات المقدمة بعد انتقالك. لن تدفع شيئاً مقابل هذه الخدمات.

وربما تتلقى خدمات تنسيق انتقال تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT، ستدفع Health Net Cal MediConnect مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا في القسم د من هذا الفصل.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



لا تغيير على مزايا تغطية أدوية Health Net Cal MediConnect:

لا يغطي برنامج تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT الأدوية. وستواصل الحصول على مزايا الأدوية المعتادة الخاصة بك من خلال Health Net Cal MediConnect. وللمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الفصل 5.

ملاحظة: في حال كنت بحاجة إلى رعاية انتقال من غير تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT، يجب أن تتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للترتيب للخدمات. وتعتبر رعاية انتقال من غير تحويلات مجتمع كاليفورنيا CCT رعاية غير متعلقة بانتقالك من مؤسسة/مرفق ما. للتواصل مع منسق رعايتك، يرجى الاتصال بـ Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

برنامج Medi-Cal Dental

تتوفر خدمات أسنان معينة من خلال برنامج Medi-Cal Dental. وتتضمن الخدمات:

- الفحوصات الأولية، التنظيف الروتيني، والتنظيف العميق (تقليح الأسنان وكشط الجذور)
- صور أشعة/صور فوتوغرافية والمعالجة الوقائية وعلاجات الفلورايد
- الملغم والحشوات المركبة (ملء الحشوات)
- تيجان معالجة مخبرياً وجاهزة من الفولاذ المقاوم للصدأ والراتنج وتيجان بإطار من الراتنج
- علاج قناة جذر الأسنان الأمامية والخلفية
- أطقم أسنان جزئية وكاملة، بما فيها أطقم أسنان فورية
- إجراء تعديلات وترميم وإعادة التبطين على أطقم أسنان كاملة

تتوفر مزايا الأسنان من خلال نظام دفع الرسوم مقابل الخدمات، والمعروف بخدمة Denti-Cal. ولمعرفة المزيد من المعلومات، أو إذا كنت بحاجة للمساعدة في إيجاد طبيب أسنان يقبل بخدمة Denti-Cal، يرجى التواصل مع خط خدمة عملاء المستفيدين من Denti-Cal على الرقم 1-800-322-6384 (على مستخدم TTY الاتصال على 1-800-735-2922). يكون الاتصال مجاناً. يتوفر ممثلو برنامج Medi-Cal Dental لمساعدتك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م، من الاثنين إلى الجمعة. للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك زيارة موقعنا على <http://www.denti-cal.ca.gov>.

إذا كنت مقيماً في أي من مقاطعتي ساكرامنتو أو لوس أنجلوس، فإن مزايا الأسنان تتوفر أيضاً من خلال خطة رعاية الأسنان المدارة. وإذا كنت تعيش في مقاطعة لوس أنجلوس، وبحاجة إلى المساعدة في تحديد خطة الأسنان الخاصة بك، أو ترغب بتغيير خطط الأسنان، يرجى الاتصال على خيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272 (على مستخدم خط التواصل النصي للصم والبكم TTY/TDD الاتصال على 1-800-430-7077)، من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 5:00 م. المكالمات مجانية.

الرعاية في مرحلة الاحتضار

يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج معتمد لل رعاية في مرحلة الاحتضار من Medicare. لديك الحق في اختيار دار رعاية في مرحلة الاحتضار في حال قرر مقدم خدمتك أو المدير الطبي لدار الرعاية في مرحلة الاحتضار بأن لديك تشخيص نهائي. ويعني هذا بأن لديك مرض نهائي ومن المتوقع أن تعيش لمدة ستة أشهر أو أقل. يمكن لطبيب مرحلة الاحتضار الخاص بك أن يكون مقدم خدمة من الشبكة أو من خارجها.

راجع مخطط المزايا في القسم د من هذا الفصل لمعرفة المزيد من المعلومات حول ما تدفعه Health Net Cal MediConnect في المقابل أثناء حصولك على خدمات رعاية ما قبل الاحتضار.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



بالنسبة لخدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار التي يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare والمتعلقة بالإنداز النهائي لديك:

- سوف يرسل مقدم الخدمة في مرحلة الاحتضار فاتورة بخدماك إلى Medicare. وستدفع Medicare مقابل خدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار المتعلقة بإندازك النهائي. لن تدفع شيئاً مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة لخدمات الرعاية في مرحلة الاحتضار التي يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare وغير المتعلقة بالإنداز النهائي (باستثناء الرعاية الطارئة أو الضرورية):

- سوف يرسل مقدم الخدمة في مرحلة الاحتضار فاتورة بخدماك إلى Medicare. وسوف يدفع Medicare للخدمات التي يغطيها في الجزء (أ) أو (ب). أنت لا تدفع شيئاً مقابل هذه الخدمات.

بالنسبة للأدوية التي قد تغطيها ميزة Health Net Cal MediConnect الخاصة بالجزء (د) من برنامج Medicare:

- لا يتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت عينه. وللمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الفصل 5.

ملاحظة: إن لم تكن بحاجة إلى الرعاية الصحية في مرحلة الاحتضار، يجب أن تتصل بمنسق الرعاية الخاص بك للترتيب للخدمات. الرعاية الصحية غير المتعلقة بمرحلة الاحتضار هي الرعاية الصحية غير المتعلقة بالمرض الانتهائي. للتواصل مع منسق رعايتك، يرجى الاتصال بـ Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

F. المزايا التي لا تغطيها Health Net Cal MediConnect Medicare أو Medi-Cal أو Medicare

يشرح لك هذا القسم أنواع المزايا التي استثنيتها الخطأ. ويقصد بالاستثناء أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. كما لن تغطيها Medicare وMedi-Cal. توضح القائمة أدناه بعض الخدمات والبنود غير المشمولة لدينا تحت أي ظروف وبعض الخدمات والبنود التي تم استثنائها من جانبنا في بعض الحالات.

لن نقوم بالدفع للفوائد الطبية المستثناة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في دليل الأعضاء هذا) إلا وفقاً للشروط المحددة المذكورة. وإذا اعتقدت بأنه يجب علينا الدفع مقابل خدمة غير مشمولة، يمكنك تقديم استئناف. للحصول على مزيد من المعلومات حول تقديم استئناف، راجع الفصل 9.

بالإضافة إلى أي استثناءات أو قيود واردة في جدول الفوائد، أو في أي مكان آخر في دليل الأعضاء هذا، فإن الأغراض والخدمات التالية غير مشمولة في خطتنا:

- الخدمات التي لا تعتبر "مناسبة وضرورية طبياً" وفقاً لمعايير Medicare وMedi-Cal، إلا في حال إدراج هذه الخدمات في خطتنا كخدمات مشمولة.
- الأدوية والأغراض والعلاجات الجراحية والطبية التجريبية، إلا إذا كانت مشمولة في برنامج Medicare أو دراسة أبحاث سريرية معتمدة في Medicare أو في خطتنا. راجع الفصل 3، الصفحة "ي. كيف تتم تغطية خدمات الرعاية الصحية الخاصة بك عندما تكون في دراسة بحثية سريرية؟" للحصول على المزيد من المعلومات حول دراسات الأبحاث السريرية. العلاج والأغراض التجريبية غير مقبولة بشكل عام من قبل المجتمع الطبي.
- العلاج الجراحي للسمنة إلا إذا كان هناك ضرورة طبية، حينها تدفع Medicare نظير ذلك.
- غرفة خاصة في مستشفى، إلا عندما تكون ضرورة طبياً.
- ممرضات خصوصيات.
- الأغراض الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية مثل الهاتف أو التلفاز.
- رعاية تريض بدوام كامل في منزلك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- الرسوم المدفوعة من قِبل أقاربك من الدرجة الأولى أو أفراد أسرتك.
- خدمات أو إجراءات التحسين الطوعية أو الاختيارية (بما في ذلك فقدان الوزن ونمو الشعر والأداء الجنسي والأداء الرياضي وأعراض التجميل ومكافحة الشيخوخة والأداء العقلي)، إلا في حال وجود ضرورة طبية.
- جراحة التجميل أو أعمال التجميل، إلا في حال الضرورة نظرًا لوقوع حادثة عرضية أو لتحسين جزء من الجسم غير مكون بشكل سليم. إلا أننا سنقوم بالدفع مقابل ترميم الثدي بعد استئصاله ومعالجة الثدي الآخر لمطابقته.
- وتتوافق رعاية تقويم العمود الفقري، غير العلاج اليدوي للعمود الفقري، مع إرشادات التغطية.
- الأحذية الطبية، إلا إذا كانت الأحذية جزءًا من دعامة القدم ومشمولة ضمن تكلفة الدعامة أو الأحذية أو كانت الأحذية لشخص مصاب بالسكري.
- أجهزة دعم القدم، باستثناء الأحذية العلاجية أو الطبية للأشخاص المصابين بمرض السكري في القدم.
- انعكاس إجراءات التعقيم وعمليات تغيير الجنس (باستثناء خدمات التحويل الجنسي الضرورية طبيًا المشمولة في Medi-Cal ولوازم موانع الحمل غير الموصوفة طبيًا).
- خدمات التدواي 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 تكاليف شؤون المحاربين القدامى أكثر من مشاركة التكاليف بموجب خطتنا، سنقوم بتعويض المحارب القديم عن الفرق. لا تزال تتحمل مسؤولية دفع مبالغ مشاركة التكلفة.
- العلاج والاختبار بموجب أمر المحكمة، باستثناء إذا كانت هناك ضرورة طبية وفي الزيارات المسموح بها بموجب عقد الخطة.
- العلاج في مركز علاج سكني. يمكن أن تتوفر هذه المزايا تحت ميزة الصحة العقلية المتخصصة في المقاطعة.
- الخدمات الإضافية مثل: التأهيل المهني وخدمات التأهيل الأخرى (يمكن أن تتوفر هذه الفائدة تحت الفائدة الصحية العقلية المتخصصة في المقاطعة) وخدمات التغذية.
- الاختبارات النفسية
- الفحص النفسي، باستثناء ما أجري من جانب أخصائي نفسي معتمد للمساعدة في خطة 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.
- حدوث أي تلف بالمستشفى أو المرفق تنتسب أنت به.
- علاج الارتجاع البيولوجي أو المعالجة بالتنويم.
- التحفيز القحفي العرضي المغناطيسي (TMS).
- رموز V كما هي مدرجة في DSM 5.
- الخدمات التي تعتبرها Health Net تجريبية أو بحثية.
- الخدمات المتلقاة خارج دولة الإقامة الأساسية، باستثناء في حالة خدمات الطوارئ وما لم تأذن Health Net بخلاف ذلك.
- العلاج بالصددمات الكهربائية (ECT)، باستثناء ما تأذن به Health Net.
- الرعاية الروتينية للأسنان، مثل التنظيف أو تركيب حشوات أو أطقم أسنان. 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.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الاستثناءات من الخدمات الخاصة بفحص النظر والنظارات الطبية غير المشمولة بتغطية Medi-Cal Medicare

- بضع القرنية التشععي وجراحة الليزك LASIK وعلاج الرؤية. اتصل بمسؤول الخطة للحصول على معلومات حول خصومات عمليات LASIK.
- تمارين تقويم البصر أو تدريب الرؤية وأي اختبار تكميلي ذي صلة
- علاج عيوب النظر الانكسارية (CRT).
- علاج أورثو كيراتولوجي (عملية تستخدم العدسات اللاصقة لتغيير شكل القرنية للحد من قصر النظر).
- تجديد العدسات اللاصقة بعد فترة التركيب الأولي (90 يوماً).
- عدسات مسطحة، عدسات لاصقة مسطحة (عدسات بتصحيح انكسار أقل من + 0.50 ديوبتر).
- نظارتين بدلاً من عدسات ثنائية البؤرة.
- نظارات ونظارات شمسية لا تُصرف بوصفة طبية
- عدسات إضافية
- استبدال العدسات والإطارات المقدمة بموجب هذه الخطة بسبب الفقد أو الكسر باستثناء الفواصل الزمنية الطبيعية التي تكون فيها الخدمات متاحة.
- الخدمات التشخيصية والعلاج الطبي أو الجراحي للأعين (للعلاج الطبي المشمول، يُرجى الرجوع إلى جدول المزاي السابق في هذا الفصل).
- علاج تصحيح الرؤية من خلال علاج ذو طبيعة بحثية.
- العدسات اللاصقة المستوية لتغيير لون العين بطريقة تجميلية.
- تكاليف الخدمات و/أو المواد التي تتجاوز مصاريف مزاي الخطة.
- العدسات اللاصقة المطلية بشكل تجميلي.
- تعديل العدسات اللاصقة أو وصلها أو تنظيفها.
- الزيارات الإضافية للعيادة المتعلقة بالعدسات اللاصقة.
- بوليصة تأمين العدسات اللاصقة أو اتفاقيات الخدمة.
- اللوازم والخدمات البصرية المقدمة من قبل مقدم خدمة غير مشارك.
- الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية للمرضى الخارجيين أو الأدوية المتاحة بدون وصفات ليست مشمولة كجزء من فوائد الرعاية البصرية الخاصة بك. يُرجى الرجوع إلى جدول المزاي السابق في هذا الفصل أو الفصلين 5 و6 للحصول على المزيد من المعلومات حول الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية للمرضى الخارجيين والتي تندرج تحت المزاي الطبية أو مزاي الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.
- معينات الرؤية (غير النظارات أو العدسات اللاصقة) أو مساعادات الرؤية الضعيفة كما هو موضح في مخطط المزاي سابقاً في هذا الفصل.
- نظارات تصحيحية مطلوبة من جهة التوظيف كشرط للتوظيف ونظارة سلامة ما لم تكن مشمولة في هذه الخطة بشكل خاص.
- مواد أو خدمات بصرية مقدمة من جانب أي خطة مزايا تابعة لمجموعة أخرى توفر رعاية بصرية.
- الخدمات البصرية المقدمة بعد انتهاء التغطية، إلا عندما يتم تسليم المواد التي طلبتها قبل انتهاء التغطية والخدمات المقدمة لك في غضون 31 يوماً من تاريخ هذا الطلب.
- الخدمات البصرية المقدمة كنتيجة لأي قوانين تابعة لتعويض العمال أو تشريعات مشابهة أو مطلوبة من جانب أي وكالة أو برنامج حكومي، سواء فيدرالي أو خاص بالولاية أو إدارات فرعية تابعة له.
- مواد و/أو خدمات بصرية غير المبينة في دليل الأعضاء هذا.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 5: الحصول على الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية لمرضى العيادة الخارجية من خلال الخطة

جدول المحتويات

82	المقدمة
82	قواعد الخطة لتغطية أدوية المرضى الخارجيين
82	A. صرف وصفتك الطبية
82	اصرف وصفتك الطبية في صيدلية الشبكة
82	أظهر بطاقة العضوية عند صرف الوصفة الطبية
83	ما الذي يتعين عليك فعله للتحويل إلى صيدلية شبكة مختلفة؟
83	ما الذي يتعين عليك فعله في حال انفصال الصيدلية التي تتعامل معها عن الشبكة؟
83	ما الذي يتعين عليك فعله إذا كنت بحاجة إلى صيدلية متخصصة؟
83	هل يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية الخاصة بك؟
84	هل يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية؟
84	هل يمكنك استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة الخطة؟
85	هل سترد لك الخطة ما دفعته للحصول على الوصفة الطبية؟
85	B. قائمة الأدوية الخاصة بالخطة
85	ماذا يوجد في قائمة الأدوية؟
85	كيف يمكنك معرفة ما إذا كان الدواء موجوداً في قائمة الأدوية؟
86	ما هي الأدوية غير الواردة في قائمة الأدوية؟
86	ما هي مستويات مشاركة التكلفة؟
87	C. حدود تغطية بعض الأدوية
87	لماذا تُفرض بعض القيود على الأدوية؟
87	ما أنواع القواعد الموجودة؟

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (711) (TTY: 1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect



- 87 هل تنطبق أي من هذه القواعد على أدويةك؟
- 88 **D. سبب عدم تغطية دوائك**
- 88 يمكنك الحصول على مخزون مؤقت
- 89 **E. تغييرات في تغطية أدويةك**
- 90 **F. تغيير الدواء في حالات خاصة**
- 90 إذا كنت مقيماً في مستشفى أو مرفق رعاية ترميضية ماهرة مشمول بتغطية خطتنا
- 90 إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد
- 91 إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد وأصبحت عضواً جديداً في خطتنا
- 91 إذا كنت في برنامج رعاية المرضى المحتضرين المعتمد من Medicare
- 91 **G. البرامج الخاصة بسلامة الأدوية وإدارة الأدوية**
- 91 البرامج الخاصة لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان
- 92 برامج لمساعدة الأعضاء في إدارة أدويتهم

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



المقدمة

يوضح هذا الفصل قواعد الحصول على الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية للمرضى الخارجيين. هذه هي الأدوية التي يطلبها مقدم الخدمة لك وتحصل عليها من الصيدلية أو عبر البريد. وتتضمن الأدوية المشمولة في الجزء (د) من برنامج Medicare وMedi-Cal. يُبين لك الفصل 6 القيم التي تدفعها مقابل الحصول على هذه الأدوية..

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

- الأدوية المشمولة في الجزء (أ) من برنامج Medicare. وتتضمن الأدوية التي تقدم لك وأنت في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية.
- الأدوية المشمولة في الجزء (ب) من Medicare. وتتضمن بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض عمليات الحقن بالأدوية المقدمة لك أثناء زيارة عيادة طبيب أو مقدم خدمة آخر والأدوية التي تقدم لك في عييل الكلى. لمعرفة المزيد حول الأدوية المشمولة في الجزء (ب) من برنامج Medicare، راجع مخطط المزايا في الفصل 4.

قواعد الخطة لتغطية أدوية المرضى الخارجيين

1. سنقوم دائماً بتغطية الأدوية الخاصة بك طالما تتبع القواعد الواردة في هذا الفصل. يجب أن يكون لديك طبيب أو مقدم خدمة آخر يكتب وصفتك الطبية. وغالباً ما يكون هذا الشخص مقدم رعايتك الأولية (PCP). وقد يكون كذلك مقدم خدمة آخر في حال قام مقدم رعايتك الأولية بإحالتك.
2. ويجب عليك عموماً استخدام صيدلية الشركة لصرف دوائك.
3. يجب أن يكون الدواء الموصوف ضمن قائمة الأدوية المغطاة الخاصة بالخطة. نطلق عليها اختصاراً "قائمة الأدوية".
 - وإن لم تكن مشمولة في قائمة الأدوية، فقد تتمكن من تغطيتها من خلال تقديم استثناء. يرجى مراجعة صفحة 89 لمعرفة المزيد عن كيفية طلب الاستثناء.
4. يجب استخدام الدواء لدواعي استعمال مقبولة طبيياً. ويعني هذا أن يكون استخدام الدواء إما معتمد من جانب إدارة الغذاء والدواء أو مدعوم بكتب مرجعية معينة. تشير الضرورة الطبية إلى جميع الخدمات المغطاة المناسبة واللازمة لحماية الحياة ومنع الأمراض الخطيرة أو الإعاقات الخطيرة أو لتخفيف الآلام الحادة من خلال تشخيص المرض أو الداء أو الإصابة أو علاج أي منهم.

A. صرف وصفتك الطبية

اصرف وصفتك الطبية في صيدلية الشبكة

- وفي معظم الحالات، سندفع مقابل الوصفات الطبية فقط في حال القيام بصرفها في أي صيدليات تابعة لشبكتنا. صيدلية الشبكة هي مستودع الأدوية الذي وافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك الذهاب إلى أي من صيدليات شبكتنا.
- ← لإيجاد صيدلية ما في الشبكة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني الخاص بنا أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

أظهر بطاقة العضوية عند صرف الوصفة الطبية

لصرف وصفتك الطبية، أظهر بطاقة العضوية في صيدلية الشبكة. سترسل صيدلية الشبكة لنا فاتورة مقابل حصتنا في تكلفة أدوية وصفتك الطبية المشمولة. سوف تحتاج لدفع مبلغ المشاركة في الدفع للصيدلية عند حصولك على وصفتك الطبية.

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



إن لم تكن الصيدلية قادرة على الحصول على المعلومات اللازمة، فقد تدفع التكلفة كاملة للوصفة الطبية عند حصولك عليها. يمكنك بعد ذلك أن تطلب منا الدفع لك مقابل حصتنا. دون أن تتمكن من الدفع للأطباء الأعلى الفور. وسنبدل ما بوسعنا لمساعدتك.

← ولمعرفة كيفية مطالبتنا برد المبلغ لك، راجع الفصل 7.

← وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة في صرف وصفتك الطبية، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

ما الذي يتعين عليك فعله للتحويل إلى صيدلية شبكة مختلفة؟

في حال تغيير الصيدليات والحاجة إلى إعادة صرف وصفة طبية، يمكنك إما طلب الحصول على وصفة طبية جديدة مكتوبة من جانب مقدم الخدمة أو اطلب من صيدليتك تحويل وصفتك الطبية إلى الصيدلية الجديدة. وإذا كنت بحاجة إلى مساعدة لتغيير صيدلية شبكتك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

ما الذي يتعين عليك فعله في حال انفصال الصيدلية التي تتعامل معها عن الشبكة؟

في حال انفصال الصيدلية عن شبكة الخطة، فإنه يتعين عليك البحث عن صيدلية شبكة جديدة.

← للعثور على صيدلية شبكة جديدة، يمكنك البحث في دليل مقدم الخدمة والصيدليات، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

ما الذي يتعين عليك فعله إذا كنت بحاجة إلى صيدلية متخصصة؟

يتعين عليك أحياناً صرف الوصفات الطبية في صيدلية متخصصة. وتشمل الصيدليات المتخصصة ما يلي:

- الصيدليات التي تقدم الأدوية للعلاج بالتسريب في المنزل.
- الصيدليات التي تقدم الأدوية للمقيمين في مرفق الرعاية طويلة الأمد، مثل دار التمريض. 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 تعاني من صعوبة في الاستفادة من مزايا الأدوية في مرفق صحي طويل الأمد، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.
- الصيدليات التي تقدم البرنامج الصحي الحضري/القبلي للهنود/الخدمات الصحية. يمكن فقط للأمريكيين الأصليين أو سكان الأسكا الأصليين استخدام هذه الصيدليات إلا في حالات الطوارئ.
- الصيدليات التي توفر الأدوية التي تتطلب تعليمات ومعاملة خاصة في استخدامها.

← للعثور على صيدلية متخصصة، يمكنك البحث في دليل مقدم الخدمة والصيدليات ، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

هل يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على الأدوية الخاصة بك؟

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

تسمح لك خدمة الطلب عبر البريد في خططنا بطلب إمداد لغاية 90 يوماً. ويحظى الإمداد لمدة 90 يوماً بنفس قيمة المشاركة في الدفع للإمداد لمدة شهر واحد.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



كيف أصرف وصفاتي الطبية بالبريد؟

للحصول على استمارات طلب ومعلومات حول صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، تفضل بزيارة موقعنا (www.healthnet.com/calmediconnect) أو اتصل بخدمات الأعضاء (أرقام الهواتف الموجودة أسفل هذه الصفحة) للمساعدة. وتحصل بالعادة على وصفة طبية عبر البريد في غضون 10 يوماً. وفي حال تأخر طلبك عبر البريد، اتصل بخدمات الأعضاء (أرقام الهواتف موجودة أسفل هذه الصفحة) للمساعدة.

كيف سيعالج الطلب عبر البريد وصفتي الطبية؟

تتبع خدمة الطلب عبر البريد إجراءات مختلفة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك، والوصفات الطبية التي تحصل عليها مباشرة من عيادة مقدم الخدمة وإعادة ملئ الوصفات الطبية عبر الطلب بالبريد:

- 1. الوصفات الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية منك**
تقوم الصيدلية بصرف وتسليم الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها منك تلقائياً.
- 2. الوصفات الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية مباشرة من عيادة مقدم الرعاية**
بعد استلام الصيدلية للوصفة الطبية من مقدم رعاية صحية، ستتصل بك لترى ما إذا كنت تريد صرف الدواء فوراً أم لاحقاً. وسيمنحك ذلك فرصة للتأكد من أن الصيدلية تسلم الدواء الصحيح (بما في ذلك القوة، الكمية والشكل)، وعند الضرورة، سيسمح لك ذلك بوقف أو تأخير الطلب قبل إرسال فاتورة لك و شحنه. من المهم أن تجيب في كل مرة تتصل الصيدلية بك لتعلمهم ماذا يفعلون بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.
- 3. إعادة صرف الوصفات عبر الطلب بالبريد**
إعادة صرف الوصفة الطبية، يُرجى الاتصال بصيدليتك قبل 21 يوماً من نفاذ الدواء الموجود لديك لتتأكد من شحن طلبك التالي في الوقت المناسب.
كي تتمكن الصيدلية من الاتصال بك لتأكيد طلبك قبل الشحن، يُرجى إطلاع الصيدلية على الوسيلة الأفضل للاتصال بك. بإمكانك تزويد معلومات الاتصال بك في كل مرة ترسل طلباً.

هل يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية؟

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

وتتيح لك بعض صيدليات الشبكة الحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية المداومة. ويحظى الإمداد لمدة 90 يوماً بنفس قيمة المشاركة في الدفع للإمداد لمدة شهر واحد. يطلعك دليل مقدم الخدمة والصيدليات على الصيدليات التي يمكن أن تقدم لك إمداد طويل الأمد من أدوية المداومة. يمكنك الاتصال أيضاً بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

للحصول على أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد التابع لشبكة الخطة للحصول على إمداد طويل الأمد من الأدوية المداومة. راجع القسم أعلاه للاطلاع على خدمات الطلب عبر البريد.

هل يمكنك استخدام 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. حيث توجد لدينا صيدليات شبكة خارج منطقة خدماتنا يمكنك صرف الوصفات الطبية الخاصة بك منها باعتبارك عضواً في خطتنا.

وسندفع مقابل صرف الوصفات الطبية في صيدلية خارج شبكتنا في الحالات التالية:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- في حال لم تتلقى إمداد أكثر من 30 يوماً، و
 - في حال عدم وجود صيدلية شبكة بالقرب منك ومفتوحة، أو
 - إذا كنت بحاجة إلى أدوية لا يمكنك الحصول عليها من صيدلية الشبكة القريبة منك، أو
 - إذا كنت بحاجة إلى أدوية لحالات طوارئ أو رعاية طبية طارئة، أو
 - إذا كان لا بد منك مغادرة منزلك بسبب كارثة فيدرالية أو حالة طوارئ صحية عامة أخرى.
- ◀ وفي هذه الحالات، يُرجى الرجوع إلى خدمات الأعضاء أولاً لمعرفة ما إذا كان هناك صيدلية شبكة بالقرب منك.

هل سترد لك الخطة ما دفعته للحصول على الوصفة الطبية؟

إذا كان يتعين عليك استخدام صيدلية خارج الشبكة، فستقوم بوجه عام بدفع التكلفة كاملة بدلاً من قيمة المشاركة في الدفع عند حصولك على وصفتك الطبية. يمكنك أن تطلب منا الدفع لك مقابل حصتنا من التكلفة.

◀ لمعرفة المزيد عن هذا، راجع الفصل 7.

B. قائمة الأدوية الخاصة بالخطة

يوجد لدينا قائمة بالأدوية المشمولة. نطلق عليها اختصاراً "قائمة الأدوية".

حيث نختار الأدوية الواردة في قائمة الأدوية بمساعدة فريق أطباء وصيادلة. وستطلعك قائمة الأدوية أيضاً فيما لو كان هناك أي قواعد تحتاح إلى اتباعها للحصول على أدويةك.

سنعمل دائماً على تغطية الأدوية الخاصة بك والمشمولة في قائمة الأدوية التابعة للخطة طالما تتبع القواعد الواردة في هذا الفصل.

ماذا يوجد في قائمة الأدوية؟

تتضمن قائمة الأدوية كل من الأدوية التي يغطيها الجزء (د) من خطة Medicare وبعض الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية والمنتجات والأدوية المتاحة بدون وصفات والمشمولة في مزايانا Medi-Cal.

تتضمن قائمة الأدوية كل من الأدوية الأصلية والأدوية غير مسجلة الملكية. حيث تحتوي الأدوية غير مسجلة الملكية نفس مكونات الأدوية الأصلية. وبشكل عام، تتميز هذه الأدوية بنفس فاعلية الأدوية ذات العلامة المسجلة كما أنها منخفضة الكلفة عادة.

سنعمل دائماً على تغطية الأدوية الخاصة بك والمشمولة في قائمة الأدوية التابعة للخطة طالما تتبع القواعد الواردة في هذا الفصل.

كما تغطي خطتنا أيضاً منتجات وأدوية معينة متاحة بدون وصفات. وتكلف بعض الأدوية المتاحة بدون وصفات أقل من الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية وتتميز بنفس فاعليتها. لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.

كيف يمكنك معرفة ما إذا كان الدواء موجوداً في قائمة الأدوية؟

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

- اطلع على أحدث قائمة أدوية أرسلناها لك عبر البريد.
- تفضل بزيارة موقع الخطة الإلكتروني على www.healthnet.com/calmediconnect. تُعد قائمة الأدوية الموجودة على الموقع الأكثر حداثة دائماً.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- اتصل بخدمات الأعضاء لترى إن كان الدواء موجوداً على قائمة أدوية الخطة أو لطلب نسخة من القائمة.

ما هي الأدوية غير الواردة في قائمة الأدوية؟

لا نقوم بتغطية جميع الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية. حيث لا تتوفر بعض الأدوية في قائمة الأدوية وذلك لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية هذه الأدوية. وقررنا في حالات عدم تضمين دواء ما في قائمة الأدوية.

لن يقوم برنامج Health Net Cal MediConnect بالدفع مقابل الأدوية المدرجة في هذا القسم. وتُسمى هذه الأدوية الأدوية المستثناة. وفي حال الحصول على وصفة طبية لدواء مستثنى، يتعين عليك الدفع للحصول عليه. وإذا اعتقدت بأنه يجب علينا الدفع مقابل دواء مستثنى بسبب حالتك، يمكنك تقديم استئناف. (لمعرفة كيفية تقديم استئناف، راجع الفصل رقم 9.)

فيما يلي ثلاث قواعد عامة خاصة بالأدوية المستثناة:

- لا تتكفل تغطية أدوية العيادات الخارجية الخاصة بخططنا (والتي تتضمن الجزء (د) وأدوية Medicaid) بدفع تكاليف الأدوية المغطاة بالفعل من الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare. وتغطي الأدوية في الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare مجاناً بواسطة Health Net Cal MediConnect، إلا أنها لا تعتبر جزءاً من مزايا الأدوية الطبية في العيادات الخارجية.
- لا يمكن أن تغطي خططنا الدواء الذي تم شراؤه خارج الولايات المتحدة وأراضيها.
- ويجب أن يكون استخدام الدواء معتمداً من قبل إدارة الغذاء والدواء أو مدعوماً بكتاب مرجعية معينة كعلاج لحالتك الطبية. ويجب أن يصف طبيبك دواء معيناً لعلاج حالتك حتى لو لم تكن معتمدة لعلاج حالتك. ويطلق على هذا الاستخدام غير مرخصة. لا تغطي خططنا عادة الأدوية عندما تكون أدوية لا تُصرف إلا بوصفة طبية لاستخدام غير مرخص.
- كما أن أنواع الأدوية المدرجة أدناه غير مشمولة في Medicare أو Medi-Cal وذلك بموجب القانون.

- الأدوية المستخدمة لتعزيز الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
- الأدوية المستخدمة لعلاج مشكلات الانتصاب أو الجنس مثل Viagra® وCialis® وLevitra® وCaverject®
- أدوية المرضى الخارجيين حين توصي الشركة التي تصنعها أنك يتحتم عليك أن تقوم بإجراء اختبارات أو خدمات تتم من جانبهم فقط

ما هي مستويات مشاركة التكلفة؟

- يُعد كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بنا مستوى واحداً من 3 مستويات في مشاركة التكلفة. والمستوى عبارة عن مجموعة من الأدوية من النوع ذاته (على سبيل المثال، الأدوية الأصلية أو الأدوية غير مسجلة الملكية أو الأدوية بدون وصفة). بشكل عام، كلما زاد مستوى مشاركة التكلفة، زادت تكلفة الأدوية. يتمتع المستوى 1 من الأدوية بقيمة منخفضة للمشاركة في الدفع. وهي الأدوية غير مسجلة الملكية. وتتراوح قيمة المشاركة في الدفع ما بين \$0.00 إلى \$3.35. ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.
- بينما تتمتع الدرجة 2 من الأدوية بقيمة أعلى للمشاركة في الدفع. وهي الأدوية ذات العلامة التجارية المسجلة. وتتراوح قيمة المشاركة في الدفع ما بين \$0.00 إلى \$8.35. ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.
- وتبلغ قيمة المشاركة في الدفع للدرجة 3 من الأدوية \$0.00. وهي الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية والأدوية المتاحة بدون وصفات طبية يغطيها برنامج Medi-Cal.

لمعرفة مستوى الكلفة المشتركة التي يقع فيها دواؤك، ابحث عن الدواء الموجود في قائمة الدواء الخاصة بنا.

← كما يطلعك الفصل 6 على المبلغ الذي تدفعه مقابل الحصول على أدوية في كل مستوى.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



C. حدود تغطية بعض الأدوية

لماذا تُفرض بعض القيود على الأدوية؟

بالنسبة لأدوية معينة لا تُصرف إلا بوصفة طبية، تحدد قواعد خاصة طريقة ووقت تغطية الخطة لها. بشكل عام، تشجعك قواعدنا على الحصول على أدوية مناسبة لعلاج حالتك الطبية تنسم بالأمان والفاعلية. عندما يعمل الدواء منخفض التكلفة والأمن بنفس كفاءة الدواء مرتفع التكلفة، فإننا نتوقع من مقدم الخدمة لديك أن يقوم باستخدام الأدوية منخفضة التكلفة.

في حال وجود قاعدة خاصة تتعلق بدوائك، فهذا يعني دائماً أنك يجب أن تتخذ أنت أو مقدم الخدمة خطوات إضافية لنقوم بتغطية الدواء. على سبيل المثال، يمكن لمقدم الخدمة لديك أن يخبرنا بتشخيصك أو تقديم نتائج اختبارات الدم أولاً. في حال اعتقادك أو مقدم خدمتك 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 عن طلب الاستثناءات، راجع الفصل رقم 9.

ما أنواع القواعد الموجودة؟

1. تقييد استخدام الدواء ذو العلامة التجارية عندما يتوفر الدواء غير مسجلة الملكية

بشكل عام، تعمل الأدوية غير مسجلة الملكية بنفس كفاءة الأدوية الأصلية وعادةً كلفتها أقل. وفي أغلب الأحيان، في حال وجود إصدار بديل للأدوية الأصلية، ستزودك صيدليات الشبكة بالإصدارات غير مسجلة الملكية بدلاً من الأدوية الأصلية عندما يتوفر إصدار غير مسجل الملكية. ولكن إذا أخبرنا مقدم رعايتك عن السبب الطبي بأن الدواء غير مسجل الملكية لكن يكون صالحاً لك، سنقوم حينها بتغطية الدواء الأصلي. قد تكون نسبة المشاركة في الدفع الخاصة بك أكبر بالنسبة للأدوية الأصلية مقارنة مع الأدوية غير مسجلة الملكية.

2. الحصول على موافقة الخطة مقدماً

بالنسبة لبعض الأدوية، يجب أن تحصل أو يحصل طبيبك على اعتماد 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 كلفة (التي 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 كلفة الدواء "أ" أقل من كلفة 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. حدود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، فإننا نفرض قيوداً على مقدار الدواء الذي تتناوله. وتسمى بحدود الكمية. كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تُصرف فيها الوصفة الطبية.

هل تنطبق أي من هذه القواعد على أدويةك؟

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 www.healthnet.com/calmediconnect.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



D. سبب عدم تغطية دوائك

نحاول أن نجعل تغطية الأدوية الخاصة بك تعمل بشكل مناسب لك، إلا أنه قد لا يكون الدواء أحياناً مشمولاً في التغطية بالطريقة التي ترغب بها. على سبيل المثال:

- **الدواء الذي تريد تناوله غير مشمول في خطتنا.** قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية. وقد يكون الدواء البديل مشمولاً في التغطية، إلا أن الإصدار الأصلي غير مشمول به. وقد يكون الدواء جديداً ولكننا لم نراجع من حيث السلامة والفاعلية.
 - **الدواء مشمول، ولكن ثمة قواعد خاصة أو قيود على تغطية هذا الدواء.** كما هو موضح في القسم أعلاه، لبعض الأدوية المشمولة في خطتنا لا قواعد تقيد استخدامها. في بعض الحالات، قد تود أو واصف الأدوية طلب إجراء استثناء لهذه القاعدة.
- حيث توجد أمور يمكنك القيام بها إذا كان الدواء الخاص بك غير مشمول بالطريقة التي ترغب بها.

يمكنك الحصول على مخزون مؤقت

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

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

1. الدواء الذي تتناوله:

- لم يعد مدرجاً في قائمة الأدوية الخاصة، أو
- لم يكن مدرجاً بناتاً في قائمة الأدوية، أو
- محدود حالياً بطريقة ما.

2. يجب أن تكون في إحدى هذه الحالات:

- **كنت مشتركاً في الخطة العام الماضي ولا تعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد.** سنقوم بتغطية إمداد مؤقت من دوائك خلال أول 90 يوماً من السنة. سيكون هذا الإمداد المؤقت لمدة 30 يوماً. وإذا كانت الوصفة الطبية لأيام أقل، سنسمح بصرف متعدد يصل إلى حد أقصاه 30 يوم من إمداد الدواء. يتعين عليك صرف وصفتك الطبية في صيدلية الشبكة.
- **أنت مشترك جديد في خطتنا ولا تعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد.** سنقوم بتغطية إمداد أدويةك في أول 90 يوماً من عضويتك في الخطة. سيكون هذا الإمداد المؤقت لمدة 30 يوماً. وإذا كانت الوصفة الطبية لأيام أقل، سنسمح بصرف متعدد يصل إلى حد أقصاه 30 يوم من إمداد الدواء. يتعين عليك صرف وصفتك الطبية في صيدلية الشبكة.
- **كنت مشتركاً في الخطة العام الماضي وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد.** سنقوم بتغطية إمداد مؤقت من دوائك خلال أول 90 يوماً من السنة. ويصل الإمداد المؤقت لغاية 98 يوماً في زيادة الصرف. وإذا كانت الوصفة الطبية لأيام أقل، سنسمح بصرف متعدد يصل إلى حد أقصاه 98 يوم من إمداد الدواء. (يُرجى الملاحظة أن صيدلية الرعاية الطويلة الأمد قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لتفادي هدره).
- **أنت مشترك جديد في خطتنا وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد.** سنقوم بتغطية إمداد أدويةك في أول 90 يوماً من عضويتك في الخطة. ويصل الإمداد المؤقت لغاية 98 يوماً اعتماداً على زيادة الصرف. وإذا كانت الوصفة الطبية لأيام أقل، سنسمح بصرف متعدد يصل إلى حد أقصاه 98 يوم من إمداد الدواء. (يُرجى الملاحظة أن صيدلية الرعاية الطويلة الأمد قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لتفادي هدره).

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- كنت مشتركاً في الخطة لمدة تزيد عن 90 يوماً وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد وبحاجة إلى إمداد حالياً. سنقوم بتغطية إمداد لمدة 31 يوماً، أو أقل في حال كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى مخزون الرعاية طويلة الأمد الانتقالي.
 - أنت عضو حالي في الخطة وفي طور الانتقال من مرفق للرعاية طويلة الأمد أو من إقامة في المستشفى إلى المنزل وتحتاج إلى إمداد انتقالي على الفور: سنقوم بتغطية إمداد لمدة 30 يوماً أو أقل في حال كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة سنسمح بإعادة ملء متعددة لنصل حتى 30 يوماً من مخزون الدواء).
 - أنت عضو حالي في الخطة وفي طور الانتقال من منزل أو من إقامة في المستشفى إلى مرفق للرعاية طويلة الأمد (LTC) وبحاجة إلى إمداد انتقالي على الفور: سنقوم بتغطية إمداد لمدة 31 يوماً أو أقل في حال كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة سنسمح بإعادة ملء متعددة لنصل حتى 31 يوماً من مخزون الدواء).
- ← لطلب مخزون مؤقت من الدواء، اتصل بخدمات الأعضاء.

عند حصولك على مخزون مؤقت من الدواء، عليك التحدث إلى مقدم الخدمة ليقرر ماذا فعل حين ينفذ مخزونك. فيما يلي اختياراتك:

- يمكنك التحول إلى دواء آخر: قد يكون هناك دواء مختلف مشمول بتغطية خطتنا يناسبك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب قائمة أدوية مشمولة بالتغطية تعالج نفس الحالة الطبية. وقد تساعد هذه القائمة مقدم خدمتك في العثور على الدواء المشمول الذي يناسبك. أو
 - يمكنك طلب استثناء. يمكنك أو مقدم خدمتك طلب استثناء منا. مثلاً، يمكنك طلب تغطية دواء منا حتى وإن لم يكن مدرجاً في قائمة الأدوية. أو يمكنك طلب تغطية الدواء بدون قيود. وإذا أكد مقدم خدمتك بأن لديك سبباً طبيياً جيداً لاستثناء ما، يمكنه/ها مساعدتك في طلب استثناء.
- ← لمعرفة المزيد عن طلب الاستثناءات، راجع الفصل رقم 9.
- ← إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لطلب استثناء، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

E. تغييرات في تغطية أدويةك

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في 1 يناير. ومع ذلك، قد نقوم بإجراء تغييرات على قائمة الأدوية خلال العام. ويمكننا:

- إضافة أدوية نظراً لأن الأدوية الجديدة، بما في ذلك الأدوية البديلة، أصبحت متوفرة أو وافقت الحكومة على استخدام جديد للدواء الموجود.
- إزالة أدوية نظراً لسحبها أو لأن الأدوية الأرخص تعمل بنفس الكفاءة.
- نقل الدواء إلى مستوى مشاركة كلفة أعلى أو أقل.
- إضافة أو إزالة قيد على تغطية الدواء.
- استبدال دواء أصلي بدواء بديل.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



في حال تأثير أي من التغييرات أدناه على دواء تتناوله، لن يؤثر عليك التغيير حتى 1 يناير من العام المقبل:

- ننقل دواءك إلى مستوى مشاركة كلفة أعلى.
 - نضع قيداً جديداً على استخدامك للدواء.
 - نقوم بإزالة دوائك من قائمة الأدوية، ولكن ليس بسبب سحبه أو بسبب استبداله بدواء بديل جديد.
- ولن يكون لديك زيادة في مدفوعاتك أو حدود إضافية على استخدامك للأدوية عادةً قبل 1 يناير من العام المقبل. وسيكون تأثير التغييرات ساريًا في 1 يناير من العام المقبل.
- ستتأثر بتغيير التغطية قبل 1 يناير في الحالات التالية:

- في حال استبدال الدواء الأصلي الذي تتناوله بدواء بديل جديد، يتعين علينا تقديم إشعار قبل 60 يومًا على الأقل بشأن التغيير.
 - قد نعطيك فرصة إعادة صرف لمدة 60 يومًا للأدوية الأصلية من صيدلية الشبكة.
 - يتعين عليك التعاون مع مقدم الخدمة لديك خلال الـ 60 يومًا للتحوّل إلى الدواء البديل أو دواء مختلف تغطيه الخطة.
 - يمكنك أن تطلب منا أنت أو مقدم الخدمة لديك الاستمرار في تغطية الدواء الأصلي. لمعرفة كيفية القيام بذلك، راجع الفصل رقم 9.
 - في حال سحب الدواء وذلك لعدم سلامته أو لأسباب أخرى، سنقوم بإزالته من قائمة الأدوية. سنخبرك بهذا التغيير على الفور.
 - وسيعلم مقدم الخدمة أيضًا بشأن هذا التغيير. كما ويمكنها/ها التعاون معك للعثور على دواء آخر لحالتك.
- ← وإذا طرأ تغيير على تغطية دواء تتناوله، سنرسل لك إشعاراً. عادةً، سنعلمك بأي تغيير قبل 60 يومًا من حدوثه.

F. تغيير الدواء في حالات خاصة

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

في حال دخولك لمستشفى أو مرفق للرعاية الترميضية الماهرة للإقامة المشمولة في خطتنا، سنقوم بشكل عام بتغطية كلفة الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية أثناء إقامتك. ليس عليك دفع قيمة المشاركة في الدفع. وبمجرد مغادرتك مرفق الرعاية الترميضية الماهرة أو المستشفى، سنقوم بتغطية الأدوية طالما تستوفي الأدوية جميع قواعدها للتغطية.

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

إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد

يملك مرفق الرعاية طويلة الأمد عادةً، مثل دار التمريض، أو يحتوي صيدلية خاصة به أو صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين بها. إذا كنت تقيم في مرفق رعاية طويلة الأمد، يمكنك الحصول على أدوية لا تُصرف إلا بوصفات طبية من صيدلية المرفق إذا كانت جزءًا من الشبكة. اطلع على دليل مقدم الخدمة 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.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد وأصبحت عضواً جديداً في خطتنا

إذا كنت بحاجة إلى دواء ليس مشمولاً في قائمة الأدوية أو مقيداً بطريقة ما، سنقوم بتغطية إمداد مؤقت لأدويةك خلال أول 90 يوماً من عضويتك حتى نقدم لك إمداداً لمدة 98 يوماً. سيكون هذا الإمداد لمدة 31 يوماً، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لأيام معدودة. إذا كنت بحاجة إلى عمليات إعادة صرف، سنقوم بتغطيتها أثناء أول 90 يوماً في الخطة.

إذا كنت عضواً في خطتنا لمدة تزيد على 90 يوماً وكنت بحاجة إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية، سنقوم بتغطية إمداد لمدة 31 يوم. سنقوم أيضاً بتغطية إمداد لمدة 31 يوماً إذا كان لدينا قيد على تغطية الدواء. إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لمدة أقل من 31 يوماً سنقوم بدفع المبلغ الأقل.

عند حصولك على مخزون مؤقت من الدواء، عليك التحدث إلى مقدم الخدمة ليقرر ماذا فعل حين ينفذ مخزونك. قد يعمل الدواء المختلف المشمول في خطتنا بنفس الكفاءة بالنسبة لك. أو يمكن لك أنت أو مقدم الخدمة طلب استثناء منا أو تغطية الدواء بطريقة ترغب في تغطيته بها.

← للاطلاع على المزيد حول طلب الاستثناءات، راجع الفصل رقم 9.

إذا كنت في برنامج رعاية المرضى المحتضرين المعتمد من Medicare

لا يتم تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت عينه. إذا كنت مسجلاً في برنامج رعاية المحتضرين التابع لـ Medicare وبحاجة لدواء مسكن أو مضاد للغثيان أو مسهل للمعدة أو مضاد للتوتر غير مشمول بتغطية رعاية المحتضرين لأنه لا يتعلق بمرضك الانتهائي والحالات ذات الصلة، على خطتنا استلام إشعار من إما واصف الدواء أو مقدم خدمة المحتضرين بأن الدواء ليس له علاقة قبل أن تتمكن خطتنا من تغطية الدواء. ولمنع أي تأخير في استلام أي أدوية ليس لها صلة والتي ينبغي تغطيتها من قبل خطتنا، بإمكانك الطلب من واصف الدواء أو مقدم خدمة المرضى المحتضرين أن يتأكد من استلامنا للإشعار بأن الدواء ليس له علاقة قبل أن تطلب من الصيدلية ملء وصفتك الطبية.

وإذا تركت دار رعاية المحتضرين، ينبغي على خطتنا تغطية كافة أدويةك. لمنع أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء فائدة برنامج رعاية المحتضرين التابع لـ Medicare، عليك إحضار وثائق للصيدلية تفيد بأنك تركت هذا البرنامج. راجع الأقسام السابقة من هذا الفصل التي تخبرك عن قواعد الحصول على تغطية الأدوية بموجب الجزء (د).

← لمعرفة المزيد عن ميزة رعاية المحتضرين، راجع الفصل 4.

G. البرامج الخاصة بسلامة الأدوية وإدارة الأدوية**البرامج الخاصة لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية بأمان**

كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية، نبحث عن المشكلات المحتملة، مثل:

- الأخطاء الدوائية
- الأدوية التي قد لا تكون ضرورية لأنك تتناول دواء آخر يعمل بنفس الكفاءة
- الأدوية التي قد لا تكون آمنة لعمرِكَ أو جنسِكَ
- الأدوية التي يمكن أن تضرِكَ في حال تناولها في نفس الوقت
- الأدوية المكونة من مواد لديك حساسية تجاهها

إذا وجدنا مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، سنعمل مع مقدم الخدمة لحل المشكلة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



برامج لمساعدة الأعضاء في إدارة أدويتهم

إذا كنت تتناول أدوية لحالات طبية مختلفة، قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات مجانية من خلال برامج إدارة المعالجة الدوائية (MTM). يساعدك هذا البرنامج كما يساعد مقدم الخدمة على التأكد من أن الأدوية تقوم بتحسين صحتك. وسيمنحك الصيدلاني أو أي أخصائي صحة آخر مراجعة شاملة لكافة أدويةك والتحدث إليك عن:

- كيفية الاستفادة بشكل أقصى من الأدوية التي تتناولها
- أي مخاوف لديك، مثل تكاليف الأدوية والتفاعلات الدوائية
- كيفية تناول أدويةك بشكل أفضل
- أي أسئلة أو مشاكل لديك حول وصفتك الطبية وأدوية دون وصفة طبية

وستتلقى ملخصاً خطياً عن هذا النقاش. ويتضمن الملخص خطة عمل خاصة بالدواء توصي بما يمكنك القيام به للاستفادة من دوائك بالشكل الأقصى. ويتضمن الملخص خطة عمل خاصة بالدواء توصي بما يمكنك فعله بالشكل الأقصى. كما ستحصل على كما ستحصل على قائمة بأدوية شخصية تتضمن كافة الأدوية التي تتناولها وسبب تناولك لها.

ومن الجيد أن تحدد موعداً لمراجعة أدويةك قبل زيارة "العافية" السنوية، كي تتمكن من التحدث إلى طبيبك حول خطة عملك ولائحة الأدوية. أحضر معك خطة عملك وقائمة الأدوية إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه إلى أطباءك، أو الصيدلانيين وأي مقدمي خدمات صحية آخرين. وأحضر كذلك قائمة الأدوية معك إذا دخلت المستشفى أو غرفة الطوارئ.

تعتبر برامج إدارة المعالجة الدوائية طوعية ومجانية للأعضاء المؤهلين. وإذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، سنقوم بتسجيلك في البرنامج ونرسل إليك المعلومات. وإن لم ترغب بالبقاء بالبرنامج، يُرجى إبلاغنا وسنقوم بحذفك منه.

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

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 6: ما التكاليف التي تدفعها مقابل أدوية Medicare و Medi-Cal التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية

جدول المحتويات

94.....	المقدمة
94.....	A. شرح المزايا (EOB)
95.....	B. تتبع تكاليف أدويةك
95.....	C. مراحل الدفع للحصول على أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare
96.....	D. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية
96.....	الحصول على إمداد طويل الأمد لدواء ما
97.....	ما قيمة المبلغ الذي تدفعه؟
98.....	متى تنتهي مرحلة التغطية الأولية؟
98.....	E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
98.....	F. تكاليف أدويةك إذا وصف لك طبيبك إمداداً لأقل من شهر كامل
98.....	G. مساعدة مشاركة تكاليف الوصفات الطبية لمرضى فيروس الإيدز HIV/AIDS
98.....	ما هو برنامج المساعدة الخاصة بأدوية الإيدز (ADAP)؟
98.....	لست مسجلاً في برنامج المساعدة الخاصة بالإيدز ADAP؟
99.....	هل أنت مسجل في برنامج المساعدة الخاصة بالإيدز ADAP؟
99.....	H. اللقاءات
99.....	قبل الحصول على اللقاء
99.....	ما تدفعه مقابل الحصول على لقاء Medicare الجزء (د)

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



المقدمة

يطلعك هذا القسم على التكاليف التي تدفعها للحصول الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية للمرضى الخارجيين. ونقصد بـ "الأدوية":

- أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، و
- الأدوية والأغراض المشمولة في Medi-Cal، و
- الأدوية والأغراض المشمولة في الخطة كفوائد إضافية.

ونظرًا لأنك مؤهلٌ لبرنامج Medi-Cal، سوف تتلقى "مساعدات إضافية" من Medicare للمساعدة في الدفع مقابل الحصول على أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare التي لا تُصرف لك إلا بوصفة طبية.

لمعرفة المزيد عن الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، يمكنك الاطلاع على ما يلي:

- **قائمنا بالأدوية المشمولة ونطلق عليها "قائمة الأدوية".** وتخبرك بما يلي:

« الأدوية التي ندفع مقابلها

« يوجد كل دواء في أي من المستويات الثلاثة لمشاركة التكلفة

« وما إذا كان هناك قيود على الأدوية

إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمة الأدوية، اتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الاطلاع على قائمة الأدوية على موقعنا الإلكتروني www.healthnet.com/calmediconnect. تُعد قائمة الأدوية الموجودة على الموقع الأكثر حداثة دائمًا.

- **الفصل 5 من دليل الأعضاء هذا.** يطلعك الفصل 5 على كيفية الحصول على أدوية مرضى العيادات الخارجية من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية من خلال خطتنا. ويتضمن القواعد التي عليك إتباعها. كما أنه يطلعك أيضًا على أنواع الأدوية غير المشمولة في خطتنا من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.

- **دليل مقدمي الخدمة والصيدليات الخاص بنا.** في معظم الحالات، يتعين عليك استخدام صيدلية من داخل الشبكة للحصول على أدويةك المشمولة بالتغطية. صيدليات الشبكة هي الصيدليات التي وافقت على العمل معنا. يحتوي دليل مقدم الخدمة والصيدليات على قائمة بصيدليات الشبكة. يمكنك قراءة المزيد حول صيدليات الشبكة في الفصل 5.

A. شرح المزايا (EOB)

تعمل خطتنا على تتبع أدويةك التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية. نعمل على تتبع نوعين من التكاليف:

- **التكاليف العينية المترتبة عليك.** وهو مبلغ المال الذي تدفعه أنت أو الآخرين بالنيابة عنك مقابل الحصول على أدويةك التي تُصرف بوصفة طبية.

- **إجمالي تكاليف أدويةك.** هو مبلغ المال الذي تدفعه أنت أو الآخرون بالنيابة عنك مقابل الحصول على أدويةك التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية بالإضافة إلى المبلغ الذي ندفعه.

وعندما تحصل على أدويةك من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية من خلال خطتنا، سنرسل لك تقريراً يدعى شرح المزايا. ونطلق عليه اختصاراً **EOB** ويتضمن شرح المزايا:

- **معلومات عن الشهر.** يُبين التقرير الأدوية التي حصلت عليها من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية. ويوضح ويوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما قمنا بدفعه، وما تدفعه والآخرون مقابل ما دفعته.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. **للمزيد من المعلومات،** يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- **معلومات "السنة حتى تاريخه"**. وهذه هي إجمالي تكاليف أدويةك ومجموع المبالغ المدفوعة منذ 1 يناير.
- ◀ ونقدم تغطية بالأدوية غير المشمولة في Medicare. ولن تحسب المبالغ المدفوعة لهذه الأدوية إجمالي التكاليف العينية المترتبة عليك. ولمعرفة أي الأدوية تغطيها خطتنا، راجع قائمة الأدوية.

B. تتبع تكاليف أدويةك

لتتبع تكاليف أدويةك والمبالغ التي تدفعها، نستخدم السجلات التي نحصل عليها منك أو من صيدليتك. ونوضح فيما يلي كيف يمكنك مساعدتنا:

1. **استخدم بطاقة هوية العضو.**
أظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك عندما تحصل على وصفتك المصروفة. وسيساعدنا هذا على معرفة الصفات التي تصرفها وما تدفعه.
2. **تأكد من حصولنا على جميع المعلومات التي نحتاجها**
زودنا بنسخ من إيصالات الأدوية التي دفعت مقابل الحصول عليها. يمكنك أن تطلب استرداد أموالك بما يعادل حصتنا من تكلفة الأدوية. فيما يلي الحالات التي توجب عليك تقديم نسخ من إيصالاتك لنا:
 - عند شرائك دواء مغطى من صيدلية تابعة للشبكة بسعر خاص أو باستخدام بطاقة خصم ليست جزءاً من مزايا خطتنا.
 - عند دفع قيمة المشاركة في الدفع للأدوية التي تحصل عليها بموجب برنامج مساعدة المريض التابع لمصنع الدواء.
 - عند شراء أدوية مغطاة من صيدلية غير تابعة للشبكة.
 - عند دفع كامل ثمن دواء مغطى.

◀ للتعرف على كيفية المطالبة باسترداد أموالك بما يعادل حصتنا من تكلفة الأدوية، راجع الفصل 7.

3. **قم بإرسال المعلومات المتعلقة بالمبالغ التي دفعها الآخرون نيابةً عنك.**
تعدّ المبالغ المدفوعة من قِبل منظمات وأشخاص آخرين معينين جزءاً من التكاليف النثرية الخاصة بك. مثلاً، تعدّ المبالغ المدفوعة من برنامج المساعدة الخاصة بأدوية الإيدز والخدمات الصحية الهندية ومعظم المنظمات الخيرية جزءاً من التكاليف النثرية المترتبة عليك. وقد يساعدك هذا على أن تكون مؤهلاً للتغطية في حالات الكوارث. وعند الوصول إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث، يتحمل برنامج Health Net Cal MediConnect جميع تكاليف الأدوية التابعة للجزء (د) لبقية العام.
4. **اطلع على التقارير التي أرسلناها لك.**
عند الحصول على تقرير شرح المزايا عبر البريد، يُرجى التأكد من اكتماله وصحته. وفي حال اعتقادك بعدم صحة أو فقدان أي جزء من التقرير، أو إذا كانت لديك أي استفسارات، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. احرص على الاحتفاظ بهذه التقارير. إذ تشكل سجلاً مهماً لنفقات أدويةك.

C. مراحل الدفع للحصول على أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare

هنالك مرحلتان من الدفع لتغطية أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية بموجب برنامج Health Net Cal MediConnect. Health Net Cal MediConnect. ويعتمد ما تدفعه على المرحلة التي تدرج تحتها عند صرف الوصفة أو إعادة صرفها. هناك مرحلتان:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث
خلال هذه المرحلة، ندفع جزءاً من تكاليف أدويةك بينما تدفع حصتك. وتُسمى حصتك بالمشاركة في الدفع. تبدأ هذه المرحلة عندما تُصرف أول وصفاتك الطبية في السنة.	خلال هذه المرحلة، ندفع كامل تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2018. تبدأ هذه المرحلة عند دفعك مبلغاً معيناً من التكاليف الثرية.

D. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية

خلال مرحلة التغطية الأولية، ندفع حصة من تكاليف أدويةك المغطاة من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، بينما تدفع أنت حصتك. وتُسمى حصتك بالمشاركة في الدفع. وتعتمد قيمة المشاركة في الدفع على درجة مشاركة التكاليف التي يبلغها الدواء ومكان حصولك عليه.

حيث أن درجات مشاركة التكاليف عبارة عن مجموعات من الأدوية بنفس قيمة المشاركة في الدفع. وتقع قائمة أدوية للخطة في إحدى درجات مشاركة التكاليف الثلاث. وبشكل عام، كلما ازداد عدد الدرجات ارتفعت قيمة المشاركة في الدفع. للعثور على درجات مشاركة التكاليف لأدويةك، يمكنك الاطلاع على قائمة الأدوية.

- تتمتع الدرجة 1 من الأدوية بقيمة منخفضة للمشاركة في الدفع. وهي الأدوية البديلة. وتتراوح قيمة المشاركة في الدفع ما بين \$0.00 و \$3.35. ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.
- بينما تتمتع الدرجة 2 من الأدوية بقيمة أعلى للمشاركة في الدفع. وهي الأدوية الأصلية. وتتراوح قيمة المشاركة في الدفع ما بين \$0.00 و \$8.35. ويعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.
- وتبلغ قيمة المشاركة في الدفع للدرجة 3 من الأدوية \$0.00. وهي الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة والتي تباع بدون وصفة والتي يغطيها برنامج Medi-Cal.
- اختيارات الصيدلية الخاصة بك

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

- صيدلية الشبكة، أو
- صيدلية خارج الشبكة.

← وفي حالات محددة، نقوم بتغطية الوصفات المصروفة في الصيدليات خارج الشبكة. راجع الفصل 5 للتعرف على هذه الحالات.

← لمعرفة المزيد حول خيارات الصيدلية، راجع الفصل 5 في هذا الكتيب ودليل مقدمي الرعاية والصيدليات.

الحصول على إمداد طويل الأمد لدواء ما

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأمد (يطلق عليه أيضاً "إمداد ممتد") عند قيامك بصرف وصفاتك الطبية. يصل الإمداد الطويل الأمد لغاية 90 يوماً. ويكلفك نفس مبلغ الإمداد لشهر واحد.

← للحصول على تفاصيل تتعلق بإمكان وطريقة الحصول على إمداد طويل الأمد لدواء ما، راجع الفصل 5 أو دليل مقدم الخدمة والصيدليات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ما قيمة المبلغ الذي تدفعه؟

خلال مرحلة التغطية الأولية، قد تدفع قيمة المشاركة في الدفع في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة. إذا كانت تكاليف الأدوية المغطاة أقل من قيمة المشاركة، ستدفع السعر الأقل.

← يمكنك التواصل مع خدمات الأعضاء لمعرفة مقدار المشاركة الخاص بك في ما يتعلق بأي دواء مغطى.

تبلغ حصتك من التكلفة عند الحصول على إمداد لشهر واحد أو إمداد طويل الأجل من دواء لا يصرف إلا بوصفة طبية ومشمول بالتغطية من:

صيدلية خارج الشبكة إمداد لغاية 30 يومًا. تقتصر التغطية على حالات معينة. اطلع على الفصل 5 تفاصيل المطالبات.	صيدلية رعاية طويلة الأمد تابعة للشبكة إمداد حتى 31 يومًا.	خدمة الطلب عبر البريد التابعة للخطة إمداد لمدة شهر واحد أو لغاية 90 يومًا	صيدلية الشبكة إمداد لشهر واحد، أو حتى 90 يومًا	
\$0.00 إلى \$3.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal.	\$0.00 إلى \$3.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal.	\$0.00 إلى \$3.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal.	\$0.00 إلى \$3.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal.	مشاركة التكاليف الدرجة 1 (الأدوية غير مسجلة الملكية في الجزء (د))
\$0.00 إلى \$8.35 يعتمد ذلك على مستوى تغطية Medi-Cal.	\$0.00 إلى \$8.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal	\$0.00 إلى \$8.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal	\$0.00 إلى \$8.35 هذا يعتمد على مستوى تغطية Medi-Cal	مشاركة التكاليف الدرجة 2 (الأدوية ذات العلامة التجارية في الجزء (د))
\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	مشاركة التكاليف الدرجة 3 (الأدوية التي لا تصرف إلا بوصفة طبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية والتي يغطيها برنامج Medi-Cal)

← للحصول على معلومات حول الصيدليات التي يمكن أن توفر لك إمدادات طويلة الأمد، قم بمراجعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



متى تنتهي مرحلة التغطية الأولية؟

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف النظرية إلى \$5,000. وعند ذلك، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. نقوم بتغطية جميع تكاليف أدويةك من ذلك الحين وحتى نهاية العام.

سنساعدك تقارير شرح المزايا على تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل الحصول على الأدوية خلال هذا العام. سنعلمك فور بلوغك حد \$5,000. لا يبلغ العديد من الأشخاص هذا الحد خلال العام.

E. المرحلة 2: مرحلة تغطية الكوارث

عند بلوغ مصاريفك النظرية حد \$5000 مقابل الأدوية من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، تبدأ مرحلة تغطية الكوارث. ستبقى في مرحلة تغطية الكوارث حتى نهاية السنة التقويمية. وخلال هذه المرحلة، سنغطي الخطة كافة تكاليف أدويةك في برنامج Medicare.

F. تكاليف أدويةك إذا وصف لك طبيبك إمداداً لأقل من شهر كامل

في بعض الحالات، ستدفع قيمة المشاركة بما يشمل إمداد شهر كامل من الأدوية المغطاة. إلا أن باستطاعة طبيبك أن يصف أدوية بإمداد أقل من شهر كامل. وقد ترغب في بعض الأحيان أن تطلب من طبيبك وصف إمداد لأقل من شهر من الأدوية (على سبيل المثال، عند تجربة دواء للمرة الأولى مع العلم بآثاره الجانبية الخطيرة). في حال موافقة طبيبك، فلن يلزمك الدفع مقابل إمداد شهر كامل من أدوية معينة.

عندما تحصل على إمداد لأقل من شهر من الأدوية، ستعتمد قيمة المشاركة في الدفع على عدد الأيام التي يشملها الدواء. سنقوم باحتساب المبلغ الذي ستدفعه يومياً مقابل الحصول على دوائك ("نسبة مشاركة التكاليف اليومية") وضربه بعدد الأيام التي يشملها الدواء.

- إليك مثالاً: لنفرض أن قيمة المشاركة في الدفع لدوائك لإمداد شهر كامل (إمداد 30 يوماً) يعادل \$1.20. مما يعني أن المبلغ الذي تدفعه بشكل يومي مقابل الحصول على دوائك هو \$0.04. في حال استلامك إمداداً من الأدوية لمدة 7 أيام، سيكون المبلغ الذي تدفعه \$0.04 يومياً مضروباً في 7 أيام، ليصل إجمالي المبلغ إلى \$0.28.

حيث تتيح لك مشاركة التكاليف اليومية التأكد من فعالية الدواء بالنسبة لك قبل الدفع مقابل إمداد شهر كامل. كما يمكنك أن تطلب من مقدم رعايتك وصف دواء بإمداد أقل من شهر كامل، إذا كان من شأنه أن يساعدك على التخطيط بشكل أفضل لدى إعادة صرف أدويةك والتردد على الصيدلية مرّات أقل. وسوف يعتمد المبلغ الذي تدفعه على الإمدادات اليومية التي تتلقاها.

G. مساعدة مشاركة تكاليف الوصفات الطبية لمرضى فيروس الإيدز HIV/AIDS**ما هو برنامج المساعدة الخاصة بأدوية الإيدز (ADAP)؟**

يساعد برنامج المساعدة الخاصة بأدوية الإيدز (ADAP) في ضمان حصول الأفراد المؤهلين المصابين بفيروس HIV/AIDS على أدوية فيروس HIV لإنقاذ حياتهم. تتأهل أدوية وصفة المرضى الخارجيين في Medicare من الجزء (د) المشمولة أيضاً في برنامج ADAP للحصول على المساعدة من خلال مشاركة تكاليف الوصفة الطبية من خلال دائرة كاليفورنيا للصحة العامة، عبر مكتب الإيدز للأشخاص المسجلين في برنامج ADAP.

لست مسجلاً في برنامج المساعدة الخاصة بالإيدز ADAP؟

للحصول على معلومات خاصة بمعايير الاستحقاق و الأدوية المغطاة أو كيفية التسجيل في البرنامج، يُرجى الاتصال على 1-844-421-7050 أو زيارة الموقع الإلكتروني الخاص بمدير مزايا صيدلية ADAP، Ramsell Public HealthRx، على <http://www.cdph.ca.gov/programs/aids/Pages/OAMedPtDindiv.aspx>.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



هل أنت مسجل في برنامج المساعدة الخاصة بالإيدز ADAP؟

يمكن لبرنامج ADAP أن يستمر بتزويد عملاء البرنامج بمساعدة مشاركة تكاليف الوصفة المشمولة في Medicare الجزء (د) للأدوية الواردة في كتيب وصفات ADAP الطبية. للتأكد من استمرار تلقي هذه المساعدة، يُرجى إخطار مسؤول تسجيل برنامج ADAP في منطقتك عن أي تغييرات في اسم خطة Medicare الجزء (د) أو رقم البوليصا. إذا كنت تريد المساعدة في العثور على أقرب موقع تسجيل لبرنامج ADAP و/أو مسؤول التسجيل، يُرجى الاتصال على 1-844-421-7050 أو زيارة الموقع الإلكتروني أعلاه.

H. اللقاءات

نقوم بتغطية لقاءات Medicare الجزء (د). هنالك جزآن لتغطية لقاءات Medicare الجزء (د):

1. الجزء الأول للتغطية يتمثل في كلفة **اللقاء ذاته**. واللقاء هو دواء لا يصرف إلا بوصفة طبية.
2. أما الجزء الثاني للتغطية يتمثل في **إعطائك اللقاء**. ففي بعض الأحيان، قد تتلقى اللقاء على هيئة حقنة من قبل طبيبك.

قبل الحصول على اللقاء

نوصي بالاتصال بنا أولاً في خدمات الأعضاء عند رغبتك في الحصول على أي لقاء.

- يمكننا أن نخبرك عن كيفية تغطية اللقاء في خطتنا مع توضيح حصتك من الكلفة.
- يمكننا أن نخبرك عن كيفية خفض التكاليف من خلال الاستعانة بمقدمي الخدمات وصيديات الشبكة. صيديات الشبكة هي الصيدليات التي وافقت على الالتزام بخطتنا. مقدم خدمات الشبكة هو مقدم خدمة يعمل بالتوافق مع الخطة الرعاية الصحية. ينبغي على مقدم خدمات الشبكة التعاون مع برنامج Health Net Cal MediConnect للتأكد من عدم وجود أي تكاليف أولية خاصة بلقاء الجزء (د).

ما تدفعه مقابل الحصول على لقاء Medicare الجزء (د)

يعتمد ما تدفعه مقابل الحصول على اللقاء على نوعه (سبب أخذ اللقاء).

- تعتبر بعض اللقاءات ذات فوائد صحية أكثر من اعتبارها أدوية علاجية. هذه اللقاءات مشمولة بالتغطية دون تكاليف مترتبة عليك. للاطلاع على تغطية هذه اللقاءات، راجع مخطط المزاي في الفصل 4.
 - تعتبر اللقاءات الأخرى من أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه اللقاءات مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة. قد تضطر لدفع قيمة المشاركة في الدفع للقاءات الجزء (د) من برنامج Medicare.
- إليك ثلاث أساليب شائعة للحصول على لقاء الجزء (د) من برنامج Medicare.
1. يمكنك الحصول على لقاء Medicare الجزء (د) من صيدلية تابعة للشبكة وتلقي الحقنة في الصيدلية.
 - ستدفع قيمة المشاركة في الدفع مقابل اللقاء.
 2. يمكنك الحصول على لقاءات الجزء (د) من برنامج Medicare في عيادة الطبيب، حيث سيمنحك الطبيب الحقنة.
 - ستدفع قيمة المشاركة في الدفع للطبيب مقابل حصولك على اللقاء.
 - ستتكفل خطتنا بتكاليف تلقك حقنة اللقاء.
 - ينبغي على عيادة الطبيب الاتصال بخطتنا في هذه الحالة كي نتأكد من معرفتهم بوجود دفعك قيمة المشاركة في الدفع للقاء لا غير.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



3. يمكنك الحصول على لفاح الجزء (د) من برنامج Medicare من الصيدلية ثم تأخذه إلى مكتب طبيبك لإعطائك الحقنة.

- ستدفع قيمة المشاركة في الدفع مقابل اللقاح.
- ستتكفل خطتنا بتكاليف تلقيك حقنة اللقاح.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 7: طلب دفع حصتنا من الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية المشمولة بالتغطية

جدول المحتويات

- A. متى يمكنك أن تطلب منا الدفع مقابل الخدمات أو الأدوية 102
- B. كيفية ومكان إرسال طلبك للدفع 103
- C. سنقوم باتخاذ قرار التغطية 104
- D. يمكنك تقديم استئناف 105

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



A. متى يمكنك أن تطلب منا الدفع مقابل الخدمات أو الأدوية

لا بد لمقدمي خدمات شبكتنا بتقديم فاتورة بالخدمات والأدوية المشمولة التي تم تلقيها بالفعل. مقدم خدمات الشبكة هو مقدم خدمة يعمل بالتوافق مع الخطة الرعاية الصحية.

إذا تلقيت فاتورة بالتكاليف الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية، أرسل الفاتورة إلينا. لإرسال فاتورة إلينا، راجع الصفحة 104.

- إذا كانت الخدمات أو الأدوية مشمولة في التغطية، سنقوم بالدفع لمقدم الخدمة مباشرة.
 - ويحق لك استعادة المبلغ إذا دفعت أكثر من حصتك من التكلفة للحصول على الخدمات أو الأدوية.
 - سنحرص على إعلامك في حال عدم تغطية تكاليف الخدمات أو الأدوية.
- ← اتصل بخدمات الأعضاء إذا كان لديك أي استفسارات. كما يمكننا تقديم المساعدة لك في حال عدم معرفة ما يترتب عليك من مبالغ مالية، أو في حال تلقيك فاتورة دون علمك بالإجراءات التي يجب إتباعها. يمكنك أيضاً الاتصال في حال أردت إبلاغنا بمعلومات حول طلب الدفع الذي أرسلته مسبقاً إلينا.

وفيما يلي أمثلة عن الحالات التي يمكنك فيها أن تطلب منا رد المبلغ إليك أو دفع فاتورة تلقيناها:

1. عند تلقيك رعاية صحية طارئة أو ضرورية وعاجلة من مقدم خدمات خارج الشبكة

عليك الطلب من مقدم الخدمة أن يرسل الفاتورة إلينا.

- إذا دفعت المبلغ بالكامل عند حصولك على الخدمة، اطلب منا رد المبلغ إليك. زدنا بفاتورة مرفقة بأي إثبات بالمبلغ المدفوع.
- قد تحصل على فاتورة من مقدم الخدمة يطلب منك الدفع في حين تعتقد بأنك لست مديناً بالمبلغ. زدنا بفاتورة مرفقة بأي إثبات بالمبلغ المدفوع.
- إذا كان ينبغي الدفع لمقدم الخدمة، سنعمل على الدفع له مباشرةً.
- وإذا قمت بالدفع مسبقاً مقابل الخدمة، سنقوم برد المبلغ لك.

2. عندما يرسل مقدم الخدمة التابع للشبكة فاتورة لك

لا بد لمقدمي الخدمة التابعين للشبكة إرسال فاتورة إلينا في جميع الأحوال.

أبرز بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect فور تلقيك أي خدمة أو وصفة طبية. قد يحدث خطأ في الفاتورة في الحالة التي يقوم فيها مقدم الخدمة (مثل الطبيب أو المستشفى) بتقديم فاتورة لشخص ما بقيمة أكبر من قيمة الدفع الاشتراكي للخدمات. اتصل بخدمات الأعضاء إذا حصلت على أي فواتير لا تفهمها.

- ولأن Health Net Cal MediConnect تدفع التكلفة بأكملها مقابل خدماتك، فإنك لا تددين بأي قيمة من المشاركة في الدفع. لا ينبغي على مقدمي الخدمة إرسال أي فاتورة لك مقابل تلقي الخدمات.
- حينما تحصل على فاتورة من مقدم خدمة تابع للشبكة، أرسل الفاتورة إلينا. سنتصل بمقدم الخدمة مباشرة لحل المشكلة.
- في حال دفعك فاتورة مقدمة من مقدم خدمة تابع للشبكة، أرسل إلينا الفاتورة مرفقة بإثبات الدفع. سنقوم برد الأموال التي دفعتها مقابل الخدمات المغطاة في التغطية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



3. إذا توجهت إلى صيدلية من خارج الشبكة لصرف وصفتك

يتعين عليك دفع تكلفة الوصفة بالكامل.

← وفي حالات معدودة، سنقوم بتغطية الوصفات الطبية المصروفة في صيدليات من خارج الشبكة. أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد أموالك بما يعادل قيمة حصتنا من التكلفة. يُرجى مراجعة الفصل 5 للاطلاع على المزيد حول الصيدليات من خارج الشبكة.

4. عند دفعك تكاليف الوصفة كاملة لأنك لا تحمل بطاقة عضويتك

إن لم يكن لديك بطاقة تعريف العضو عند صرف وصفتك الطبية، اطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيلك بالخطأ. إن لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات التي تحتاجها على الفور، فقد يلزمك دفع تكلفة الوصفة بالكامل.

▪ أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد أموالك بما يعادل قيمة حصتنا من التكلفة.

5. عند دفعك تكاليف الوصفة كاملة مقابل دواء غير مشمول في التغطية

قد تدفع كامل قيمة الدواء الذي لا يصرف إلا بوصفة لعدم تغطية الدواء.

▪ وقد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية)، أو قد يخضع لمتطلبات أو قيود لا تعلمها أو لا تعتقد أنها تنطبق عليك. وإذا قررت الحصول على الدواء، قد تدفع تكلفته بالكامل.

▪ إن لم تدفع مقابل الحصول على الدواء ولكن تعتقد بضرورة تغطيته، يمكنك أن تطالب بقرار يتعلق بالتغطية (راجع الفصل 9).

▪ إذا اعتقدت أنت أو طبيبك أو أي جهة أخرى لوصف الدواء بأنك بحاجة إلى الدواء على الفور، يمكنك أن تطلب قراراً عاجلاً يتعلق بالتغطية (راجع الفصل 9).

▪ أرسل إلينا نسخة من الإيصال عندما تطلب منا رد حصة الكلفة الخاصة بنا إليك. وقد نحتاج في بعض الحالات إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو جهة أخرى لوصف الدواء لنتمكن من رد حصتنا من تكلفة الدواء إليك.

عندما ترسل إلينا طلب دفع، سنقوم بمراجعة طلبك ونقرر ما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. وهذا ما يُسمى باتخاذ "قرار التغطية". وإذا أقررنا بضرورة تغطية الدواء، سنقوم بدفع حصتنا من تكلفة الدواء أو الخدمة. وإذا رفضنا طلب الدفع، يمكنك تقديم استئناف ضد قرارنا.

← لمعرفة كيفية تقديم استئناف، راجع الفصل 9.

B. كيفية ومكان إرسال طلبك للدفع

قم بإرسال فاتورة مرفقة بإثبات بأي مبلغ قمت بدفعه. فقد يكون إثبات الدفع نسخة من الشيك الذي كتبتة أو إيصالاً تسلمته من مقدم الخدمة. من الجيد الاحتفاظ بنسخة من فاتورتك وإيصالائك لإضافتها إلى سجلك. يمكنك أن تطلب المساعدة من منسق الخدمات.

للتأكد من تقديم جميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ قرار، يمكنك تعبئة نموذج المطالبة لتقديم طلب بالدفع.

▪ لن تضطر إلى استخدام النموذج، إلا أنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بشكل أسرع.

▪ يمكنك الحصول على نسخة من النموذج المتوفر على موقعنا الإلكتروني (www.healthnet.com/calmediconnect) أو الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب النموذج.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



أرسل طلب الدفع إلينا مع أي فواتير أو إيصالات على هذا العنوان:

عنوان المطالبات الطبية:

فيما يخص Cal MediConnect:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 14703
Lexington, KY 40512-4703

يرجى الملاحظة: سيتغير عنوان المطالبات الطبية ابتداءً من 1/1/2018 إلى العنوان:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 9030
Farmington, MO 63640-9030

عنوان مطالبات الصيدلية:

Health Net Community Solutions, Inc.

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) من تاريخ تلقيك الخدمة أو صنف أو الدواء.

C. سنقوم باتخاذ قرار التغطية

عندما نحصل على طلب الدفع، سنقوم باتخاذ قرار التغطية. وهذا يعني أننا سنقرر ما إذا كانت الرعاية الصحية الخاصة بك أو الدواء مشمولاً في خطتنا. وسنحدد أيضاً مقدار المال، إن وجد، الذي عليك دفعه مقابل الدواء أو الرعاية الصحية.

- وسنبخلك في حال حاجتنا للمزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن الدواء أو الرعاية الصحية مشمول بالتغطية، وبأنك اتبعت جميع القواعد للحصول عليها، سنقوم بدفع حصتنا من التكلفة مقابل ذلك. إذا قمت بالدفع مسبقاً مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء، سنقوم بإرسال شيك لك عبر البريد بقيمة حصتنا من التكلفة. أما إن لم تدفع مقابل الحصول على الخدمة أو الدواء بعد، سنقوم بالدفع لمقدم الخدمة مباشرة.
- ← يشرح الفصل 3 قواعد الحصول على الخدمات المشمولة في التغطية. ويشرح الفصل 5 قواعد تغطية أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.
- وإذا قررنا عدم دفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء، سنقوم بإرسال خطاب يوضح السبب لك. وسيشرح الخطاب أيضاً حقوقك في تقديم استئناف.
- ← للاطلاع على المزيد حول قرارات التغطية، راجع الفصل 9.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



D. يمكنك تقديم استئناف

إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ برفض قرار الدفع الخاص بك، يمكنك أن تطلب منا تغيير القرار. وهذا يسمى تقديم استئناف. يمكنك أيضاً تقديم استئناف في حال عدم موافقتك على المبلغ الذي ندفعه.

- ← عملية الاستئناف هي عملية رسمية بإجراءات مفصلة ومهل مهمة. ولمعرفة المزيد حول الاستئناف، راجع الفصل 9.
- إذا أردت تقديم استئناف حول استرداد ما دفعته مقابل الحصول على خدمة الرعاية الصحية، انتقل إلى الصفحة 147.
- إذا أردت تقديم استئناف حول استرداد ما دفعته مقابل الحصول على دواء، انتقل إلى الصفحة 151.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

جدول المحتويات

107	المقدمة
107	A. لديك الحق في الحصول على المعلومات بطريقة تلبى احتياجاتك
119	B. من واجبنا معاملتك بكامل الاحترام والإنصاف وإكرامك في جميع الحالات والأوقات
120	C. يتعين علينا التأكد من حصولك على الخدمات أو الأدوية المشمولة في التغطية
120	D. يجب علينا حماية معلوماتك الصحية الشخصية
121	كيف نحمي معلوماتك الصحية
121	يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية
121	E. لا بد لما من تزويدك بمعلومات حول خططنا ومقدمي خدمات شبكتنا وخدماتك المشمولة في التغطية
122	F. لا يمكن لمقدمي خدمات الشبكة إرسال فاتورة إليك مباشرةً
123	G. يحق لك إنهاء اشتراكك بخطة Cal MediConnect الخاصة بنا في أي وقت
123	H. يحق لك اتخاذ قرارات بخصوص رعايتك الصحية
123	يحق لك معرفة خيارات علاجك واتخاذ قرارات بخصوص رعايتك الصحية
123	يحق لك إخبارنا بما ترغب في حدوثه في حال عدم قدرتك على اتخاذ قراراتك بنفسك فيما يتعلق بالرعاية الصحية
124	ما عليك فعله في حال عدم اتباع التعليمات
124	I. يحق لك تقديم شكاوى وأن تطلب منا إعادة النظر في القرارات التي اتخذناها
124	ما عليك فعله إذا اعتقدت بأنه يتم معاملتك بإجحاف أو عدم احترام حقوقك
125	كيفية الحصول على المزيد من المعلومات حول حقوقك
125	J. لديك أيضًا مسؤوليات بصفتك عضوًا بالخطة

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



المقدمة

سننتعرف في هذا الفصل على حقوقك ومسؤولياتك باعتبارك عضواً في الخطة. يجب علينا احترام حقوقك.

لديك الحق في الحصول على المعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

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 would like Health Net Cal MediConnect to send you member materials on an ongoing basis in other formats, such as braille or large print, or in a language other than English, please contact Member Services. Tell Member Services that you would like to place a standing request to get your material in another format or language.
- ➔ You can also get this handbook in the following languages 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, seven 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 أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



يجب أن نخبرك عن مزايا الخطة وحقوقك بطريقة تتمكن من فهمها. ولا بد لنا أن نطلعك على حقوقك طالما أنك مشترك معنا في خطتنا سنوياً.

➔ وللحصول على المعلومات بطريقة تتمكن من فهمها، اتصل بخدمات الأعضاء. لدينا كادر يجيدون التحدث بلغات عدة حيث بوسعهم الإجابة على أسئلتك.

➔ بمقدور خطتنا إعطائك مواد أيضاً في لغات أخرى غير اللغة الإنجليزية وبتنسيقات مثل أحرف طباعة كبيرة أو طريقة بريل أو تسجيل صوتي. إذا رغبت أن تقوم Health Net Cal MediConnect بإرسالك مواد خاصة بالأعضاء بصورة مستمرة بتنسيقات أخرى، كالبريل أو أحرف طباعة كبيرة، أو بلغة غير الإنجليزية، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. بإمكانك إخبار خدمات الأعضاء أنك تود أن تقدم طلباً للحصول دوماً على موادك بتنسيقات بديلة وأو لغة أخرى.

➔ يمكنك الحصول على هذا الدليل باللغات التالية مجاناً بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، 8:00 ص - 8:00 م:

- اللغة العربية
- اللغة الأرمنية
- اللغة الكمبودية
- اللغة الصينية
- اللغة الفارسية
- اللغة الكورية
- اللغة الروسية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاغالوغية
- اللغة الفيتنامية

➔ إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على معلومات من خطتنا نتيجة لمشاكل اللغة أو العجز وترغب بتقديم شكوى، اتصل بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. وللمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى إلى Medi-Cal، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 ص إلى 8:00 م.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ծրագրի նպաստների և ձեր իրավունքների մասին ձեզ հասկանալի ձևով: Մենք պետք է տեղեկացնենք ձեզ ձեր իրավունքների մասին յուրաքանչյուր տարի, քանի դեռ դուք մեր ծրագրի անդամ եք:

- ➔ Ձեզ հասկանալի ձևով տեղեկություն ստանալու համար զանգահարեք Անդամների սպասարկում: Մեր ծրագիրը մարդիկ ունի, ովքեր կարող են հարցերի պատասխանել տարբեր լեզուներով:
- ➔ Մեր ծրագիրը կարող է նաև ձեզ նյութեր տրամադրել *անզլերենից բացի այլ լեզուներով* և այլ ձևաչափերով, ինչպիսիք են՝ խոշոտ տառատեսակը, Բրեյլը կամ ձայնագրությունը: Եթե ցանկանում եք խնդրել Health Net Cal MediConnect-ին, որ ձեզ միշտ ուղարկեն անդամի տեղեկատվական նյութերն այլընտրանքային ձևաչափով, ինչպես օրինակ՝ Բրեյլը կամ խոշոտ տառատեսակը, կամ անզլերենից բացի այլ լեզվով, խնդրում ենք դիմել Անդամների սպասարկում: Ասացեք Անդամների սպասարկմանը, որ ցանկանում եք մշտական խնդրանք ներկայացնել, որ միշտ ստանաք ձեր նյութերն այլ ձևաչափով կամ լեզվով:
- ➔ Կարող եք նաև անվճար ստանալ այս տեղեկագիրքը հետևյալ լեզուներով՝ զանգահարելով Անդամների սպասարկում՝ 1-855-464-3571 հեռախոսահամարով (TTY՝ 711), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m. -ից 8:00 p.m-ը:
 - o Արաբերեն
 - o Հայերեն
 - o Կամբոջերեն
 - o Չինարեն
 - o Պարսկերեն
 - o Կորեերեն
 - o Ռուսերեն
 - o Իսպաներեն
 - o Տազալոզ
 - o Վիետնամերեն
- ➔ 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 յոթ 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), երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը 8:00 a.m.-ից 8:00 p.m-ը:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



យើងត្រូវបានប្រាប់អ្នកអំពីអត្ថប្រយោជន៍នានានៃគម្រោង និងសិទ្ធិរបស់អ្នកតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន។ យើងត្រូវបានប្រាប់អ្នកអំពីសិទ្ធិនានារបស់អ្នកជារៀងរាល់ឆ្នាំ ដែលអ្នកស្ថិតនៅក្នុងគម្រោងរបស់យើង។

- ➔ ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានតាមរបៀបដែលអ្នកអាចយល់បាន សូមទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិក។ គម្រោងរបស់យើងមានមនុស្សដែលអាចឆ្លើយសំណួរនានារបស់អ្នកបានជាភាសាផ្សេងៗ។
- ➔ គម្រោងរបស់យើងក៏ផ្តល់ជូនលោកអ្នកនូវឯកសារ ជាភាសាផ្សេងទៀតក្រៅពីភាសាអង់គ្លេសផងដែរ នៅក្នុងទ្រង់ទ្រាយដូចជាអក្សរពុម្ពធំៗ អក្សរសម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬជាខ្សែអាត់សំឡេង។ បើអ្នកចង់ស្នើសុំឱ្យ Health Net Cal MediConnect ផ្ញើឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាដែលអ្នកពេញចិត្ត សូមទាក់ទងមកកាន់សេវាសមាជិក។ ប្រាប់ដល់សេវាសមាជិកថាលោកអ្នកចង់ដាក់សំណើជាអចិន្ត្រៃយ៍ដើម្បីទទួលបានឯកសារជូនដំណឹងដល់សមាជិកជានិច្ចជាទ្រង់ទ្រាយផ្សេងៗ និង/ឬក្រុមភាសាទៅតាមជម្រើសរបស់លោកអ្នក។
- ➔ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានសៀវភៅណែនាំសមាជិកនេះជាភាសាដូចខាងក្រោម ឥតគិតថ្លៃដោយគ្រាន់តែទូរស័ព្ទទៅកាន់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711) ដែលបម្រើការពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹក - 8:00 យប់

- ភាសាអារ៉ាប់
- ភាសាអាមេនី
- ភាសាខ្មែរ
- ភាសាចិន
- ភាសាហ្វាស៊ី
- ភាសាកូរ៉េ
- ភាសារុស្ស៊ី
- ភាសាអេស្ប៉ាញ
- ភាសាកាតាឡុក
- ភាសាវៀតណាម

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect



➔ ប្រសិនបើអ្នកកំពុងមានបញ្ហាជាមួយការទទួលបានព័ត៌មានពីគម្រោងរបស់យើង ដោយសារតែបញ្ហាភាសា ឬពិការភាព 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 សូមទំនាក់

ទំនាក់សេវាសមាជិកតាមលេខ 1-855-464-3571 (TTY: 711), ចាប់ពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រពីម៉ោង 8:00 ព្រឹកដល់ 8:00 យប់។

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect



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。如果您想請 **Health Net Cal MediConnect** 持續寄其他格式（如點字版或大字版）或英文以外之其他語言版本的會員資料給您，請與會員服務部聯絡。請告知會員服務部您想提出長期申請，以取得其他格式或語言版本的會員資料。
- ➔ 您也可以免費取得本手冊的下列語言版本，您僅需於週一至週五上午 8:00 至晚上 8:00 致電 1-855-464-3571 (TTY : 711) 與會員服務部聯絡即可。
 - 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。您每週七天，每天 24 小時均可致電。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。

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



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 روشی که می توانید درک کنید با خدمات اعضا تماس بگیرید. برنامه درمانی ما اختصاصی را در استخدام دارد که می توانند به سؤالات به زبان های مختلف پاسخ دهند.

← برنامه درمانی ما مطالب و نشریات را به زبان هایی به غیر از انگلیسی و به فرمت هایی از قبیل چاپ درشت، بریل یا صوتی نیز ارائه می کند. اگر می خواهید که Health Net Cal MediConnect مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به طور متداوم به سایر فرمت ها از قبیل بریل یا چاپ درشت، یا به زبانی به غیر از انگلیسی برای شما ارسال دارد، لطفاً با خدمات اعضا تماس بگیرید. به خدمات اعضا بگوئید که می خواهید یک درخواست جاری را ارائه کنید تا مطالب و نشریات اطلاعاتی اعضا را به فرمت یا زبان دیگری دریافت کنید.

← توسط تماس با شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711)، از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب، می توانید این کتابچه را نیز به طور رایگان به زبان های زیر دریافت کنید:

- عربی
- ارمنی
- کامبوجی
- چینی
- فارسی
- کره ای
- روسی
- اسپانیایی
- تاگولوگ
- ویتنامی

← اگر به خاطر مشکلات زبانی یا معلولیت در دریافت اطلاعات از برنامه ما با مشکلاتی مواجه هستید و می خواهید شکایتی را تسلیم کنید، با Medicare به شماره 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 تماس بگیرید. می توانید در 24 ساعت شبانه روز و هفت روز هفته تماس بگیرید. کاربران TTY باید با شماره 1-877-486-2048 تماس بگیرند. برای اطلاعات مربوط به تسلیم شکایت به Medi-Cal، لطفاً از دوشنبه تا جمعه و بین ساعات 8:00 صبح تا 8:00 شب با خدمات اعضا به شماره 1-855-464-3571 (TTY: 711) تماس بگیرید.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

당사는 반드시 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 보험 플랜의 혜택 및 귀하의 권리를 알려드려야 합니다. 또한 귀하께서 당사의 보험 플랜에 계속해 가입해 있는 한 매년 반드시 귀하의 권리를 공지해 드려야 합니다.

- ➔ 귀하께서 이해하실 수 있는 방법으로 정보를 얻으시려면 회원서비스부로 전화해 주십시오. 여러 다른 언어로 질문에 답변해 드릴 수 있는 직원들이 근무하고 있습니다.
- ➔ 당사 플랜은 영어 이외의 *다른 언어 및 대형 인쇄체*, 점자 혹은 오디오 형식으로 된 자료도 제공해 드릴 수 있습니다. Health Net Cal MediConnect로 하여금 항상 회원 정보 자료를 점자, 대형 인쇄체, 혹은 영어 이외의 다른 언어로 된 대체 형식으로 우송해 드리길 원하시면 회원서비스부로 연락해 주십시오. 회원 정보 자료를 항상 대체 형식 또는 다른 언어로 받기 위한 지속 요청을 신청하고자 한다고 회원서비스부 담당자에게 밝혀주십시오.
- ➔ 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화하여 본 안내서를 다음 언어로 받아보실 수도 있습니다.
 - 아라비아어
 - 아르메니아어
 - 캄보디아어
 - 중국어
 - 페르시아어
 - 한국어
 - 러시아어
 - 스페인어
 - 타갈로그어
 - 베트남어
- ➔ 언어 문제 또는 장애로 인해 당사 보험 플랜으로부터 정보를 얻는데 곤란을 겪고 있어 불만을 제기하고 싶으시면 Medicare 1-800-MEDICARE(1-800-633-4227)로 전화해 주십시오. 연중무휴 24시간 항시 전화하실 수 있습니다. TTY 사용자는 1-877-486-2048번으로 전화하십시오. Medi-Cal에 불만을 제기하는 것에 대해 좀 더 알고 싶으시면 주중(월-금) 오전 8:00시에서 오후 8:00시 사이에 회원서비스부에 1-855-464-3571(TTY: 711)번으로 전화해 주십시오.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



Об обслуживании, покрываемом планом, 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. В нашем плане работают люди, которые могут отвечать на вопросы участников плана, говорящих на разных языках.
- ➔ Кроме того, вы можете получить материалы нашего плана *в переводе на другие языки или в других формах, например* в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля. *Если вы хотите, чтобы план Health Net Cal MediConnect всегда присылал вам свои материалы в переводе на другие языки или в других формах, например в виде аудиозаписи или напечатанными крупным шрифтом или шрифтом Брайля, обратитесь в наш отдел обслуживания. Ответившему сотруднику отдела скажите, что вы хотите обратиться с просьбой (standing request) о том, чтобы материалы и письма вам всегда присылали в альтернативной форме или в переводе на выбранный вами язык.*
- ➔ Телефон нашего отдела обслуживания 1-855-464-3571 (TTY: 711), линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 утра до 8:00 вечера. Позвоните по этому телефону, и вам бесплатно пришлют этот справочник в переводе на выбранный вами язык из следующего списка:
 - Арабский.
 - Армянский.
 - Кхмерский.
 - Китайский.
 - Фарси.
 - Корейский.
 - Русский.
 - Испанский.
 - Тагальский.
 - Вьетнамский.
- ➔ Если из-за инвалидности или недостаточного знания английского языка вам трудно разбираться в информации, которую мы вам сообщаем, вы можете подать жалобу в программу Medicare. Телефон программы Medicare 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).
Звонить в программу Medicare можно круглосуточно и без выходных. Если вы пользуетесь линией TTY, звоните по телефону 1-877-486-2048. Если вы хотите

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



узнать о том, как подать жалобу в программу Medi-Cal, позвоните в наш отдел обслуживания, телефон 1-855-464-3571 (TTY: 711). Линия работает с понедельника по пятницу с 8:00 до 20:00.

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 una manera que usted pueda comprender, llame al Departamento de Servicios al Afiliado. Nuestro plan cuenta con personas que pueden responder a sus preguntas en varios idiomas.
- ➔ También podemos proporcionarle material en *otros idiomas, además del inglés*, y en distintos formatos como en braille, en audio o en letra grande. Si desea que Health Net Cal MediConnect siempre le envíe los materiales informativos para afiliados en otros formatos, como en braille o en letra grande, o en un idioma que no sea inglés, comuníquese con el Departamento de Servicios al Afiliado. Dígale al representante que desea realizar una solicitud permanente para que siempre le envíen los materiales informativos para afiliados en otro formato o idioma.
- ➔ También puede obtener este manual en forma gratuita en los siguientes idiomas llamando 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:
 - 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.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



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 hilingin sa Health Net Cal MediConnect na patuloy kang padalhan ng mga materyales para sa miyembro na nasa iba pang mga format, tulad ng braille o malalaking letra, o nang nasa wika maliban sa Ingles, mangyaring makipag-ugnayan sa Member Services. Sabihin sa Member Services na gusto mong maglagay ng patuloy na kahilingan para palaging makakuha ng mga materyales na nasa alternatibong format o wika.
- ➔ Maaari mo ring makuha ang handbook na ito sa mga sumusunod na wika nang libre sa pamamagitan lang ng pagtawag sa Member Services sa 1-855-464-3571 (TTY: 711), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m.- 8:00 p.m:
 - Arabic
 - Armenian
 - Cambodian
 - Chinese
 - Farsi
 - Korean
 - Russian
 - 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), Lunes hanggang Biyernes, 8:00 a.m. hanggang 8:00 p.m.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



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 Health Net Cal MediConnect phải liên tục gửi cho quý vị các tài liệu dành cho thành viên bằng định dạng khác, như chữ nổi braille hoặc bản in khổ lớn hoặc bằng ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, vui lòng liên lạc với Dịch Vụ Thành Viên. Cho Dịch Vụ Thành Viên biết quý vị muốn yêu cầu lâu dài rằng quý vị phải luôn nhận được tài liệu của quý vị bằng định dạng hoặc ngôn ngữ khác.
- ➔ Quý vị cũng có thể nhận sổ tay này miễn phí bằng các ngôn ngữ dưới đây 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:
 - 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, bảy 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.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



من واجبنا معاملتك بكامل الاحترام والإنصاف وإكرامك في جميع الحالات والأوقات

يتعين علينا الالتزام بالقوانين التي تحميك من التمييز والمعاملة المجحفة. لا نميز ضد أي عضو لأي سبب من الأسباب التالية:

- العمر
- الاستنانات
- السلوك
- التجارب السابقة مع المطالبات
- الأصل العرقي
- إثبات قابلية التأمين
- المعلومات الوراثية
- الهوية الجنسية
- الموقع الجغرافي في منطقة الخدمة
- الحالة الصحية
- التاريخ الطبي
- القدرة العقلية
- إعاقة عقلية أو بدنية
- الأصل القومي
- العرق
- تلقي الرعاية الصحية
- الديانة
- الجنس
- التوجه الجنسي
- الاستفادة من الخدمات

بموجب قواعد خطتنا، يحق لك أن تكون حرًا من أي شكل من أشكال القيود المادية أو العزلة التي يمكن أن تُستخدم كوسيلة للإكراه أو الإكراه أو التآديب أو المضايقة أو التآديب.

لا يمكننا رفض تقديم الخدمات لك أو معاقبتك على ممارسة حقوقك.

← للحصول على مزيد من المعلومات أو إذا كانت لديك أي مخاوف حول التمييز أو المعاملة المجحفة، اتصل بمكتب الحقوق المدنية لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم (TDD 1-800-537-7697) 1-800-368-1019. ويمكنك كذلك زيارة موقعنا <http://www.hhs.gov/ocr/office/>. لمزيد من المعلومات.

← يمكنك أيضًا الاتصال بالمكتب المحلي للحقوق المدنية

← Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

90 7th Street, Suite 4-100

San Francisco, CA 94103

Phone Number 1-800-368-1019

FAX 1-202-619-3818

TDD 1-800-537-7697

← إذا كنت تعاني من أي نوع من العجز وتحتاج إلى مساعدة في الحصول على رعاية أو مقدم خدمات، اتصل بخدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى، كمشكلة في الحصول على كرسي متحرك للمقعدين، يمكن أن تساعدك خدمات الأعضاء.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



يتعين علينا التأكد من حصولك على الخدمات أو الأدوية المشمولة في التغطية

إن لم تتمكن من الحصول على موعد مقبول لتلقي الخدمات المغطاة في جدول مواعيد الانتظار وإذا لم يعتقد طبيبك بإمكانية الانتظار فترة أطول من الوقت لترتيب الموعد، يمكنك الاتصال بقسم خدمات أعضاء في Health Net Cal MediConnect على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 ص حتى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً، كما يمكن لفريقنا تقديم المساعدة لك بكل تأكيد. وإذا لم تتمكن من تلقي الخدمات داخل الشبكة ضمن فترة زمنية معقولة، سندفع لك مقابل الخدمة خارج الشبكة.

وباعتبارك عضواً في خطتنا:

- يحق لك اختيار مقدم الخدمة الأولية (PCP) في شبكتنا. مقدم خدمة الشبكة هو مقدم خدمة يعمل بالتعاون معنا.
- « اتصل بخدمات الأعضاء أو ابحث في دليل مقدم الخدمة والصيدليات للتعرف على الأطباء الذين يقبلون المرضى الجدد.
- يحق للمرأة الذهاب إلى طبيب نسائي أو أخصائي نسائي صحي آخر في الشبكة دون الحصول على إحالة. الإحالة عبارة عن أمر كتابي من مقدم الرعاية الأولية.
- يحق لك الحصول على خدمات مشمولة في التغطية من مقدمي خدمات الشبكة في فترة زمنية معقولة.
- « ويشمل هذا الحق في الحصول على الخدمات المناسبة من الأخصائيين.
- يحق لك الحصول على رعاية أو خدمات طارئة أو عاجلة دون موافقة مسبقة.
- يحق لك صرف وصفاتك من أي صيدلية تابعة للشبكة دون تأخير لفترات طويلة.
- يحق لك التعرف على الحالات التي تسمح بتوجهك إلى مقدم خدمة من خارج الشبكة. للمزيد من المعلومات حول مقدمي الخدمة من خارج الشبكة، راجع الفصل 3.
- عند انضمامك لخطتنا، يحق لك متابعة زيارة مقدمي خدماتك الحاليين واستخدام تصريحات الخدمات لمدة 12 شهراً في حال استيفاء معايير معينة. ولمعرفة المزيد حول متابعة زيارة مقدمي خدماتك واستخدام تصريحات الخدمات، راجع الفصل 1.
- يحق لك الحصول على الخدمات ذات التوجيه الذاتي بمساعدة فريق الرعاية ومنسق الرعاية.
- يطلعك الفصل 9 على ما يمكنك فعله إذا اعتقدت أنك لم تحصل على الخدمات أو الأدوية في فترة زمنية معقولة. كما يطلعك الفصل 9 على ما يمكنك فعله إذا رفضنا تغطية الخدمات أو الأدوية مع عدم موافقتك على قرارنا.

يجب علينا حماية معلوماتك الصحية الشخصية

نعمل على حماية معلوماتك الصحية الشخصية وفقاً للقوانين الفيدرالية والمحلية.

- تتضمن المعلومات الصحية الشخصية المعلومات التي قدمتها لنا عند تسجيلك في هذه الخطة. وتتضمن أيضاً السجلات الطبية الخاصة بك والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.
- يحق لك الحصول على المعلومات والتحكم في طريقة استخدام معلوماتك الصحية. ونقدم لك إشعاراً كتابياً يطلعك على هذه الحقوق ويشرح لك أيضاً كيفية حماية خصوصية معلوماتك الصحية. ويطلق على هذا الإشعار "إشعار ممارسة الخصوصية".

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



كيف نحمي معلوماتك الصحية

- نحرص على عدم تغيير الأشخاص غير المخولين لسجلاتك أو اطلاعهم عليها.
- وفي معظم الأحوال، لا نقدم معلوماتك الصحية لأي شخص غير مقدم الخدمة أو المتكفل بتكاليف الخدمات. أما إذا قمنا بذلك، فيتعين علينا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. ومن الممكن تقديم الإذن الكتابي من جانبك أو من جانب أي شخص لديه سلطة قانونية لاتخاذ القرارات نيابة عنك.
- هناك حالات معينة لا تتطلب منا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. وهذه الاستثناءات مسموح بها ومطلوبة بموجب القانون.
 - « يتعين علينا الإفصاح عن بعض المعلومات الصحية لجهات حكومية تهدف إلى التأكد من جودة الخدمات المقدمة إليك.
 - « يتعين علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية بموجب أمر المحكمة.
 - « علينا تقديم معلومات الأدوية والمعلومات الصحية الخاصة بك لبرنامج Medicare. وفي حال إفصاح Medicare عن معلوماتك لغرض البحث أو لاستخدامات أخرى، فسيتم ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية. إذا قمنا بمشاركة هذه المعلومات مع Medi-Cal، سيتم ذلك أيضاً وفقاً للقانون الفيدرالي وقانون الولاية.

يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية

- يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة من سجلاتك. يجوز لنا فرض رسوم لإعداد نسخة من سجلاتك الطبية.
 - ويحق لك أن تطلب منا تحديث سجلاتك الطبية أو تصحيحها. وإذا طلبت منا القيام بذلك، فسنعاون مع مقدم الخدمة الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان يجب إجراء هذه التغييرات.
 - يحق لك معرفة فيما إذا تمت مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين وكيفية حصول ذلك.
- إذا كان لديك أي استفسارات أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، اتصل بخدمات الأعضاء.
- تم إدراج إشعار سياسات الخصوصية الخاص بنا في الفصل 11، القسم 1.

لا بد لما من تزويدك بمعلومات حول خطتنا ومقدمي خدمات شبكتنا وخدماتك المشمولة في التغطية

بصفتك عضواً في Health Net Cal MediConnect، يحق لك الحصول على معلومات منا. وإذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فنتوفر لدينا خدمة الترجمة الفورية لإجابة أي استفسارات لديك حول خطتنا الصحية. للتمتع بخدمة الترجمة الفورية، اتصل على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. نقدم لك هذه الخدمة مجاناً. يمكنك أيضاً الحصول على هذا الكتيب باللغات التالية مجاناً:

- اللغة العربية
- اللغة الأرمنية
- اللغة الكمبودية
- اللغة الصينية
- اللغة الفارسية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- اللغة الكورية
- اللغة الروسية
- اللغة الإسبانية
- اللغة التاغالوغية
- اللغة الفيتنامية

يمكننا أيضاً توفير هذه المعلومات لك بأشكال أخرى مثل طريقة بربيل أو بحروف طباعة كبيرة أو عبر المقاطع الصوتية.

اتصل بخدمات الأعضاء، إذا رغبت بأي مما يلي:

- معلومات حول كيفية اختيار الخطة أو تغييرها
- معلومات حول خطتنا، بما في ذلك:
 - « المعلومات المالية
 - « مستوى تقييمنا من قبل أعضاء الخطة
 - « عدد الاستئنافات المقدمة من قبل الأعضاء
 - « كيفية إنهاء اشتراكك بخطتنا
- المعلومات المتعلقة بمقدمي خدمات شبكتنا وصيدليات شبكتنا بما في ذلك:
 - « كيفية اختيار مقدمي الرعاية الأولية أو تغييرهم
 - « مؤهلات الصيدليات ومقدمي خدمات شبكتنا
 - « كيف ندفع لمقدمي خدمات شبكتنا
- المعلومات المتعلقة بالخدمات والأدوية المشمولة في التغطية والقواعد التي عليك اتباعها، بما في ذلك:
 - « الخدمات والأدوية المغطاة في خطتنا
 - « حدود التغطية والأدوية الخاصة بك
 - « القواعد التي عليك اتباعها للحصول على الأدوية والخدمات المغطاة في التغطية
- المعلومات المتعلقة بسبب عدم تغطية أمر ما وما عليك فعله حيال ذلك، بما في ذلك:
 - « مطالبتنا بتوضيح سبب عدم تغطية أمر ما خطأً
 - « مطالبتنا بتغيير قرار اتخذناه مسبقاً
 - « مطالبتنا بدفع فاتورة استلمتها

لا يمكن لمقدمي خدمات الشبكة إرسال فاتورة إليك مباشرةً

لا يمكن للأطباء أو المستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكتنا إجبارك على دفع مبلغ مالي مقابل الخدمات المغطاة في التغطية. لا يمكنهم أيضاً إجبارك على دفع مبلغ مالي في حال دفعنا أقل مما يفرضه مقدم الخدمة. ولمعرفة ما عليك فعله في حال محاولة مقدمي خدمات الشبكة محاسبتك مقابل الخدمات المغطاة في التغطية، راجع الفصل 7.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



يحق لك إنهاء اشتراكك بخطة Cal MediConnect الخاصة بنا في أي وقت

لا يمكن لأحد إجبارك على البقاء في خطتنا ما لم ترغب في ذلك. يمكنك إنهاء اشتراكك بخطتنا في أي وقت. في حال إنهاءك لاشتراكك في خطتنا، ستبقى في برنامجي Medi-Cal و Medicare طوال الفترة المسموح بها. لديك الحق في الحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية من خلال خطة Original Medicare أو خطة Medicare Advantage. يمكنك الحصول على مزايا أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية من خلال خطة للأدوية بوصفة طبية أو خطة Medicare Advantage. سيستمر تقديم مزايا Medi-Cal من خلال Health Net Community Solutions, Inc. ما لم تختار خطة مختلفة مطروحة في هذه المقاطعة.

▪ يُرجى الرجوع إلى الفصل 10 للاطلاع على مزيد من المعلومات حول إنهاء اشتراكك مع خطتنا.

يحق لك اتخاذ قرارات بخصوص رعايتك الصحية

يحق لك معرفة خيارات علاجك واتخاذ قرارات بخصوص رعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطبانك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين عند حصولك على الخدمات. ولا بد لمقدمي الخدمة شرح حالتك وخيارات علاجك بالطريقة التي تمكنك من فهمها.

- اطع على خياراتك. يحق لك الاطلاع على كافة أنواع العلاج.
- اطع على المخاطر. يحق لك معرفة كافة المخاطر المحتملة. يتعين على الجهة المعنية إخبارك مسبقاً فيما إذا كانت أي خدمة أو علاج جزءاً من تجربة بحثية. وبحق لك رفض العلاجات التجريبية.
- يمكنك الحصول على رأي ثاني. يحق لك زيارة طبيب آخر قبل اتخاذ قرار بشأن العلاج.
- يحق لك الرفض. يحق لك رفض أي علاج. وهذا يتضمن الحق في مغادرة المستشفى أو أي مرفق طبي آخر، حتى إن نصحك طبيبك بعكس ذلك. كما يحق لك التوقف عن أخذ دواء موصوف لك. 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.
- يمكنك مطالبتنا بشرح سبب رفض مقدم الخدمات تقديم الرعاية. يحق لك الحصول على توضيح منا إذا رفض مقدم الخدمات تقديم الرعاية التي تعتقد بأنك يجب أن تحصل عليها.
- يمكنك مطالبتنا بتغطية خدمة أو دواء رُفضت تغطيته أو في حال عدم شمله بالتغطية عادة. وهذا ما يُسمى بقرار التغطية. يوضح الفصل 9 كيفية مطالبة مسؤول الخطة باتخاذ قرار بشأن التغطية.

يحق لك إخبارنا بما ترغب في حدوثه في حال عدم قدرتك على اتخاذ قراراتك بنفسك فيما يتعلق بالرعاية الصحية

في بعض الأحيان، لا يستطيع الأشخاص اتخاذ قراراتهم المتعلقة بالرعاية الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث هذا لك، يمكنك:

- تعبئة استمارة خطية لتحويل شخص ما باتخاذ قرار خاص بالرعاية الصحية بالنيابة عنك.
- قدم تعليمات خطية لطبيبك حول الطريقة التي ترغب بها التصرف حيال رعايتك الصحية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ قراراتك بنفسك.

يطلق على المستند القانوني الذي يمكنك استخدامه لإعطاء توجيهاتك اسم التوجيه المسبق. هناك أنواع مختلفة من التعليمات المسبقة ذات الأسماء المختلفة. على سبيل المثال، وصية الأحياء و وكالة رسمية بالرعاية الصحية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



لست مضطراً إلى استخدام التوجيه المسبق ولكن يمكنك استخدامه إذا أردت ذلك. إليك ما عليك فعله:

- **احصل على نموذج.** يمكنك الحصول على نموذج من طبيبك أو محام أو وكالة خدمات قانونية أو من عامل اجتماعي أو من المنظمات التي تمنح الأشخاص معلومات حول Medicare أو Medi-Cal مثل HICAP (برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي) والذي قد يوفر لك نموذج التوجيه المسبق.
 - **املاً النموذج ووقع الاستمارة.** الاستمارة عبارة عن مستند قانوني. ينصح الاستعانة بمحامٍ عند إعداد الاستمارة.
 - **قدم نسخاً للأشخاص الذين يهمهم الأمر.** ينبغي عليك تقديم نسخة من الاستمارة لطبيبك. وينبغي عليك أيضاً تقديم نسخة لشخص من اختيارك بصفته من يقوم باتخاذ قرارات عنك. ويمكنك أيضاً تقديم نسخ لأصدقائك المقربين وأفراد أسرتك. احرص على الاحتفاظ بنسخة في المنزل.
- في حال ذهابك إلى المستشفى مع توقيعك توجيهاً مسبقاً، خذ نسخة منه معك إلى المستشفى.
- سيسألك المستشفى فيما إذا قمت بتوقيع نموذج التوجيه المسبق وإذا كان بحوزتك أم لا.
 - إذا لم توقع على استمارة التوجيه المسبق، فلدى المستشفى نماذج متوفرة وسيسألونك إذا أردت التوقيع عليها.
- تذكر، يعود الخيار في إكمال معلومات التوجيه المسبق إليك.

ما عليك فعله في حال عدم اتباع التعليمات

في حال توقيعك على توجيه مسبق مع اعتقادك بأن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، يمكنك رفع شكوى إلى المكتب المحلي للحقوق المدنية.

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health & Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103

رقم الهاتف (TDD: 1-800-537-7697) 1-800-368-1019

يحق لك تقديم شكاوى وأن تطلب منا إعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

يطلعك الفصل 9 على ما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف بشأن الرعاية أو الخدمات الخاصة بك والمشمولة في التغطية. على سبيل المثال، يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم استئناف لتغيير قرار تغطية أو رفع شكوى.

يحق لك الحصول على معلومات حول الاستئنافات والشكاوى التي رفعها الأعضاء الآخرون ضد خطتنا. للحصول على هذه المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء.

ما عليك فعله إذا اعتقدت بأنه يتم معاملتك بإجحاف أو عدم احترام حقوقك

إذا كنت تعتقد بأنه تمت معاملتك بإجحاف - ولا يتعلق الأمر بالتمييز للأسباب المدرجة في الصفحة 119 - يمكنك الحصول على مساعدة بالطرق التالية:

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.
- يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP المحلي. للحصول على مزيد من المعلومات حول هذه المنظمة وكيفية الاتصال بها، راجع الفصل 2.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- يمكنك الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds**. للحصول على مزيد من المعلومات حول هذه المنظمة وكيفية الاتصال بها، راجع الفصل 2.
- يمكنك الاتصال بـ **Medicare** على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) على مدار 24 ساعة في اليوم، لسبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

كيفية الحصول على المزيد من المعلومات حول حقوقك

توجد طرق عديدة للحصول على المزيد من المعلومات حول حقوقك:

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.
 - يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي **HICAP المحلي**. للحصول على مزيد من المعلومات حول هذه المنظمة وكيفية الاتصال بها، راجع الفصل 2.
 - يمكنك الاتصال ببرنامج **Cal MediConnect Ombuds**. للحصول على مزيد من المعلومات حول هذه المنظمة وكيفية الاتصال بها، راجع الفصل 2.
 - يمكنك الاتصال بـ **Medicare**.
- « بإمكانك زيارة موقع Medicare لقراءة وتحميل "Medicare Rights & Protections" (حقوق وحمايات Medicare). (قم بزيارة <https://www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534.pdf>).
- « أو، يمكنك الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع. وعلى مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

لديك أيضاً مسؤوليات بصفتك عضواً بالخطة

بصفتك عضواً بالخطة، فأنت تتحمل مسؤولية القيام بأمور غير المدرجة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، اتصل بخدمات الأعضاء.

- اقرأ كتيب الأعضاء لمعرفة ما تشمله التغطية وما هي القواعد التي يجب أن تتبعها للحصول على الأدوية والخدمات المشمولة بالتغطية.
- « للحصول على مزيد من التفاصيل حول الخدمات المغطاة، راجع الفصلين 3 و4. توضح هذه الفصول ما هو مشمول في التغطية وما هو غير ذلك، إضافة إلى القواعد التي عليك إتباعها وما تدفعه.
- « للحصول على مزيد من التفاصيل حول الأدوية المشمولة في التغطية، راجع الفصلين 5 و6.
- أعلمنا بأي تغطية للأدوية من الفئة التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية أو تغطية صحية أخرى لديك. علينا التأكد من استخدامك لجميع خيارات التغطية المطروحة عند تلقيك الرعاية الصحية. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إن كنت مشمولاً تحت أي تغطية أخرى.
- أخبر طبيبك ومقدمي الخدمات الصحية الآخرين بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك حينما تتلقى الخدمات أو الأدوية.
- ساعد طبيبك أو مقدمي الخدمات الصحية الآخرين ليقدموا لك أفضل رعاية.
- « أعطهم المعلومات التي يحتاجونها عنك وعن حالتك الصحية. اطلع قدر المستطاع على مشاكلك الصحية. اتبع الخطط والتعليمات العلاجية التي تتفق عليها ومقدمي الخدمات.
- « احرص على علم طبيبك ومقدمي الرعاية الآخرين بكل ما يتعلق بالأدوية التي تتناولها. ويتضمن هذا الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية والأدوية المتاحة دون وصفة طبية والفيتامينات والمكملات.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- « يرجى سؤالنا في حال كان لديك أية استفسارات. ويجب على طبيبك ومقدمي الخدمات الآخرين شرح التفاصيل لك بطريقة تتمكن من فهمها. وإذا طرحت سؤالاً ولم تفهم الجواب، اسأل مجدداً.
- **كن مراعيًا للآخرين.** نتوقع من جميع أعضائنا احترام حقوق المرضى الآخرين. كما نتوقع أن تتصرف باحترام في عيادة الطبيب والمستشفيات ومكاتب مقدمي الخدمات الآخرين.
 - **ادفع ما أنت مدين به.** بصفتك عضوًا في الخطة، فأنت تتحمل مسؤولية هذه المدفوعات:
 - « أقساط الجزء (أ) من برنامج Medicare والجزء (ب) من برنامج Medicare. بالنسبة لمعظم أعضاء Health Net Cal MediConnect، يدفع برنامج Medi-Cal أقساط الجزء (أ) وأقساط الجزء (ب) بالنيابة عنك.
 - « إذا كنت تتحمل حصة من التكلفة إلى جانب برنامج Medi-Cal، سوف تتحمل مسؤولية دفع حصتك من التكلفة قبل أن يدفع Health Net Cal MediConnect مقابل خدماتك المشمولة في تغطية Medi-Cal.
 - « بالنسبة لبعض الأدوية المشمولة في تغطية الخطة، عليك دفع حصتك من الكلفة عند الحصول على الدواء. وستكون هذه القيمة مشاركة في الدفع (مبلغ محدد). يطلعك الفصل 6 على ما يتعين عليك دفعه للحصول على أدويةك.
 - « إذا حصلت على خدمات أو أدوية غير مشمولة في تغطية خطتنا، عليك دفع الكلفة كاملة.
 - ◀ **في حال اعتراضك على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء، يمكنك تقديم استئناف.** يُرجى الاطلاع على الفصل 9 لمعرفة كيفية تقديم استئناف.
 - **أعلمنا حال انتقالك.** إذا كنت ستنتقل، من الضروري إعلامنا بذلك على الفور. اتصل بخدمات الأعضاء.
 - « وفي حال انتقلت إلى خارج حدود منطقة خدمتنا، لا يمكنك حينها البقاء في هذه الخطة. بإمكان الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا فقط الانضمام إلى برنامج Health Net Cal MediConnect. يطلعك الفصل 1 على نطاق خدمتنا. يمكننا مساعدتك لمعرفة إذا كان مكان انتقالك خارج نطاق خدمتنا. خلال فترة التسجيل الخاصة، يمكنك التحويل إلى برنامج Original Medicare أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو خطة الأدوية التي لا تصرف إلا بوصفة طبية في منطقتك الجديدة. سنخبرك إذا كان هناك خطة متوفرة في منطقتك. وتأكد 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 الإبلاغ على سجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
 - **اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على مساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.**

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



الفصل 9: ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئنافات، الشكاوى)

ما الذي يتضمنه هذا الفصل؟

يحتوي هذا الفصل على معلومات حول حقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة ما عليك فعله في حال:

- كانت لديك مشكلة أو شكوى بخصوص خطتنا.
 - حاجتك إلى خدمة أو صنف أو دواء لا تغطيه الخطة.
 - كنت معترضاً على قرار اتخذته الخطة بشأن خدماتك.
 - كنت تعتقد أن خدماتك المشمولة في التغطية تنتهي قبل أوانها.
 - كانت لديك مشكلة أو شكوى بشأن الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد التي تتضمن برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) وخدمات البالغين المجتمعية (CBAS) وخدمات مرفق الرعاية التمريضية (NF).
- إن كان لديك أي مشاكل أو مخاوف، فكل ما عليك فعله هو قراءة الأجزاء التي تتفق مع حالتك من هذا الفصل. تم تقسيم هذا الفصل إلى أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور بسهولة على ما تبحث عنه.

إذا كنت تواجه مشكلة تتعلق بالخدمات الصحية أو الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد

ينبغي أن تتلقى الرعاية الصحية والأدوية وعمليات الدعم والخدمات طويلة الأمد التي يوصي طبيبك ومقدمو الخدمات بضرورتها لصحتك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بك. وإذا كانت لديك مشكلة بشأن الخدمات المقدمة إليك، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على 1-855-501-3077 للحصول على مساعدة. يشرح هذا الفصل الخيارات المختلفة لديك عند مواجهة مشاكل وشكاوى مختلفة، ولكن يمكنك الاتصال دوماً ببرنامج Cal MediConnect Ombuds للحصول على توجيه فيما يتعلق بمشكلاتك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



جدول المحتويات

127	ما الذي يتضمنه هذا الفصل؟
127	إذا كنت تواجه مشكلة تتعلق بالخدمات الصحية أو الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد
130	القسم 1: المقدمة
130	القسم 1-1: ما عليك فعله إذا واجهتك مشكلة
130	القسم 1-2: ماذا عن المصطلحات القانونية؟
130	القسم 2: بمن تتصل للحصول على المساعدة
130	القسم 2-1: كيفية الحصول على المزيد من المعلومات والمساعدة
131	القسم 3: المشاكل المتعلقة بمزاياك
131	القسم 3-1: هل ينبغي عليك اللجوء إلى هذه العملية فيما يتعلق بقرارات التغطية والاستثناءات؟ أم هل تريد تقديم شكوى؟
132	القسم 4: قرارات التغطية والاستثناءات
132	القسم 4-1: نظرة عامة على قرارات التغطية والاستثناءات
132	القسم 4-2: طلب مساعدة بشأن قرارات التغطية والاستثناءات
133	القسم 4-3: أي قسم في هذا الفصل سيساعدك؟
134	القسم 5: مشاكل تتعلق بالخدمات والعناصر والأدوية (وليس أدوية الجزء (د))
134	القسم 5-1: متى يمكنك الاستفادة من هذا القسم
135	القسم 5-2: طلب اتخاذ قرار التغطية
137	القسم 5-3: استئناف المستوى الأول فيما يخص الخدمات والمواد والأدوية (وليس أدوية الجزء (د))
141	القسم 5-4: استئناف المستوى الثاني فيما يخص الخدمات والمواد والأدوية (لا تشمل أدوية الجزء (د))
145	القسم 5-5: المشاكل المتعلقة بالدفع
146	القسم 6: أدوية الجزء (د)
146	القسم 6-1: ماذا تفعل إذا واجهت مشاكل في الحصول على دواء من الجزء (د) أو كنت تريد منا رد كلفة دواء من الجزء (د) إليك
147	القسم 6-2: ما المقصود بالاستثناء؟
148	القسم 6-3: أمور مهمة لمعرفة كيفية طلب الحصول على استثناءات

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- القسم 4-6: كيفية المطالبة بقرار التغطية المتعلق بأدوية الجزء (د) أو طلب تسديد ثمن أدوية الجزء (د)،
بما في ذلك الاستثناء ما يمكن فعله..... 149
- القسم 5-6: استئناف من المستوى الأول لأدوية الجزء (د)..... 151
- القسم 6-6: استئناف المستوى الثاني لأدوية الجزء (د)..... 153
- القسم 7: طلب تغطية للبقاء في المستشفى مدة أطول**..... 154
- القسم 7-1: اعرف حقوقك لدى Medicare..... 154
- القسم 7-2: استئناف المستوى الأول لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى..... 155
- القسم 7-3: المستوى الثاني من الاستئناف لتغيير موعد خروجك من المستشفى..... 157
- القسم 7-4: ماذا يحدث إذا فاتني الموعد النهائي للاستئناف؟..... 158
- القسم 8: ما عليك فعله إذا كنت تعتقد أن العناية الصحية المنزلية، أو رعاية التمريض الماهرة، أو المرفق الشامل لإعادة تأهيل المرضى في العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي قبل أوانها**..... 160
- القسم 8-1: سوف نخبرك مسبقاً عن موعد انتهاء التغطية الخاصة بك..... 160
- القسم 8-2: استئناف المستوى الأول لمواصلة تلقي رعايتك..... 160
- القسم 8-3: استئناف المستوى الثاني لمواصلة تلقي رعايتك..... 162
- القسم 8-4: ماذا لو فوت المهلة لتقديم استئنافك من المستوى الأول؟..... 163
- القسم 9: نقل استئنافك إلى ما بعد المستوى الثاني**..... 165
- القسم 9-1: الخطوات التالية لخدمات وأصناف Medicare..... 165
- القسم 9-2: الخطوات التالية لخدمات وأصناف Medi-Cal..... 165
- القسم 10: كيفية تقديم شكوى**..... 166
- القسم 10-1: شكوى داخلية..... 167
- القسم 10-2: شكوى خارجية..... 168

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



القسم 1: المقدمة

القسم 1-1: ما عليك فعله إذا واجهتك مشكلة

سيطلعك هذا الفصل على ما عليك فعله إذا واجهتك مشكلة تتعلق بالخطة أو الخدمات المقدمة إليك أو الدفع. تمت الموافقة على هذه العمليات من Medicare و Medi-Cal. لكل عملية قواعد وإجراءات ومواعيد نهائية يجب اتباعها من جانبنا ومن جانبك.

القسم 1-2: ماذا عن المصطلحات القانونية؟

ثمة مصطلحات قانونية صعبة خاصة ببعض القواعد والمهل النهائية في هذا الفصل. حيث يصعب فهم العديد من هذه المصطلحات، وبالتالي قمنا باستخدام كلمات أبسط بدلاً من مصطلحات قانونية معينة. نقلل من استخدام الاختصارات قدر المستطاع.

على سبيل المثال، نقول:

- "رفع شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "حكم المؤسسة" أو "قرار المزايما" أو "حكم التغطية"
- "قرار التغطية السريع" بدلاً من "قرار مستعجل"

قد يساعدك الاطلاع على المصطلحات القانونية على التواصل بشكل أفضل وأكثر وضوحاً، لذا قمنا بتوفيرها لك كذلك.

القسم 2: بمن تتصل للحصول على المساعدة

القسم 2-1: كيفية الحصول على المزيد من المعلومات والمساعدة

قد يكون من المربك أحياناً الشروع في عملية حل المشكلات أو تتبعها. خاصة عند شعورك بالمرض أو الإرهاق. وفي حالات أخرى، قد لا تكون لديك المعرفة الكافية لاتخاذ الخطوة التالية.

يمكنك الحصول على مساعدة من برنامج Cal MediConnect Ombuds

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يمكنك دائماً الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds. فقد يجب Cal MediConnect Ombuds على أسئلتك مع مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. لا يتصل برنامج Cal MediConnect Ombuds بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة رعاية صحية. ويمكنهم مساعدتك في فهم أي عملية ينبغي استخدامها. رقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds هو (1-855-847-7914) (TTY: 1-855-501-3077). هذه الخدمات مجانية.

يمكنك الحصول على المساعدة من برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي

يمكنك أيضاً الاتصال بمسؤول برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP). وبإمكان مستشاري برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP الإجابة على أسئلتك ومساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله للتعامل مع مشكلتك. لا يرتبط برنامج HICAP معنا أو مع أي شركة من شركات التأمين الصحي أو خطة رعاية صحية. يتمتع برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP بكادر من المستشارين الخاضعين للتدريب في كل مقاطعة، وتكون الخدمات مجانية. رقم هاتف HICAP هو 1-800-434-0222.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (711) (TTY: 1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الحصول على مساعدة من Medicare

يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare مباشرة للحصول على مساعدة بخصوص أي مشاكل تواجهك. إليك طريقتان للحصول على المساعدة

- اتصل على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة ل7 أيام في الأسبوع.
- تفضل بزيارة موقع (http://www.medicare.gov).

بإمكانك الحصول على مساعدة من خلال (إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا)

الفقرة التالية تخص شرط بيان الإفصاح بموجب قانون كاليفورنيا للصحة والسلامة، قسم (b) 1368.02. يعني مصطلح "التظلم" المشار إليه في هذه الفقرة، عملية تقديم استئناف أو شكوى حول خدمات Medi-Cal.

تتضمن إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمة الرعاية الصحية. إذا كان لديك أي تظلم بخصوص خطتك الصحية، عليك الاتصال أولاً بخطتك الصحية على الرقم (711: TTY) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من أيام الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. كما يجدر بك استخدام عملية التظلم التابعة لخطتك الصحية قبل التواصل مع الإدارة. الاستفادة من إجراء التظلم هذا لا يمنع أي من 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 كانت لديك شكوى لم يتم حلها بشكل مقبول من قبل الخطة الصحية الخاصة بك، أو شكوى بقيت دون حل لأكثر من 30 يوماً، فعندها تستطيع الاتصال بالقسم المذكور لطلب المساعدة. وقد تكون مؤهلاً لمراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة IMR، سيقدم إجراء المراجعة الطبية المستقلة IMR مراجعة نزيهة للقرارات الطبية المقترحة من قبل شبكة خطة صحية تتعلق بمدى الضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح أو قرارات التغطية لأي علاج ذو طبيعة بحثية تجريبية، أو نزاع بشأن دفع كلفة خدمة طبية لحالات طارئة أو عاجلة. ويوجد لدى القسم رقم هاتف مجاني (1-888-HMO-2219) وخط (1-877-688-9891) TDD لمن يعانون ضعف في السمع والنطق. يوجد لدى موقع القسم الإلكتروني <http://www.hmohelp.ca.gov> استمارات تقديم شكوى ونماذج طلب مراجعة طبية مستقلة IMR وتعليمات عبر الإنترنت.

القسم 3: المشاكل المتعلقة بمزاياك

القسم 3-1: هل ينبغي عليك اللجوء إلى هذه العملية فيما يتعلق بقرارات التغطية والاستئنافات؟ أم هل تريد تقديم شكوى؟

إذا كانت لديك أي مشكلة أو مخاوف، عليك فقط قراءة الأجزاء في هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. سيساعدك الجدول أدناه في العثور على القسم المناسب المتعلق بالمشاكل أو الشكاوى من هذا الفصل.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (711: TTY) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية الخاصة بك؟

(يتضمن هذا المشاكل المتعلقة بتغطية خدمات طبية معينة أو الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد أو الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية وطرق تغطيتها والمشاكل المتعلقة بالدفع مقابل الرعاية الطبية أو الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية).

لا.	نعم.
كلا. مشكلتي لا تتعلق بالمزايا أو التغطية. انتقل مباشرة إلى القسم 10: "كيفية تقديم شكوى." في الصفحة 166.	تتعلق مشكلتي بالمزايا أو التغطية. انتقل إلى القسم 4 "قرارات التغطية والاستئنافات." في الصفحة 132.

القسم 4: قرارات التغطية والاستئنافات**القسم 4-1: نظرة عامة على قرارات التغطية والاستئنافات**

تتضمن عملية طلب قرارات التغطية وتقديم الاستئنافات بالمشاكل المتعلقة بالمزايا والتغطية الخاصة بك. وتتضمن أيضاً المشاكل الخاصة بالدفع. ولن تتحمل مسؤولية تكاليف Medicare باستثناء المشاركة في الدفع الخاصة بالجزء (د).

ما هو قرار التغطية؟

قرار التغطية هو عبارة عن قرار أولي نتخذه بشأن المزايا أو التغطية الخاصة بك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه لأدويةك وأصنافك وخدماتك الطبية. وتتخذ قرار التغطية عندما نقرر ما تمت تغطيته بالنسبة لك والمقدار الذي يتوجب علينا دفعه.

إن لم تكن متأكدًا أنت أو طبيبك من تغطية الدواء أو الصنف أو الخدمة في برنامج Medicare أو Medi-Cal أو أي منهما، فيمكنك طلب قرار تغطية قبل أن يقدم لك الطبيب الدواء أو الصنف أو الخدمة.

ما هو الاستئناف؟

يعتبر الاستئناف الطريقة الرسمية لطلب مراجعة قرارنا وتغييره إذا اعتقدت بارتكابنا خطأ ما. على سبيل المثال، نستطيع استئناف الخدمة أو الصنف أو الدواء الذي تطلبه من التغطية أو إعلامك بعدم استمرارية شموله في تغطية Medicare أو Medi-Cal. في حال اعتراضك أنت أو طبيبك على قرارنا، يمكنك تقديم استئناف.

القسم 4-2: طلب مساعدة بشأن قرارات التغطية والاستئنافات**ممن يمكنني طلب مساعدة في قرارات التغطية أو تقديم الاستئناف؟**

بإمكانك الاستعانة بأي من هؤلاء الأشخاص من خلال:

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- اتصل بـ Cal MediConnect Ombuds للحصول على مساعدة مجانية. يساعد برنامج Cal MediConnect Ombuds الأفراد المسجلين في برنامج Cal MediConnect فيما يتعلق بالخدمة أو مشاكل الدفع. رقم الهاتف هو 1-855-501-3077.
 - اتصل ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) للحصول على المساعدة المجانية. برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP عبارة عن منظمة مستقلة. ولا ترتبط بهذه الخطة. رقم الهاتف هو 1-800-434-0222.
 - اتصل بمركز طلب المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) للحصول على المساعدة المجانية. تتولى إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) مسؤولية تنظيم خطط الرعاية الصحية. تساعد إدارة الرعاية الصحية المدارة الأفراد على الاشتراك في خطط MediConnect، إضافة إلى الاستئنافات المتعلقة بخدمات Medi-Cal أو مشاكل الدفع. رقم الهاتف هو 1-888-466-2219. بإمكان الأفراد الصم أو الذين يعانون من صعوبات في السمع أو النطق استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891.
 - تحدث إلى طبيبك أو مقدم خدمة آخر. بإمكان طبيبك أو مقدم الخدمة الآخر طلب قرار تغطية أو استئنافاً بالنيابة عنك.
 - تحدث إلى صديق أو فرد في العائلة واطلب منه أن ينوب عنك. يمكنك تسمية شخص آخر "كممثل" لينوب عنك في طلب اتخاذ قرار خاص بالتغطية أو تقديم استئناف.
 - إذا أردت أن يكون أحد أصدقائك أو أحد أقاربك أو شخص آخر ممثلاً بالنيابة عنك، اتصل بخدمات الأعضاء واطلب استمارة "تعيين ممثل". يمكنك أيضاً الحصول على الاستمارة الموجودة على موقع Medicare الإلكتروني على <http://www.cms.hhs.gov/cmsforms/downloads/cms1696.pdf> أو على موقعنا على https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action. ستمنح هذه الاستمارة هذا الشخص بأن يتصرف بالنيابة عنك. يجب عليك أن تقدم لنا نسخة من الاستمارة الموقعة.
 - يحق لك أيضاً أن تطلب من محاميك أن ينوب عنك. يمكنك الاتصال بمحاميك أو الحصول على اسم محام من نقابة المحامين أو خدمة إحالة أخرى. تقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك. إذا أردت محامياً أن ينوب عنك، عليك تعبئة استمارة تعيين ممثل.
- ومع ذلك، لا يلزم أن يكون لديك محامياً لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو تقديم الاستئناف.

القسم 3-4: أي قسم في هذا الفصل سيساعدك؟

- هناك أربعة أنواع مختلفة من الحالات التي تتضمن قرارات التغطية والاستئنافات.
- لكل حالة قواعد مختلفة ومهل محددة. يتكون هذا الفصل من أقسام مختلفة لمساعدتك في العثور على القواعد التي عليك اتباعها. عليك فقط قراءة القسم الذي ينطبق على مشكلتك:
- يقدم لك القسم 5 في الصفحة 134 معلومات إذا كانت لديك مشاكل تتعلق بالخدمات والأصناف والأدوية (عدا تلك التي من الجزء (د)). على سبيل المثال، يمكنك الاستفادة من هذا القسم إذا:
 - لم تحصل على الرعاية الطبية التي تريدها وكنت تعتقد بأن هذه الرعاية مشمولة في تغطية خطتنا.
 - لم توافق على خدمات أو أصناف أو أدوية يرغب طبيبك في تقديمها لك مع اعتقادك بوجود تغطية هذه الرعاية.
 - ملاحظة: استخدم القسم 5 فقط إذا كانت هذه الأدوية غير مشمولة في الجزء (د). الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية المشمولة ذات العلامة "NT" غير مشمولة في تغطية الجزء (د). يرجى مراجعة القسم 6 في الصفحة 146 الخاص باستئنافات الدواء الخاص بالجزء (د).
- إذا تلقيت رعاية طبية أو خدمات تعتقد بأنها يجب أن تكون مشمولة في التغطية ولكننا لا ندفع لهذه الرعاية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



إذا حصلت على أصناف وخدمات طبية اعتقدت بأنها مشمولة في التغطية، و ترغب مطالبتنا برد المبلغ لك.

تم إخبارك بأن تغطية الرعاية التي كنت تتلقاها ستتخفض أو تتوقف مع عدم موافقتك على قرارنا.

- **ملاحظة:** إذا كانت التغطية التي ستتوقف خاصة برعاية المستشفى والرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، فعليك قراءة قسم منفصل من هذا الفصل بسبب خضوع أنواع الرعاية هذه لقوانين مختلفة. راجع الفصل 7 و8 في 154 و160.

• **يقدم القسم 6 في الصفحة 146** معلومات لك حول أدوية الجزء (د). على سبيل المثال، يمكنك الاستفادة من هذا القسم إذا:

أردت مطالبتنا بإجراء استثناء لتغطية دواء من الجزء (د) مع أنه غير مدرج في قائمة الأدوية المشمولة التابعة للخطة (قائمة الأدوية).

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، مع اعتقادك الشخصي أو اعتقاد طبيبك أو واصف الدواء بوجود قيامنا بذلك.

أردت مطالبتنا بالدفع مقابل دواء موصوف اشتريته مسبقاً. (يتعلق هذا بطلب قرار تغطية خاص بالدفع.)

• **يقدم لك القسم 7 في الصفحة 154** معلومات حول كيفية مطالبتنا بتغطية إقامة لفترة أطول في المستشفى للمريض الداخلي إذا اعتقدت أن الطبيب سيخرجك من المستشفى قبل الأوان. استعن بهذا القسم في حال:

كنت في المستشفى وتعتقد أن طبيبك طلب منك مغادرة المستشفى قبل الأوان.

• **يقدم لك القسم 8 في الصفحة 160** معلومات حول ما إذا كنت تعتقد أن رعايتك الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) على وشك الانتهاء قبل أوانها.

في حال عدم تأكيدك من القسم الذي تحتاج الرجوع إليه، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من أيام الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

في حال حاجتك للمزيد من المساعدة أو المعلومات، يرجى الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

القسم 5: مشاكل تتعلق بالخدمات والعناصر والأدوية (وليست أدوية الجزء (د))

القسم 5-1: متى يمكنك الاستفادة من هذا القسم

يتناول هذا القسم ما يتعين عليك فعله إذا كانت لديك مشاكل تتعلق بمزايا الخدمات الطبية أو الصحة السلوكية أو الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد (LTSS). يمكنك الرجوع إلى هذا القسم أيضاً لعلاج المشاكل المتعلقة بالأدوية غير المشمولة في تغطية الجزء (د). حيث أن الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية المشمولة والتي تحمل العلامة "NT" غير مشمولة في الجزء (د). راجع القسم 6 الخاص بالاستئنافات المتعلقة بالأدوية الخاصة بالجزء (د).

يطلعك هذا القسم على ما يمكنك فعله إذا كنت في أي من الأحوال التالية:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



1. تعتقد أن الخطة تغطي عمليات الدعم والخدمات طويلة الأجل (LTSS) والخدمات الطبية والصحة السلوكية التي تحتاج إليها ولكن لا تحصل عليها.

ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب من مسؤول الخطة اتخاذ قرار التغطية. انتقل إلى القسم 5.2 الصفحة 135 للحصول على معلومات حول طلب اتخاذ قرار التغطية.

2. عدم موافقة الخطة على الرعاية التي يرغب طبيبك في تقديمها لك ، مع اعتقادك بأنك تستحقها.

ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم استئناف ضد قرار الخطة بعدم الموافقة على الرعاية. انتقل إلى القسم 5.3 الصفحة 137 للحصول على معلومات حول تقديم الاستئناف.

3. تلقيك خدمة أو أصناف تعتقد أن الخطة تشملها بالتغطية ولكن لن تدفع الخطة مقابلها.

ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم استئناف ضد قرار الخطة بعدم الدفع. انتقل إلى القسم 5.3 الصفحة 137 للحصول على معلومات حول تقديم الاستئناف.

4. لقد حصلت على الأصناف والخدمات الطبية التي تعتقد أنها مشمولة في التغطية ودفعت مقابلها، وتطالب الخطة برد ما دفعته لك مقابل الخدمات أو المواد.

ما يمكنك فعله: يمكنك مطالبتنا برد المبلغ لك. انتقل إلى القسم 5.5 الصفحة 145 للحصول على معلومات حول مطالبة الخطة بالدفع.

5. تم خفض التغطية الخاصة بك لخدمة معينة أو إيقافها، مع اعتراضك على قرارنا.

ما يمكنك فعله: يمكنك تقديم استئناف ضد قرارنا بتخفيف الخدمة أو إيقافها. انتقل إلى القسم 5.3 الصفحة 137 للحصول على معلومات حول تقديم الاستئناف.

ملاحظة: إذا كانت التغطية التي ستتوقف خاصة بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو برعاية مرفق الرعاية التمرضية الماهرة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، ففي هذه الحالة تطبق قواعد خاصة. اقرأ القسمين 7 و8 في الصفحتين 154 و160 للاطلاع على المزيد.

القسم 2-5: طلب اتخاذ قرار التغطية

كيفية طلب اتخاذ قرار التغطية للحصول على عمليات الدعم وخدمات طويلة الأمد معينة والخدمات الصحية السلوكية والطبية (خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP) أو خدمات البالغين المجتمعية (CBAS) أو خدمات مرفق الرعاية التمرضية (NF))

الطلب اتخاذ قرار التغطية، اتصل بنا أو راسلنا أو أرسل إلينا فاكس أو اطلب من ممثلك أو طبيبك أن يطالبنا باتخاذ قرار.

يمكنك الاتصال بنا على: اتصل على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-357، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.

يمكنك إرسال فاكس إلينا على: 1-800-281-2999

يمكنك إرسال رسالة إلينا على:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ما المدة التي يستغرقها الحصول على قرار التغطية؟

يستغرق عادةً 14 يومًا تقويميًا بعد تقديمك للطلب. في حال لم نعلمك بقرارنا في غضون 14 يومًا تقويميًا، يمكنك تقديم استئناف.

◀ ونحتاج أحياناً إلى المزيد من الوقت، وسنقوم بإرسال خطاب إليك لإعلامك بحاجتنا إلى أكثر من 14 يومًا تقويميًا. كما سنحرص على إعلامك بسبب حاجتنا إلى هذا الوقت الإضافي.

هل يمكنني الحصول على قرار تغطية بشكل أسرع؟

نعم. نعم. إذا كنت تحتاج إلى رد أسرع بسبب وضعك الصحي، يمكنك تقديم طلب "قرار تغطية سريع". في حال موافقتنا على الطلب، سنقوم بإخطارك بقرارنا في غضون 72 ساعة.

إلا أننا نحتاج أحياناً إلى المزيد من الوقت وسنقوم بإرسال خطاب إليك نخبرك فيه بأننا نحتاج إلى أكثر من 14 يومًا تقويميًا. كما سنحرص على إعلامك بسبب حاجتنا إلى هذا الوقت الإضافي.

المصطلح القانوني لـ"قرار تغطية سريع" هو "قرار معجل".**طلب اتخاذ قرار تغطية سريع:**

- في حال طلبك اتخاذ قرار تغطية سريع، ابدأ بالاتصال بالخطة أو مراسلتها عبر الفاكس لطلب تغطية الرعاية التي ترغب بها.
- يمكنك الاتصال بنا على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. أو يمكنك إرسال فاكس إلينا على الرقم 1-800-281-2999. للحصول على تفاصيل حول كيفية الاتصال بنا، انتقل إلى الفصل 2.
- يمكنك أيضًا أن توكل طبيبك أو ممثلك بالاتصال بنا.

فيما يلي قواعد لطلب اتخاذ قرار تغطية سريع:

كما عليك تلبية هذين المتطلبين للحصول على قرار تغطية سريع:

1. يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع فقط في حال طلبك تغطية رعاية أو صنف لم تتلقاه بعد. (لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع في حال كان طلبك حول الدفع مقابل رعاية أو صنف تلقينته مسبقًا).
2. يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع فقط عند إمكانية تسبب المهلة القياسية التي تبلغ 14 يومًا في حدوث ضرر بالغ لصحتك أو التأثير في قدرتك على العمل.

◀ إذا أقر طبيبك بحاجتك إلى قرار تغطية سريع، سنقوم تلقائيًا بتقديمه لك.

◀ إذا طلبت قرار تغطية سريع بدون دعم من طبيبك، سنقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع.

- إذا قررنا بأن وضعك الصحي لا يلبي بالمتطلبات الخاصة بقرار التغطية السريع، سنقوم بإرسال خطاب مكتوب لك. سنقوم أيضًا باستغلال المهلة القياسية التي تبلغ 14 يومًا تقويميًا بدلاً من ذلك.
- سيعلمك هذا الخطاب بإمكانية منحك قرار تغطية سريع تلقائيًا في حال إقرار طبيبك بحاجتك إليه.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- سيُعلمك الخطاب أيضاً بكيفية تقديم "شكوى مستعجلة" حول قرارنا بمنحك قرار تغطية قياسي بدلاً من قرار تغطية سريع. ولمزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى، بما في ذلك المستعجلة منها، يرجى مراجعة القسم 10 في الصفحة 166.

إذا كان قرار التغطية يقر بالموافقة، متى سأحصل على الخدمة أو البند؟

ستحظى بالموافقة (المسبقة) بالحصول على الخدمة أو الصنف خلال 14 يوماً تقويمياً (تحت بند قرار التغطية القياسي) أو في ظرف 72 ساعة (تحت بند قرار التغطية السريع) من تاريخ تقديمك للطلب. إذا قمنا بتمديد الفترة المطلوبة لاتخاذ قرار التغطية، سنقوم بتقديم التغطية فور انتهاء الفترة الممددة.

إذا كان قرار التغطية يقر بالرفض، فكيف أعرف؟

إذا كانت القرار لا، سنقوم بإرسال خطاب لك يطلعك على أسباب رفضنا.

- وإذا كانت الإجابة لا، فإنه لديك الحق في مطالبتنا بتغيير هذا القرار من خلال تقديم استئناف. يعني تقديم استئناف لمطالبتنا بمراجعة قرارنا برفض التغطية.
- إذا قررت تقديم استئناف، فهذا يعني أنك تنتقل إلى المستوى الأول من عملية الاستئناف (راجع القسم التالي لمزيد من المعلومات).

القسم 3-5: استئناف المستوى الأول فيما يخص الخدمات والمواد والأدوية (وليس أدوية الجزء (د))

ما هو الاستئناف؟

يعتبر الاستئناف الطريقة الرسمية لطلب مراجعة قرارنا وتغييره إذا اعتقدت بارتكابنا خطأ ما. في حال اعتراضك أنت أو طبيبك أو مقدم خدمة آخر على قرارنا، يمكنك تقديم استئناف.

في معظم الحالات، يتعين عليك بدء استئناف المستوى الأول. إذا كنت لا ترغب البدء أولاً بتقديم الاستئناف إلى الخطة فيما يخص خدمات Medi-Cal، فيمكنك طلب مراجعة طبية مستقلة Independent Medical Review في بعض الحالات. لمزيد من المعلومات، انظر الصفحة 141

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة خلال عملية الاستئناف، فيمكنك

الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077. ونحيطكم علماً بعدم وجود علاقة بيننا وبين برنامج Cal MediConnect Ombuds أو أي شركة تأمين أو خطة صحية أخرى.

ما هو استئناف المستوى الأول؟

استئناف المستوى الأول هو الاستئناف الأول في خطتنا. سنقوم بمراجعة قرار الاستئناف الذي قمنا بإصداره للتأكد من صحته. وسيكون المراجع شخصاً لم يتخذ قرار التغطية الأصلي. سنعلمك بقرارنا كتابياً فور استكمال عملية المراجعة.

إذا أخبرناك بعد مراجعتنا بأن الخدمة أو الصنف غير مشمولان في التغطية، يمكن أن تنتقل قضيتك إلى استئناف المستوى الثاني.

لمحة سريعة: كيف يمكنك تقديم استئناف من المستوى الأول

يجوز لك أو طبيبك أو ممثلك أن يقدم الطلب خطياً ويرسله إلينا بالفاكس أو البريد. ويمكنك أيضاً التقدم باستئناف عن طريق الاتصال بنا هاتفياً.

- قدم الطلب خلال 60 يوماً تقويمياً من صدور القرار الذي تقديم الاستئناف ضده. إذا قوّت الموعد النهائي لسبب وجيه، لا يزال بإمكانك التقدم باستئناف (انظر الصفحة 139).
- إن قَدّمت الاستئناف بسبب إعلاننا إياك بتغيير أو توقف الخدمة الحالية، لديك عدد أقل من الأيام لتقديم الاستئناف في حال رغبتك في استمرار تلقي الخدمة ريثما نعالج طلبك (انظر الصفحة 142).
- ← استمر في قراءة هذا القسم للتعرف على المهلة النهائية التي يخضع استئنافك لها.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



كيف يمكنني تقديم استئناف المستوى الأول؟

للبدء بعملية الاستئناف، يجب أن يتم الاتصال بنا، إما من قبلك أو من قبل طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر، أو من يمتلك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم (TTY:711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من أيام الاثنين وحتى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. لمزيد من التفاصيل حول كيفية الاتصال بنا بخصوص عمليات الاستئناف، يرجى مراجعة الفصل 2،

يمكنك مطالبتنا بتقديم "استئناف قياسي" أو "استئناف سريع".

إذا كنت تود طلب استئناف قياسي أو سريع، قدم استئنافك خطياً أو اتصل بنا.

• تستطيع مراسلتنا وتقديم طلبك عبر العنوان التالي:

Health Net Community Solutions, Inc.
P.O. Box 10422
Van Nuys, CA 91410-0422

• بإمكانك تقديم طلبك على الإنترنت عبر:

https://www.healthnet.com/portal/member/content/iwc/member/unprotected/health_plan/content/file_ag_duals.action

• كما يمكنك طلب الاستئناف عن طريق الاتصال بنا على الرقم (TTY:711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من أيام الاثنين وحتى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

سنرسل لك رسالة في غضون 5 أيام تقويمية من تاريخ استلام طلب الاستئناف لإعلامك باستلامه.

المصطلح القانوني لـ "الاستئناف السريع" هو إعادة النظر المعجل".

هل يمكن لشخص آخر تقديم الاستئناف نيابة عني؟

نعم. بإمكان طبيبك أو مقدم رعاية آخر تقديم الاستئناف لك. ويمكن لشخص آخر بجانب طبيبك أو مقدم الخدمة الآخر تقديم الاستئناف نيابة عنك، ولكن يتعين عليك أولاً تعبئة استمارة تعيين ممثل. ستمنح هذه الاستمارة الشخص الآخر الإذن بالتصرف نيابة عنك.

للحصول على استمارة تعيين ممثل، اتصل بخدمة الأعضاء واطلب استمارة أو تفضل بزيارة موقع Medicare على <https://www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf> أو عبر الموقع الإلكتروني: https://www.healthnet.com/portal/shopping/content/iwc/shopping/medicare/duals/appeals_and_grievances.action

◀ إذا صدر الاستئناف من قبل شخص غيرك أو طبيبك أو مقدم خدمة آخر، يجب علينا استلام استمارة تعيين ممثل كاملة قبل مراجعتنا للاستئناف.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



كم من الوقت لدي لتقديم استئناف؟

يتعين عليك تقديم طلب استئناف في غضون **60 يوماً تقويمياً** من التاريخ المذكور في الخطاب الذي أرسلناه إليك لنعلمك بالقرار.

في حال قوت هذه المهلة وكان لديك سبب وجيه لذلك، قد نمنحك المزيد من الوقت لتقديم الاستئناف. ومن الأمثلة على الأسباب الوجيهة لذلك هي: أن تعاني من مرض خطير أو أننا قدمنا لك معلومات خاطئة حول المهلة لتقديم استئناف.

← **ملاحظة:** إن قدمت الاستئناف بسبب إعلاننا إياك بتغيير أو توقف الخدمة الحالية، لديك عدد أقل من الأيام لتقديم الاستئناف في حال رغبتك في استمرار تلقي الخدمة ريثما نعالج طلبك. اطلع على "هل ستستمر مزاياتي أثناء استئنافات المستوى الأول؟" الواردة في الصفحة 140 لمزيد من المعلومات.

هل يمكنني الحصول على نسخة من ملف الحالة الخاص بي؟

نعم. اطلب منا نسخة عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. المكالمات مجانية.

هل يمكن لطبيبي تقديم المزيد من المعلومات لكم حول الاستئناف الخاص بي؟

نعم، يمكن لك ولطبيبك تقديم المزيد من المعلومات لدعم استئنافك.

كيف ستتخذ الخطة قرار الاستئناف؟

سنلقي نظرة على كافة المعلومات المتعلقة بطلبك للتغطية. سوف نتأكد فيما إذا كنت تتبع جميع القواعد عندما كانت إجابتنا بلا على طلبك. وسيكون المراجع شخصاً لم يتخذ القرار الأصلي.

وإذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات، سنطلب منك أو من طبيبك تقديمها إلينا.

متى سأسمع عن قرار الاستئناف "القياسي"؟

لا بد لنا من الرد على طلبك في غضون 30 يوماً تقويمياً بعد أن نتسلم استئنافك. وسوف نقوم بإبلاغك بقرارنا عاجلاً، في حال كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك.

- مع ذلك، في حالة طلب المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة لجمع المزيد من المعلومات، قد نحتاج إلى 14 يوماً إضافياً. وعليه، إذا كنا بحاجة إلى أيام أكثر للتوصل إلى القرار، فسوف نبذلك من خلال رسالة مكتوبة.
- إذا كنت تعتقد بأنه ليست هناك حاجة لكل هذه الأيام الإضافية، بإمكانك رفع وتقديم "شكوى سريعة" حول قرارنا للحاجة إلى أيام إضافية. عند تقديمك شكوى سريعة، سنرسل لك خطاباً للرد على شكواك في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم 10 في الصفحة 166.
- إن لم نرد على استئنافك في غضون 30 يوماً أو في نهاية الأيام الإضافية (إذا استنفذناها)، سنرسل ملفك تلقائياً إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف إذا كانت مشكلتك تتعلق بصنف أو خدمة خاصة بـ Medicare. سوف يتم إبلاغك عند حدوث هذا. إذا كانت مشكلتك حول خدمة أو صنف من Medi-Cal، عليك أن تقدم طلب استئناف من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية استئناف المستوى الثاني، يرجى مراجعة قسم 5.4 في الصفحة 141.

← **إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو جميع ما طلبته، سيتعين علينا اعتماد التغطية أو تقديمها في غضون 30 يوماً تقويمياً بعد أن نحصل على استئنافك.**

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



← **إذا كانت إجابتنا كلا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، سوف نعلمك بذلك عبر إرسال خطاب إليك.** إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو صنف من Medicare، فسوف نرسل إليك خطاباً لإعلامك بتحويل الاستئناف إلى المستوى الثاني وإرسال قضيتك لوحدة مراجعة مستقلة. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو صنف من Medi-Cal، سنرسل لك خطاباً يحتوي على تعليمات تقديم استئناف من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية استئناف المستوى الثاني، يرجى مراجعة قسم 5.4 في الصفحة 141.

متى سأسمع عن قرار الاستئناف "السريع"؟

إذا طلبت استئنافاً سريعاً، سنرد عليك في غضون 72 ساعة من تقديم الاستئناف. سنرد عليك في أقرب وقت إذا كانت حالتك الصحة تستدعي ذلك.

- مع ذلك، في حالة طلب المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة لجمع المزيد من المعلومات، قد نحتاج إلى 14 يوماً إضافياً. وعليه، إذا كنا بحاجة إلى أيام أكثر للتوصل إلى القرار، فسوف نبلغك من خلال رسالة مكتوبة.
- إذا كنت تعتقد بأنه ليست هناك حاجة لكل هذه الأيام الإضافية، بإمكانك رفع وتقديم "شكوى سريعة" حول قرارنا للحاجة إلى أيام إضافية. عند تقديمك شكوى سريعة، سنرسل لك خطاباً للرد على شكواك في غضون 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم 10 في الصفحة 166.
- إن لم نرد على استئنافك في غضون 72 ساعة أو في نهاية الأيام الإضافية (إذا استنفذناها)، سنرسل ملفك تلقائياً إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف إذا كانت مشكلتك تتعلق بصنف أو خدمة خاصة بـ Medicare. سوف يتم إبلاغك عند حدوث هذا. إذا كانت مشكلتك حول خدمة أو صنف من Medi-Cal، عليك أن تقدم طلب استئناف من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية استئناف المستوى الثاني، يرجى مراجعة قسم 5.4 في الصفحة 141.

← إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو جميع ما طلبته، ستعين علينا اعتماد التغطية أو تقديمها في غضون 72 ساعة بعد أن نحصل على استئنافك.

← إذا كانت إجابتنا كلا على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، سوف نعلمك بذلك عبر إرسال خطاب إليك. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو صنف من Medicare، فسوف نرسل إليك خطاباً لإعلامك بتحويل الاستئناف إلى المستوى الثاني وإرسال قضيتك لوحدة مراجعة مستقلة. إذا كانت مشكلتك حول تغطية خدمة أو صنف من Medi-Cal، سنرسل لك خطاباً يحتوي على تعليمات تقديم استئناف من المستوى الثاني بنفسك. لمزيد من المعلومات حول عملية استئناف المستوى الثاني، يرجى مراجعة قسم 5.4 في الصفحة 141.

هل ستستمر مزاياي أثناء استئنافات المستوى الأول؟

في حال قدمنا قرار بتغيير أو وقف التغطية لخدمة أو صنف مشمول في التغطية مسبقاً، سنحرص على إخطارك بذلك قبل اتخاذ الإجراء. في حال اعتراضك على القرار، يمكنك رفع استئناف من المستوى الأول وطلب استمرارية تلقي مزايا الخدمة أو الصنف. عليك تقديم الطلب في هذه المواعيد التالية أو ما قبلها لضمان استمرارية تلقي المزايا:

- في غضون 10 أيام من تاريخ إرسالنا الإخطار إليك؛ أو
- تاريخ السريان المرتقب.

في حال التزامك بهذه المهلة، يمكنك الاستفادة من الخدمات أو الأصناف المعنية ريثما نجهز طلب الاستئناف. في حال استمرارك بتلقي المزايا مع تأكيد نتيجة الاستئناف لقرارنا، فقد نطالبك بتغطية تكاليف الخدمات أو الأصناف التي استلمتها في فترة انتظار الحكم النهائي للاستئناف.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



القسم 4-5: استئناف المستوى الثاني فيما يخص الخدمات والمواد والأدوية (لا تشمل أدوية الجزء (د))

إذا رفضت الخطة في المستوى الأول، ما الذي يحدث بعد ذلك؟

- إذا كان إجابتنا هي لا بالنسبة لاستئناف المستوى الأول أو جزء منه، فسنقوم بإرسال خطاب لك. سيطلعك هذا الخطاب على ما إذا كان أي من الخدمة أو الصنف مشمولاً في بتغطية برنامج Medicare أو Medi-Cal.
- إذا كانت مشكلتك حول صنف أو خدمة Medicare، سنقوم بإرسال حالتك تلقائياً إلى عملية استئناف المستوى الثاني بمجرد انتهاء استئناف المستوى الأول.
- إذا كانت مشكلتك حول صنف أو خدمة Medi-Cal، يمكنك رفع استئناف المستوى الثاني بنفسك. سيطلعك الخطاب على كيفية القيام بذلك. كما ترد المعلومات أدناه.

ما هو استئناف المستوى الثاني؟

استئناف المستوى الثاني هو الاستئناف الثاني، والذي يتم من قبل مؤسسة مستقلة لا علاقة لها بالخطة.

تتمثل مشكلتي في صنف أو خدمة من Medi-Cal. كيف يمكنني تقديم استئناف المستوى الثاني؟

ثمة طريقتان لتقديم استئناف المستوى الثاني في ما يتعلق بأصناف وخدمات Medi-Cal: (1) مراجعة طبية مستقلة أو (2) جلسة استماع حكومية.

(1) مراجعة طبية مستقلة (IMR)

يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة IMR من مركز المساعدة في إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC). تتوفر المراجعة الطبية المستقلة IMR لأي خدمة أو صنف مشمول بتغطية Medi-Cal بحيث تكون طبية بطبيعتها. والمراجعة الطبية المستقلة IMR عبارة عن عملية مراجعة طبية من قبل أطباء من خارج خطتنا. إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة IMR لصالحك، يجب علينا حينها تقديم الخدمة أو الصنف المطلوب إليك. لن تدفع أي تكاليف مقابل المراجعة الطبية المستقلة IMR.

بإمكانك تقديم طلب مراجعة طبية مستقلة IMR في حال قيام خطتنا بـ:

- رفض، تغيير، أو تأخير خدمة أو علاج من قبل Medi-Cal بسبب افتراض خطتنا بعدم الحاجة إليها طبيًا.
- عدم تغطية علاج ذو طبيعة بحثية أو تجريبية من Medi-Cal لحالة طبية خطيرة.
- عدم الموافقة على الدفع مقابل خدمات طارئة أو عاجلة من Medi-Cal والتي كنت قد تلقيتها مسبقًا.
- عدم حل مشكلتك ضمن استئنافك من المستوى الأول بخصوص خدمة Medi-Cal في فترة 30 يوماً للاستئناف القياسي و72 ساعة للاستئناف السريع.

بإمكانك طلب مراجعة طبية مستقلة IMR إذا كنت قد طلبت جلسة استماع حكومية، بشرط عدم حصولك مسبقاً على جلسة استماع حكومية حول الموضوع عينه.

وفي أغلب الأحيان، يجب عليك أولاً تقديم طلب عملية استئناف لدينا قبل طلب مراجعة طبية مستقلة IMR. يرجى مراجعة الصفحة 137 لمزيد من المعلومات حول عملية استئناف المستوى الأول الخاصة بخطتنا. في حال اعتراضك أنت أو طبيبك على قرارنا، يمكنك تقديم طلب مراجعة طبية مستقلة IMR من مركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة.

← وإذا تم رفض علاجك بسبب كونه ذو طبيعة بحثية أو تجريبية، فلا تحتاج إلى الانخراط في عملية الاستئناف قبل تقديم طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة IMR.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



← إذا كانت مشكلتك مستعجلة، وتنطوي على خطر مباشر يهدد صحتك، فربما تستطيع مباشرة مخاطبة قسم كاليفورنيا لرعاية الصحة المدارة DMHC. وقد تتنازل إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC عن شرط قيامك أولاً بتقديم استئناف تحت ظروف استثنائية وقاهرة.

يجب عليك تقديم طلب المراجعة الطبية المستقلة IMR في غضون 6 أشهر من تاريخ إرسالنا خطاباً يحتوي على قرار بخصوص استئنافك. ربما سنتم الموافقة على طلبك من قبل إدارة الرعاية الصحية المدارة DHMC بعد 6 أشهر في حال إثبات تأخرك عن تسليم طلبك في موعده تحت ظروف قاهرة.

لتقديم طلب مراجعة طبية مستقلة:

- قم بتعبئة استمارة الشكاوى/المراجعة الطبية المستقلة والمتوفر على: <http://www.dmhc.ca.gov/FileaComplaint/IndependentMedicalReviewComplaintForm.aspx> أو اتصل بمركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-466-2219. وينبغي على مستخدم هاتف TDD الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- إذا كانت لديك أي وثائق أو مستندات تحتوي على معلومات تخص رفض الخدمة أو الصنف من قبلنا، يرجى أن ترفق نسخة منها مع طلبك. حيث يعجل هذا من إجراء المراجعة الطبية المستقلة IMR. قم بإرسال نسخة عن المستندات واحتفظ بالنسخ الأصلية. لا يمكن لمركز المساعدة إعادة أي من المستندات إليك.
- قم بتعبئة استمارة التفويض بالمساعدة في حالة وجود شخص ما يساعدك في تعبئة طلب المراجعة الطبية المستقلة IMR. بإمكانك الحصول على الاستمارة من <http://www.dmhc.ca.gov/Portals/0/FileAComplaint/IMRForms/20160 AAF English.pdf> أو اتصل بمركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC على الرقم 1-888-466-2219. وينبغي على مستخدم هاتف TDD الاتصال على الرقم 1-877-688-9891.
- أرسل الاستمارات أو أي مستندات مرفقة أخرى عبر البريد أو الفاكس إلى:

Help Center
California Department of Managed Health Care
980 9th Street, Suite 500
Sacramento, CA 95814-2725
FAX: 5241-255-916

للحالات غير العاجلة والمتعلقة بخدمات Medi-Cal، سوف تستلم قراراً بخصوص المراجعة الطبية المستقلة IMR من قبل إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC في غضون 30 يوماً من تاريخ استلام طلبك وكافة المستندات المرفقة به. للحالات المستعجلة والمتعلقة بخطر مباشر يهدد صحتك، سوف تستلم قراراً بخصوص المراجعة الطبية المستقلة IMR في غضون 3 إلى 7 أيام.

في حالة عدم رضاك عن نتيجة المراجعة الطبية المستقلة IMR، بإمكانك أيضاً طلب إقامة جلسة استماع حكومية.

إذا قررت إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC أن قضيتك غير مؤهلة لإجراء مراجعة طبية مستقلة IMR، ستراجع إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC ملفك عبر عملية شكوى المستهلك العادية التابعة لها.

(2- جلسة الاستماع الحكومية

يمكنك طلب جلسة الاستماع الحكومية المتعلقة بخدمات وأصناف Medi-Cal. في حال طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر خدمة أو صنف لن نوافق عليه، أو في حال عدم استمرارنا بالدفع مقابل خدمة أو صنف قد تلقينته مسبقاً مع رفضنا لاستئناف المستوى الأول، يحق لك المطالبة بجلسة استماع حكومية.

ويكون لديك في معظم الحالات 120 يوماً لطلب عقد جلسة استماع حكومية بعد إرسال إشعار "حقوق جلسة الاستماع الخاصة بك" إليك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



← **ملاحظة:** إن قَدِّمتَ طلب جلسة استماع حكومية بسبب إعلاننا إياك بتغيير أو توقف الخدمة الحالية، فلديك عدد أقل من الأيام لتقديم طلبك في حال رغبتك في استمرار تلقي الخدمة ريثما يستمر الاستماع. اطلع على "هل ستستمر مزايدي أثناء استئنافات المستوى الثاني" الواردة في الصفحة 144 لمزيد من المعلومات.

توجد طريقتان لطلب عقد جلسة استماع حكومية:

1. يمكنك إكمال "طلب عقد جلسة استماع حكومية" والموجود خلف الإشعار. ينبغي عليك تقديم كافة المعلومات المطلوبة مثل الاسم الكامل والعنوان ورقم الهاتف واسم الخطة أو المقاطعة التي اتخذت الإجراء ضدك وبرامج المساعدة المعنية والسبب التفصيلي لرغبتك في عقد جلسة استماع. ثم يمكنك تقديم طلبك عبر واحدة من الطرق التالية:

- إلى إدارة الرعاية في المقاطعة على العنوان الموضح على الإشعار.
- إلى إدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية:

State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

• إلى قسم جلسات الاستماع الحكومية على رقم الفاكس 916-651-5210 أو 916-651-2789.

2. اتصل بإدارة كاليفورنيا للخدمات الاجتماعية على الرقم 1-800-952-5253. وينبغي على مستخدمي هاتف TDD الاتصال على الرقم 1-800-952-8349. في حال قررت تقديم طلب جلسة الاستماع عبر الهاتف، يجب أن تدرك بأن خطوط الهاتف مشغولة للغاية.

تتعلق مشكلتي بخدمة أو صنف تابع لـ Medicare. ما الذي سيحدث في استئناف المستوى الثاني؟

سنقوم هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بمراجعة قرار المستوى الأول بعناية وتحديد ما إذا كان يجب تغييره.

- لست بحاجة إلى طلب استئناف المستوى الثاني. سنقوم تلقائياً بإرسال أي اعتراضات (كلية أو جزئية) لهيئة المراجعة المستقلة IRE. سوف يتم إبلاغك عند حدوث هذا.
- يتم توظيف هيئة المراجعة المستقلة IRE من جانب Medicare ولا علاقة لها بهذه الخطة.

اطلب منا نسخة من ملفك عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

← يتعين على هيئة المراجعة المستقلة IRE تقديم إجابة لك على استئناف المستوى الثاني في غضون 30 يوماً من تاريخ تسلمها استئنافك. تطبق هذه القاعدة إذا قمت بإرسال استئنافك قبل تلقي الخدمات أو الأصناف الطبية.

« مع ذلك، إذا كانت هيئة المراجعة المستقلة IRE بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي يمكن أن تفيدك، فقد تستغرق ما يصل إلى 14 يوماً آخر. وإذا احتاجت هيئة المراجعة المستقلة IRE أياماً إضافية لاتخاذ القرار، سنرسل خطاباً إليك لإعلامك بذلك.

← إذا كان لديك "استئناف سريع" في المستوى الأول، ستحصل تلقائياً على استئناف سريع في المستوى الثاني. يتعين على هيئة المراجعة المستقلة تقديم إجابة لك في غضون 72 ساعة من وقت تسلمها لاستئنافك.

« مع ذلك، إذا كانت هيئة المراجعة المستقلة IRE بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي يمكن أن تفيدك، فقد تستغرق ما يصل إلى 14 يوماً آخر. وإذا احتاجت هيئة المراجعة المستقلة IRE أياماً إضافية لاتخاذ القرار، سنرسل خطاباً إليك لإعلامك بذلك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



هل ستستمر مزايي أثناء استئنافات المستوى الثاني؟

إذا كانت مشكلتك تتمثل في خدمة أو صنف مشمول في تغطية Medicare، لن تستمر مزايها هذه الخدمة أو الصنف خلال عملية استئنافات المستوى الثاني لدى هيئة المراجعة المستقلة IRE.

إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو صنف مشمول في تغطية Medi-Cal وطلبت عقد جلسة استماع حكومية، فستستمر مزايها Medi-Cal لهذه الخدمة أو الصنف حتى يصدر قرار جلسة الاستماع.

إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو صنف مشمول في تغطية Medi-Cal وطلبت عقد جلسة استماع حكومية، فستستمر مزايها Medi-Cal لهذه الخدمة أو الصنف حتى يصدر قرار جلسة الاستماع. عليك تقديم طلب جلسة الاستماع في هذه المواعيد التالية أو ما قبلها لضمان استمرارية تلقي المزاي

- في غضون 10 أيام من تاريخ إرسالنا الإخطار إليك لإعلامك بالموافقة على قرار وقف أو تغيير المزاي فيما يتعلق بقرار استئناف المستوى الأول؛ أو
- تاريخ السريان المرتقب.

في حال التزامك بهذه المهلة، يمكنك الاستفادة من الخدمات أو الأصناف المعنية حتى صدور قرار جلسة الاستماع. في حال استمرارك بتلقي المزاي مع تأكيد نتيجة الاستئناف لقرارنا، فقد نطالبك بتغطية تكاليف الخدمات أو الأصناف التي استلمتها في فترة انتظار الحكم النهائي للاستئناف.

كيف أعلم بخصوص القرار؟

إذا كان استئناف المستوى الثاني الخاص بك عبارة عن مراجعة طبية مستقلة، سترسل إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC لك خطاباً يوضح قرارها الذي اتخذته الأطباء بعد مراجعة ملفك.

- ◀ إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة يقر **بالموافقة** على جزء مما طلبته أو جميعه، يجب علينا تقديم الخدمة أو العلاج إليك.
- ◀ إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة يقر **برفض** جزء مما طلبته أو جميعه، فهذا يعني أنهم يوافقون على قرار المستوى الأول. لا يزال يمكنك طلب عقد جلسة استماع حكومية. انتقل إلى الصفحة 142 للحصول على معلومات حول طلب عقد جلسة استماع حكومية.
- إذا كان استئناف المستوى الثاني جلسة استماع في الولاية، سيرسل قسم الخدمات الاجتماعية في كاليفورنيا خطاباً لك يوضح قرارها.
- ◀ إذا كان قرار جلسة الاستماع **الموافقة** على جزء مما طلبته أو كله، يجب علينا الالتزام بالقرار. ولا بد منا استكمال الإجراء (الإجراءات) الموصوفة في غضون 30 يوماً من التاريخ الذي تسلمنا فيه نسخة من القرار.
- ◀ إذا كان قرار جلسة الاستماع **رفض** جزء مما طلبته أو كله، فهذا يعني أنهم يوافقون على قرار المستوى الأول. يمكننا حينها إيقاف دفع أي مساعدات تتسلمها.

في حال إحالة استئناف المستوى الثاني إلى هيئة المراجعة المستقلة IRE التابعة لـ Medicare، سترسل خطاباً لك يوضح قرارها.

- ◀ إذا كان قرار هيئة المراجعة المستقلة IRE **الموافقة** على جزء مما طلبته أو جميعه، علينا اعتماد تغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو تقديم الخدمة أو الصنف لك في غضون 14 يوماً من تاريخ استلام قرار هيئة المراجعة المستقلة IRE. في حال إجراء استئناف سريع، فعلياً منح الإذن للتغطية الطبية أو تقديم الخدمة أو البند إليك في غضون 72 ساعة من تاريخ استلامنا لقرار هيئة المراجعة المستقلة IRE.
- ◀ إذا كان قرار هيئة المراجعة المستقلة IRE **رفض** جزء مما طلبته أو كله، فهذا يعني أنهم يوافقون على قرار المستوى الأول. وهذا ما يُسمى بـ "التمسك بالقرار". كما يطلق عليه أيضاً "رفض استئنافك".

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



إذا كان القرار بالرفض لجزء مما طلبته أو كله، فهل باستطاعتي تقديم استئناف آخر؟

إذا كان استئناف المستوى الثاني عبارة عن مراجعة طبية مستقلة، يمكنك طلب عقد جلسة استماع حكومية. انتقل إلى الصفحة 142 للحصول على معلومات حول طلب عقد جلسة استماع حكومية.

في حال جرى استئنافك من المستوى الثاني خلال جلسة استماع حكومية، بإمكانك طلب إعادة استماع في غضون 30 يوماً من تاريخ استلامك القرار. تستطيع أيضاً طلب مراجعة قضائية في حالة رفض قضيتك خلال جلسة الاستماع، وذلك من خلال تقديم طلب في المحكمة العليا (بموجب قانون الإجراءات المدنية قسم 1094.5) في غضون سنة واحدة من تاريخ استلامك القرار. لا يمكنك طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة IMR إذا كنت قد حضرت جلسة استماع حول القضية نفسها مسبقاً.

عند إحالة استئناف المستوى الثاني إلى هيئة المراجعة المستقلة IRE التابعة لـ Medicare، يمكنك تقديم استئناف ثانية فقط في حال بلوغ قيمة الخدمة أو الصنف الذي تطلبه لتكلفة مالية دنيا، وذلك بقيمة الدولار. سيوضح الخطاب الذي تحصل عليه من هيئة المراجعة المستقلة IRE حقوق الاستئناف الإضافية المستحقة لك.

راجع القسم 9 في الصفحة 165 لمزيد من المعلومات حول مستويات إضافية للاستئناف.

القسم 5-5: المشاكل المتعلقة بالدفع

لا نسمح لمقدمي الخدمات بإرسال فاتورة إليك لقاء الخدمات والأصناف المشمولة في التغطية. وتطبق هذه القاعدة في حال دفعنا لمقدم الخدمة مبلغاً أقل مما ندين به مقابل الخدمات أو الأصناف. لا يتعين عليك دفع قيمة الفاتورة في أي من الأحوال، حيث نطالبك بدفع قيمة المشاركة في الدفع لأدوية الدرجة 1 و/أو الدرجة 2 لا غير.

يرجى إرسال الفاتورة إلينا في حال تلقيك فاتورة ذات قيمة أكبر من المشاركة في الدفع لقاء الخدمات والأصناف المشمولة في التغطية. لا يجدر بك دفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بمقدم الخدمة مباشرة لحل المشكلة.

لمزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الفصل 7: مطالبتنا بدفع حصتنا من قيمة الفاتورة التي تلقيتها لقاء الخدمات أو الأدوية المشمولة في التغطية. يصف الفصل 7 الحالات التي قد تحتاج إلى طلب تسديد أو دفع الفاتورة التي قد استلمتها من قبل مقدم الخدمة. كما يوضح أيضاً كيفية إرسال طلب الدفع الورقي.

كيف أطلب من الخطة رد قيمة حصتي مما دفعته لقاء خدمة أو صنف ما؟

يرجى إرسال الفاتورة إلينا في حال تلقيك فاتورة ذات قيمة أكبر من المشاركة في الدفع مقابل الخدمات والأصناف المشمولة في التغطية؛ حيث لا ينبغي عليك دفع الفاتورة بنفسك. يمكنك استرداد أموالك في حال تسديدك للفاتورة، شريطة إتباعك كافة القواعد التي تخضع لها الخدمات والأصناف.

إذا كنت تطالب باسترداد أموالك، فإنك تطلب قراراً للتغطية. سنتحقق من شمول التغطية للخدمة أو الصنف الذي دفعت لقاءه، مع التأكد من اتباعك لكافة قواعد وقوانين الاستفادة من التغطية.

- إذا كانت الرعاية الطبية التي دفعت تكلفتها مشمولة في التغطية مع اتباعك كافة القواعد، فسوف نرسل لك حصتنا من تكلفة الخدمات أو الأصناف في غضون 60 يوماً بعد استلامنا لطلبك.
- أو، إذا لم تكن قد دفعت تكلفة الخدمة أو الصنف حتى الآن، فسوف نرسل الدفعة مباشرة إلى مقدم الخدمة. إن إرسالنا للدفعة إليك يعادل موافقتنا على طلب قرار التغطية.
- وإذا لم تتم تغطية الخدمة أو الصنف أو إذا لم تتبع جميع القواعد المفروضة، فسوف نرسل لك خطاباً لإعلامك بأننا لن ندفع تكلفة الخدمة أو الصنف، ونشرح السبب وراء ذلك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ماذا إن رفضنا الدفع؟

في حال اعتراضك على قرارنا، يمكنك تقديم استئناف. اتبع إجراءات الاستئناف المبينة في القسم 5.3 على صفحة 137. عند اتباع هذه التعليمات، يرجى ملاحظة ما يلي:

- لا بد لنا من الرد على طلبك في غضون 60 يوماً تقويمياً بعد أن نتسلم استئنافك للتعويض.
 - إذا كنت تطلب منا أن نرد لك تكلفة خدمة أو صنف قد حصلت عليه ودفعت تكلفته بالفعل، فلا يسمح لك بتقديم طلب استئناف سريع.
 - ◀ إذا أجبنا بـ لا على الاستئناف الذي قدمته، مع أن الخدمة أو الصنف مشمول عادة بتغطية Medicare، سنرسل قضيتك تلقائياً إلى هيئة مراجعة مستقلة (IRE). سوف نقوم بإبلاغك بهذا عبر رسالة مكتوبة.
- في حال عدول هيئة المراجعة المستقلة IRE عن قرارنا عبر قبول طلب السداد، فيجب علينا إرسال المبلغ إليك أو إلى مقدم الخدمة في غضون 30 يوماً. إذا كان الجواب على الاستئناف الخاص بك هو نعم في أي مرحلة من مراحل إجراءات الاستئناف بعد المستوى الثاني، فعلياً أن نرسل الدفعة إليك أو إلى مقدم الخدمة في غضون 60 يوماً.
- في حال رفض هيئة المراجعة المستقلة IRE للاستئناف، فهذا يعني موافقتهم على قرارنا برفض طلبك. (هذا ما يُسمى بـ"التمسك بالقرار". كما يطلق عليه أيضاً "رفض استئنافك"). كما ستشرح الرسالة التي ترد إليك حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تتمتع بها. يمكنك تقديم استئناف ثانية فقط في حال بلوغ قيمة الخدمة أو الصنف الذي تطلبه لتكلفة مالية دنيا، وذلك بقيمة الدولار. راجع القسم 9 في الصفحة 165 لمزيد من المعلومات حول مستويات إضافية للاستئناف.
- ◀ إذا أجبنا بـ لا على الاستئناف الذي قدمته، مع أن الخدمة أو الصنف مشمول عادة بتغطية Medi-Cal، فعندها يجب عليك تقديم استئناف المستوى الثاني بنفسك (انظر القسم 5.4 في الصفحة 141).

القسم 6: أدوية الجزء (د)**القسم 6-1: ماذا تفعل إذا واجهت مشاكل في الحصول على دواء من الجزء (د) أو كنت تريد منا رد كلفة دواء من الجزء (د) إليك**

بصفتك عضواً في خطتنا، تشتمل المزايا التي تحصل عليها على تغطية العديد من الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية فقط. تتمثل معظم هذه الأدوية في "أدوية الجزء (د)". يوجد عدد قليل من الأدوية التي لا يغطيها الجزء (د) في Medicare ولكن قد يغطيها برنامج Medi-Cal. ينطبق هذا القسم فقط على استئنافات أدوية الجزء (د).

تشتمل قائمة الأدوية المشمولة (قائمة الأدوية) على بعض الأدوية التي تحمل العلامة "NT". هذه الأدوية ليست ضمن أدوية الجزء (د). تتبع الاستئنافات أو قرارات التغطية المتعلقة بالأدوية التي تحتوي على الرمز "NT" الإجراءات المبين في القسم 5 في الصفحة 134.

هل يمكنني المطالبة بقرار التغطية أو تقديم استئناف حول أدوية الجزء (د) التي تُصرف بوصفة طبية فقط؟

نعم. وفيما يلي أمثلة على قرارات التغطية التي يمكنك مطالبتنا بإصدارها في ما يتعلق بأدوية جزء (د):

- يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء مثل:

« يمكنك مطالبتنا بتغطية أدوية الجزء (د) التي ليست مدرجة في قائمة الأدوية المشمولة في التغطية (قائمة الأدوية)

« يمكنك مطالبتنا بالتنازل عن القيود المفروضة على تغطية الخطة لدواء ما (مثل القيود المفروضة على كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها)

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- في حال تساؤلك 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).
- « **ملاحظة:** إذا أعلمتك الصيدلية بعدم إمكانية صرف وصفتك الطبية، سوف تحصل على إخطار يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار التغطية.
- قد نطلب منا الدفع مقابل دواء لا يُصرف إلا بوصفة طبية اشتريته بالفعل. ويشير هذا الأمر إلى المطالبة بقرار التغطية المتعلق بالدفع.

المصطلح القانوني لقرار التغطية المتعلق بأدوية الجزء (د) هو "حكم التغطية".

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، يمكنك تقديم استئناف ضد قرارنا. يعلمك هذا القسم عن كيفية طلب قرارات التغطية و كيفية طلب الاستئناف.

استعن بالرسم البياني المبين أدناه لمساعدتك في تحديد الجزء الذي يحتوي على معلومات عن حالتك:

أي من هذه الحالات تنطبق عليك؟			
هل تريد منا تغطية دواء على قائمة الأدوية الخاصة بنا، وهل تعتقد أنك تلبي أي قواعد أو قيود خاصة بالخطة (مثل الحصول على موافقة مسبقة) للأدوية التي تحتاج إليها؟	هل تريد منا تغطية دواء على قائمة الأدوية الخاصة بنا، وهل تعتقد أنك تلبي أي قواعد أو قيود خاصة بالخطة (مثل الحصول على موافقة مسبقة) للأدوية التي تحتاج إليها؟	هل تريد منا تغطية دواء على قائمة الأدوية الخاصة بنا، وهل تعتقد أنك تلبي أي قواعد أو قيود خاصة بالخطة (مثل الحصول على موافقة مسبقة) للأدوية التي تحتاج إليها؟	هل تحتاج إلى دواء ليس وارداً في قائمة الأدوية الخاصة بنا أو تريد منا التنازل عن قاعدة أو تقييد مفروض على دواء نغطيه؟
يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية.	يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية.	يمكنك مطالبتنا باتخاذ قرار التغطية.	يمكنك مطالبتنا بإجراء استثناء.
انتقل إلى القسم 6.4 في الصفحة 149.	انتقل إلى القسم 6.4 في الصفحة 149.	انتقل إلى القسم 6.4 في الصفحة 149.	اطلع على القسم 6.2 في الصفحة 147. انظر أيضاً إلى الأقسام 6.3 و 6.4. صفحة 148 و 149.
هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نغطي أو ندفع تكلفة الأدوية بالطريقة ذاتها التي تريد بها تغطية أو دفع تكلفة الأدوية؟	هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نغطي أو ندفع تكلفة الأدوية بالطريقة ذاتها التي تريد بها تغطية أو دفع تكلفة الأدوية؟	هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نغطي أو ندفع تكلفة الأدوية بالطريقة ذاتها التي تريد بها تغطية أو دفع تكلفة الأدوية؟	هل أخبرناك بالفعل بأننا لن نغطي أو ندفع تكلفة الأدوية بالطريقة ذاتها التي تريد بها تغطية أو دفع تكلفة الأدوية؟
يمكنك تقديم استئناف.	يمكنك تقديم استئناف.	يمكنك تقديم استئناف.	يمكنك تقديم استئناف.
هذا يعني أنك تطلب منا إعادة دراسة الأمر.	هذا يعني أنك تطلب منا إعادة دراسة الأمر.	هذا يعني أنك تطلب منا إعادة دراسة الأمر.	هذا يعني أنك تطلب منا إعادة دراسة الأمر.
انتقل إلى القسم 6.5 في الصفحة 151.	انتقل إلى القسم 6.5 في الصفحة 151.	انتقل إلى القسم 6.5 في الصفحة 151.	انتقل إلى القسم 6.5 في الصفحة 151.

القسم 2-6: ما المقصود بالاستثناء؟

يُقصد بالاستثناء طلب الإذن للحصول على تغطية لدواء ما لا يندرج عادة في قائمة الأدوية المشمولة أو طلب الإذن لاستخدام الأدوية دون قواعد وقيود معينة. إذا لم يكن الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية المشمولة، أو لم يتم تغطيته بالطريقة التي ترغب بها، فيمكنك مطالبتنا بإجراء "استثناء".

عندما نطلب الحصول على استثناء، فعلى طبيبك أو أي واصل دواء آخر شرح الأسباب الطبية لحاجتك إلى استثناء.

وفيما يلي أمثلة للاستثناءات التي يمكنك أو يمكن لطبيبك أو أي معالج آخر طلبها منا لإجراء:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



1. تغطية أدوية الجزء (د) غير المدرجة على قائمة الأدوية المشمولة (قائمة الأدوية).

■ إذا وافقنا على القيام باستثناء وتغطية الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية، فسوف تضطر إلى دفع مبلغ مشاركة التكاليف التي تنطبق على الأدوية في الدرجة الثانية للأدوية ذات العلامة التجارية أو الدرجة الأولى للأدوية غير مسجلة الملكية. لا يمكنك المطالبة بالحصول على استثناء من المشاركة في الدفع أو مبلغ التأمين المشترك الذي نطلب منك دفعه مقابل تكلفة الأدوية.

2. التنازل عن القيود المفروضة على تغطيتنا. ثمة قواعد أو قيود إضافية تنطبق على بعض الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية لدينا (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 5).

■ ومن القواعد والقيود الإضافية اللازمة لتغطية بعض الأدوية:

- « ضرورة استخدام الأدوية غير مسجلة الملكية بدلاً من الأدوية ذات العلامة التجارية.
- « الحصول على موافقة الخطة قبل موافقتنا على تغطية الأدوية من أجلك. (هذا ما يُسمى "بالترخيص المسبق").
- « ضرورة تجربة أدوية مختلفة أولاً قبل موافقتنا على تغطية الأدوية التي نطلبها. (هذا ما يُسمى في بعض الأحيان "بالعلاج المرحلي").
- « حدود الكمية. بالنسبة لبعض الأدوية، فإننا نفرض قيوداً على مقدار الدواء الذي نتناوله.
- « في حال موافقتنا على إجراء استثناء والتنازل عن القيود من أجلك، فما يزال بإمكانك المطالبة باستثناء بقيمة المشاركة في الدفع مقابل الأدوية.

يسمى المصطلح القانوني لطلب إزالة القيود عن التغطية اللازمة للأدوية بـ "استثناء وفقاً لكتيب الوصفات".

القسم 3-6: أمور مهمة لمعرفة كيفية طلب الحصول على استثناءات

يجب أن يخبرنا طبيبك أو أي واصف آخر بالأسباب الطبية

ينبغي أن يقدم إلينا طبيبك أو أي معالج آخر بياناً يشرح فيه الأسباب الطبية لطلب الحصول على استثناء. سيكون قرارنا بشأن الاستثناء أسرع إذا قمت بتضمين هذه المعلومات الواردة من طبيبك أو من أي معالج آخر عندما تطالب بالحصول على الاستثناء.

وتشمل قائمة الأدوية الخاصة بنا عادةً أكثر من دواء واحد لعلاج ذات الحالة. وتسمى هذه الاحتمالات المختلفة بـ "الأدوية البديلة". إذا كان تأثير الدواء البديل فعالاً مثل الأدوية التي تطالب بها، ولن يسبب المزيد من التأثيرات الجانبية أو أي مشاكل صحية أخرى، فلن نوافق بصفة عامة على طلب الحصول على استثناء.

سنجيب بنعم أو لا على طلبك للحصول على استثناء

■ في حال موافقتنا على طلب الاستثناء، فسيستمر الاستثناء عادة حتى نهاية السنة التقويمية. وينطبق هذا الحال إذا ما استمر طبيبك بوصف الدواء لك، مع بقائه آمناً وفعالاً لعلاج مرضك.

■ في حال رفضنا لطلب الاستثناء، فيمكنك طلب مراجعة قرارنا من خلال إجراء استئناف. يبين القسم 6.5 في الصفحة 151 كيفية تقديم استئناف في حال الرفض.

كما يوضح القسم التالي لك كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



القسم 4-6: كيفية المطالبة بقرار التغطية المتعلق بأدوية الجزء (د) أو طلب تسديد ثمن أدوية الجزء (د)، بما في ذلك الاستثناء ما يمكن فعله

ما عليك فعله

- يمكنك المطالبة بنوع قرار التغطية الذي ترغب به. قم بالاتصال بنا أو مراسلتنا أو إرسال فاكس لتقديم طلبك. يمكنك أن تقوم بذلك شخصياً أو أن توكل المهمة إلى طبيبك (أو أي معالج آخر) أو ممثلك. يمكنك الاتصال بنا على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.
- يمكنك المطالبة بقرار التغطية شخصياً، أو أن توكل المهمة إلى طبيبك (أو أي واصلف آخر) أو أي شخص آخر نيابة عنك. يمكن أيضاً لمحاميك التصرف نيابة عنك.
- يمكنك قراءة قسم 4 من صفحة 132 عن كيفية تقديم إذن لشخص آخر للتصرف كمثل.
- ← لست بحاجة لكي تعطي طبيبك أو أي معالج آخر إذن خطي لكي يطلب منا قرار التغطية نيابة عنك.
- إذا رغبت بمطالبتنا برّد قيمة الدواء إليك، فيرجى الاطلاع على الفصل 7 من هذا الدليل. حيث يناقش الفصل 7 الحالات التي نحتاج فيها المطالبة بتسديد المبلغ. كما يعلمك بطريقة إرسال المستندات الورقية التي تطالبنا بدفع حصتنا من قيمة الدواء الذي كنت قد دفعت لقاءه مسبقاً.

- إن كنت تطالب باستثناء، يجدر بك تزويدنا بـ"بيان داعم". على طبيبك أو أي معالج آخر أن يعطينا أسباباً طبية مقابل الاستثناء المتعلق بالدواء. نسمي هذا "البيان الداعم".
- بإمكان طبيبك أو المعالج الآخر أن يرسل لنا البيان الداعم عن طريق الفاكس أو البريد. كما بإمكان طبيبك أو أي معالج آخر بإعلامنا عبر الهاتف قبل إرسال البيان إلينا عبر البريد أو الفاكس.

أطلب منا أن نعطيك "قرار تغطية سريع" إذا كانت صحتك تستدعي ذلك

سنستخدم "المواعيد النهائية القياسية" ما لم نتفق على استخدام "المواعيد النهائية السريعة".

- **قرار التغطية القياسي** يعني أننا سوف نعطيك إجابة خلال 72 ساعة من حصولنا على البيان من طبيبك.
- **ويعني قرار التغطية السريع** أننا سوف نعطيك إجابة خلال 24 ساعة من حصولنا على البيان من طبيبك.
- « يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع فقط إذا كنت تطالب بدواء لم تستلمه بعد. (لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إذا كنت تطلب منا أن نرد لك المال لقاء دواء كنت قد اشتريته بالفعل).

لمحة سريعة: كيفية المطالبة بقرار تغطية حول دواء أو دفعة مالية

قم بالاتصال بنا أو مراسلتنا كتابة أو عن طريق الفاكس أو أطلب من ممثلك أو طبيبك أو أي معالج آخر أن يقوم بذلك. وسوف نعطيك إجابة حول قرار التغطية القياسي في غضون 72 ساعة. سوف نعطيك إجابة بشأن تسديد ثمن أدوية الجزء (د) إليك شخصياً في حال أنك دفعت لقاءها، وذلك في غضون 14 يوماً.

- عند المطالبة باستثناء، أرفق إثباتاً صادراً من طبيبك أو أي معالج آخر.

- يمكن لك أو لطبيبك أو أي معالج آخر التقدّم بطلب قرار سريع. (تصدر القرارات السريعة عادةً في غضون 24 ساعة)

- ← يرجى قراءة هذا الفصل للتأكد من كونك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع! اطلع عليه أيضاً لمزيد من المعلومات حول المهل النهائية لصدور القرار

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



« يمكنك الحصول على قرار التغطية السريع فقط إذا كان اعتماد المواعيد النهائية القياسية قد يعرض صحتك للخطر أو يؤدي قدرتك على العمل.

« إذا قام طبيبك أو معالج آخر بإخبارنا أن صحتك تستدعي "قرار تغطية سريع"، سنوافق تلقائياً على أن نعطيك قراراً سريعاً بالتغطية، وسوف يبلغك الخطاب بذلك.

إذا طلبت قرار تغطية سريع بنفسك (دون دعم من طبيبك أو معالج آخر)، سنقرر فيما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع أم لا.

إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تتوافق مع متطلبات قرار التغطية السريع، فسنعتمد المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. سنرسل لك خطاباً لإعلامك بذلك. وسوف يشرح الخطاب كيفية تقديم شكوى بخصوص قرارنا بإعطائك قراراً قياسيًّا. يمكنك التقدم بـ "شكوى سريعة" وأن تحصل على القرار خلال 24 ساعة. لمزيد من المعلومات حول عملية تقديم الشكاوى بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم 10 في الصفحة 166.

المصطلح القانوني لـ "قرار التغطية السريع" هو "حكم التغطية المعجل".

المهلة الزمنية بخصوص "قرار التغطية السريع"

- إذا كنا نستخدم المهل السريعة، لا بد منا إعطائك إجابتنا خلال 24 ساعة. أي خلال 24 ساعة من استلامنا لطلبك. أو، إذا كنت تطلب استثناء، فذلك سيكون خلال 24 ساعة بعد حصولنا على بيان يدعم طلبك من طبيبك أو المعالج. وسنعطيك إجابتنا في وقت أقرب إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- وإذا لم نلتزم بالمهلة هذه، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف. ستقوم هيئة مراجعة مستقلة في المستوى الثاني بمراجعة طلبك.
- ◀ إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبته أو جميع ما طلبته، سيتعين علينا تقديم التغطية في غضون 24 ساعة من حصولنا على طلبك أو البيان الداعم له من قبل طبيبك أو المعالج.
- ◀ إذا كانت إجابتنا كلا على جزء أو كل ما قمت بطلبه، سوف نعلمك بذلك من خلال إرسال خطاب إليك يشرح سبب رفضنا. كما ستعلمك الرسالة بكيفية تقديم استئناف ضد قرارنا.

المهل النهائية لـ "قرار التغطية القياسي" بخصوص دواء لم تستلمه حتى الآن

- إذا كنا نعتمد المهل القياسية، لا بد لنا إعطائك إجابتنا خلال 72 ساعة من تلقينا طلبك. أو، إذا كنت تطلب استثناء، فذلك سيكون بعد حصولنا على بيان يدعم طلبك من طبيبك أو المعالج. وسنعطيك إجابتنا في وقت أقرب إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- إذا لم نلتزم بالمهلة هذه، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف. ستقوم هيئة مراجعة مستقلة في المستوى الثاني بمراجعة طلبك.
- ◀ إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما تطالب به أو كل ما تطالب به، فعلينا الموافقة أو منحك تغطية خلال 72 ساعة من حصولنا على طلبك، إذا كنت تطلب استثناءً أو بياناً داعماً من طبيبك أو واصف الدواء.
- ◀ إذا كانت إجابتنا كلا على جزء أو كل ما قمت بطلبه، سوف نعلمك بذلك من خلال إرسال خطاب إليك يشرح سبب رفضنا. كما ستعلمك الرسالة بكيفية تقديم استئناف ضد قرارنا.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect

المهل النهائية لـ "قرار التغطية القياسي" بخصوص الدفع لدواء اشتريته بالفعل.

- لا بد لنا من إعلامك بردنا في غضون 14 يوماً من استلام طلبك.
- وإذا لم نلتزم بالمهلة هذه، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف. ستقوم هيئة مراجعة مستقلة في المستوى الثاني بمراجعة طلبك.
- ◀ إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما تطالب به أو كل ما تطالب به، سنقوم بالدفع لك في غضون 14 يوماً.
- ◀ إذا كانت إجابتنا كلا على جزء أو كل ما قمت بطلبه، سوف نعلمك بذلك من خلال إرسال خطاب إليك يشرح سبب رفضنا. كما ستعلمك الرسالة بكيفية تقديم استئناف ضد قرارنا.

القسم 5-6: استئناف من المستوى الأول لأدوية الجزء (د)**لمحة سريعة: كيف يمكنك تقديم استئناف من المستوى الأول**

- يجوز لك أو لطبيبك أو المعالج أو ممثلك أن يقدم الطلب خطياً ويرسله إلينا بالفاكس أو البريد. ويمكنك أيضاً التقدم باستئناف عن طريق الاتصال بنا هاتفياً.
- قدم الاستئناف خلال 60 يوماً من صدور القرار الذي تستأنفه. إذا قوّت المهلة النهائية لسبب وجيه، لا يزال بإمكانك التقدم باستئناف.
- يمكنك أو لطبيبك أو واصف الدواء أو ممثلك الاتصال بنا لطلب استئناف سريع.
- ◀ يرجى قراءة هذا الفصل للتأكد من كونك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع! اطلع عليه أيضاً لمزيد من المعلومات حول المهل النهائية لصدور القرار.

- للبدء بعملية الاستئناف، يجب أن يتم الاتصال بنا، إما من قبلك أو من قبل طبيبك أو أي واصف دواء آخر أو ممثلك.
- إذا كنت تطلب تظلمًا قياسيًّا، يمكنك التقدم بالاستئناف عن طريق إرسال طلب كتابي. كما يمكنك طلب الاستئناف عن طريق الاتصال بنا على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711) من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من أيام الاثنين وحتى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًّا.
- إذا كنت تريد تظلمًا سريعًا، فيمكنك التقدم بتظلمك خطياً أو يجوز لك الاتصال بنا.
- قدّم تظلمك في غضون 60 يوماً تقويمياً من تاريخ الإشعار الذي أرسلناه إليك لإعلامك بقرارنا. في حال قوّت هذه المهلة وكان لديك سبباً وجيه لتقويتها، قد نمحك المزيد من الوقت لتقديم التظلم. على سبيل المثال، من الأسباب الوجيهة لتقويت المهلة النهائية أن تعاني من مرض خطير يمنعك من التواصل معنا أو في حال قدّمنا إليك معلومات خاطئة أو غير كاملة حول موعد المهلة النهائية لتقديم تظلم.

المصطلح القانوني لتقديم استئناف إلى الخطة بخصوص قرار التغطية الخاص بأدوية الجزء (د) هو "إعادة تحديد" الخطة.

- من حقك أن تطالبنا بنسخة من المعلومات عن التظلم الذي قدّمته. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-464-3571 (TTY: 711)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة للمطالبة بالحصول على نسخة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًّا.
- « يمكنك أو لطبيبك أو واصف دواء آخر إعطائنا معلومات إضافية تدعم تظلمك، إذا رغبت في ذلك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًّا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



وإذا كانت صحتك تستدعي ذلك، اطلب إجراء "تظلم سريع"

- إذا كنت تتقدم بتظلم بخصوص قرار خطتنا الذي اتخذناه بشأن دواء لم تستلمه بعد، عليك أنت أو طبيبك أو معالج آخر تقديم قرار عما إذا كنت بحاجة إلى "تظلم سريع" أم لا.
- إن متطلبات الحصول على "استئناف سريع" هي نفس متطلبات الحصول على "قرار تغطية سريع" والتي أشير إليها في قسم 6.4 لهذا الفصل 149.

المصطلح القانوني "للاستئناف السريع" هو إعادة الحكم المعجل."**سوف تقوم خطتنا بمراجعة التظلم وإعطائك قرارنا.**

- سوف نراجع بعناية جميع المعلومات المتضمنة في طلب التغطية الذي تقدمت به. سوف نتأكد فيما إذا كنت تتبع جميع القواعد عندما كانت إجرائياً. قد نتصل بك أو بطبيبك أو بواصف دواء آخر من أجل الحصول على مزيد من المعلومات. وسيكون المراجع شخصاً لم يتخذ قرار التغطية الأصلي.

المهل النهائية بخصوص "الاستئناف السريع"

- إذا كنا نستخدم المهل السريعة، علينا أن نعطيك إجابتنا خلال 72 ساعة بعد حصولنا على طلب الاستئناف، أو في وقت أقرب إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- وإذا لم نمحك إجابة في غضون 72 ساعة، سنرسل طلبك إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف. ستقوم هيئة مراجعة مستقلة في المستوى الثاني بمراجعة طلبك للاستئناف.
- ◀ إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما تطالب به أو كل ما تطالب به، فعلى منحك التغطية خلال 72 ساعة بعد حصولنا على استئنافك.
- ◀ إذا كانت إجابتنا كلا على جزء أو كل ما قمت بطلبه، سوف نعلمك بذلك من خلال إرسال خطاب إليك يشرح سبب إجابتنا بلا.

المهل النهائية بخصوص "الاستئناف القياسي"

- إذا كنا نعتمد المهل القياسية، فيجب أن نعطيك إجابتنا خلال 7 أيام من حصولنا على الاستئناف، أو في وقت أقرب إذا كانت صحتك تستدعي ذلك. وإذا كنت تعتقد أن صحتك تتطلب ذلك، فيجب عليك أن تطلب "تظلماً سريعاً".
- إذا لم نتلزم بمهلة الـ 7 أيام، سنرسل طلبك إلى عملية استئناف المستوى الثاني. ستقوم هيئة مراجعة مستقلة في المستوى الثاني بمراجعة طلبك للاستئناف.
- ◀ إذا كانت إجابتنا بنعم لجزء مما تطالب به أو كل ما تطالب به:
- « في حال موافقتنا على طلب التغطية، يتعين علينا منحك هذه التغطية بسرعة تتناسب ووضعك الصحي؛ بشرط أن يكون ذلك في غضون 7 أيام من استلام استئنافك.
- « إذا وافقتنا على طلبك لرد قيمة دواء اشتريته بالفعل، فسوف نرسل إليك الدفعة خلال 30 يوماً من حصولنا على طلب الاستئناف.
- ◀ إذا كانت إجابتنا بلا لجزء مما تطالب به أو كل ما تطالب به، فسوف نرسل لك خطاباً يشرح سبب الرفض، وسوف يطلعك على كيفية الاستئناف ضد قرارنا.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



القسم 6-6: استئناف المستوى الثاني لأدوية الجزء (د)

إذا كانت إجابتنا بشأن استئنافك هي لا، عندئذٍ يكون لك الخيار بقبول هذا القرار أو الاستمرار في التقدم باستئناف آخر. إذا قررت الانتقال إلى المستوى الثاني من الاستئناف، ستقوم هيئة المراجعة المستقلة (IRE) بمراجعة قرارنا.

لمحة سريعة: كيفية تقديم استئناف من المستوى 2

إذا كنت تريد أن تقوم هيئة المراجعة المستقلة IRE بمراجعة قضيتك، يجب أن يكون طلبك للاستئناف خطياً.

قدم الطلب خلال 60 يوماً من صدور القرار الذي تقدم الاستئناف ضده. إذا قوّت المهلة النهائية لسبب وجيه، لا يزال بإمكانك التقدم باستئناف.

يمكنك أو يمكن لطبيبك أو واصف الدواء أو ممثلك طلب استئناف من المستوى الثاني 2.

يرجى قراءة هذا الفصل للتأكد من كونك مؤهلاً لاتخاذ قرار سريع! اطلع عليه أيضاً لمزيد من المعلومات حول المهل النهائية لصدور القرار.

- في حال أردت أن تقوم هيئة المراجعة المستقلة IRE بمراجعة قضيتك، يجب أن يكون طلبك للاستئناف خطياً. يشرح خطابنا الذي أرسلناه بخصوص قرارنا عن الاستئناف في المستوى الأول كيفية التقدم باستئناف المستوى الثاني.
- عند تقديم طلب استئناف أمام هيئة المراجعة المستقلة IRE، فسوف نرسل لهم ملف قضيتك. اطلب منا نسخة عبر الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.
- يحق لك تزويد هيئة المراجعة المستقلة IRE بمعلومات أخرى تدعم استئنافك.

- إن هيئة المراجعة المستقلة IRE هي مؤسسة مستقلة تعينها Medicare. وليس لها علاقة بهذه الخطة كما أنها ليست وكالة حكومية.
- سوف يقوم مراجعو هيئة المراجعة المستقلة IRE بإلقاء نظرة على جميع المعلومات المرتبطة باستئنافك. سوف ترسل لك الهيئة خطاباً يشرح فيه قرارها.

المصطلح القانوني لتقديم استئناف ضد الخطة بخصوص أدوية الجزء (د) هو "إعادة النظر".

المهل «للاستئناف السريع» على المستوى الثاني

- أطلب من هيئة المراجعة المستقلة (IRE) "استئناف سريع" إذا كانت صحتك تستدعي ذلك.
- إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة (IRE) على منحك "تظلماً سريعاً"، يتعين عليها تزويدك بإجابة على استئنافك في المستوى الثاني خلال 72 ساعة من الحصول على طلب الاستئناف.
- إذا قررت هيئة المراجعة المستقلة IRE الموافقة على بعض أو جميع طلباتك، يجب أن نقر أو نقدم لك دواء التغطية في غضون 24 ساعة من حصولنا على القرار.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



مهل "الاستئناف القياسي" في المستوى الثاني

- إذا كان لديك استئناف قياسي في المستوى الثاني، على هيئة المراجعة المستقلة IRE أن تعطيك إجابة على استئنافك في المستوى الثاني خلال 7 أيام من حصولها على طلبك.
- « إذا قررت هيئة المراجعة المستقلة الموافقة على بعض أو جميع طلباتك، يجب أن نقر أو نقدم لك دواء التغطية في غضون 72 ساعة من حصولنا على القرار.
- « إذا وافقت هيئة المراجعة المستقلة IRE على طلب رد قيمة دواء اشتريته بالفعل، فسوف نرسل إليك الدفعة خلال 30 يوماً من استلامنا القرار.

ماذا لو كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة IRE بالفرض بخصوص استئنافك في المستوى الثاني؟

الإجابة بـ لا معناها أن هيئة المراجعة المستقلة IRE تتفق مع قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. وهذا ما يُسمى بـ "التمسك بالقرار". كما يطلق عليه أيضاً "رفض استئنافك".

إذا أردت الارتقاء إلى المستوى الثالث 3 من عملية الاستئناف، فلا بد لثمن الأدوية من بلوغ قيمة دنيا تقاس بالدولار. إذا كانت القيمة النقدية بالدولار أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك المضي قدماً في عملية الاستئناف. إما إذا كانت القيمة النقدية مستوفية للحد الأدنى، فيمكنك أن تطلب تظلماً من المستوى الثالث 3. سيُبلغك الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة IRE بالمبلغ اللازم بالدولار للاستمرار في عملية الاستئناف.

القسم 7: طلب تغطية للبقاء في المستشفى مدة أطول

عند دخولك إلى المستشفى، لديك حق الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها باعتبارها ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

وأثناء بقاءك في المستشفى تحت التغطية، سوف يعمل معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد للخروج من المستشفى. وسوف يساعدونك أيضاً لترتيب أي رعاية قد تحتاجها بعد مغادرة المستشفى.

- واليوم الذي تغادر فيه المستشفى يسمى "تاريخ الخروج من المستشفى".
- سوف يخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى بتاريخ خروجك من المستشفى.

إذا اعتقدت أنه طُلب منك مغادرة المستشفى قبل الأوان، فيمكنك أن تطلب البقاء في المستشفى لمدة أطول. سيعلمك هذا القسم عن كيفية طلب ذلك.

القسم 7-1: اعرف حقوقك لدى Medicare

خلال يومين من دخولك المستشفى، سوف يقوم العامل المسؤول عن الحالة أو الممرض بإخطارك إخطاراً يسمى رسالة مهمة من Medicare عن حقوقك. إذا لم تحصل على هذا الإشعار، اطلبه من أي موظف في المستشفى. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. كما يمكنك الاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

اقرأ هذا الإشعار بتمعن واطرح الأسئلة إذا لم تفهم أمر ما. وستخبرك الرسالة المهمة بحقوقك بصفحتك مريضاً في المستشفى، بما في ذلك:

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- **حقك في الحصول على خدمات تغطيتها Medicare** أثناء وبعد بقائك في المستشفى. من حقك أن تعرف ما هي هذه الخدمات ومن الذي سوف يدفع مقابلها وأين يمكنك الحصول عليها.
 - من حقك أن تشارك في أي قرارات تتعلق بمدى بقائك في المستشفى.
 - **حقك في معرفة أين تقوم بالإبلاغ عن مخاوفك** بخصوص جودة الرعاية التي تتلقاها في المستشفى.
 - **حقك في التقدم باستئناف** إذا كنت تعتقد أنه تم إخراجك من المستشفى قبل الأوان.
 - **ينبغي عليك توقيع إخطار Medicare** لتبين أنك استلمته وفهمت حقوقك. إن توقيعك على الإخطار لا يعني أنك موافق على تاريخ الخروج الذي أبلغت به من قبل طبيبك أو من قبل طاقم المستشفى.
- احتفظ بنسخة من الإخطار الموقع بحيث تكون معك المعلومات المتضمنة فيه إذا احتجت إليها.

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. يمكنك الاتصال بـ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يكون الاتصال مجاناً.

يمكنك أيضاً رؤية الإشعار عبر الإنترنت، على الموقع: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>.

← إذا احتجت للمساعدة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو Medicare على الأرقام الواردة في الأعلى.

القسم 2-7: استئناف المستوى الأول لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى

إذا كنت تريد منا تغطية الخدمات المقدمة لك كمريض مقيم لوقت أطول، عليك طلب استئناف. ستقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة استئناف المستوى الأول لمعرفة ما إذا كان تاريخ خروجك من المستشفى المخطط له مناسباً طبيياً أم لا. ويطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta في كاليفورنيا

لتقديم استئناف لتغيير تاريخ خروجك، اتصل بـ Livanta: (TTY: 1-855-887-6668) 1-877-588-1123.

اتصل الآن!

اتصل بمنظمة تحسين الجودة **قبل** مغادرتك المستشفى وفي موعد لا يتجاوز تاريخ الخروج المخطط له. تتضمن الرسالة المهمة من Medicare عن حقوقك معلومات حول كيفية الوصول إلى منظمة تحسين الجودة.

لمحة سريعة: استئناف المستوى الثاني لتغيير موعد خروجك من المستشفى

قم بالاتصال بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) واطلب إجراء "مراجعة سريعة".

اتصل قبل أن تغادر المستشفى وقبل حلول تاريخ الخروج المخطط له.

- إذا اتصلت قبل مغادرتك المستشفى، سوف يُسمح لك بالبقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له دون الدفع مقابل ذلك أثناء الانتظار للحصول على قرار الاستئناف الخاص بك من منظمة تحسين الجودة.
- إذا لم تتصل للحصول على استئناف، وقررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المخطط له، قد يتعين عليك دفع كافة تكاليف الرعاية التي حصلت عليها بعد تاريخ الخروج المخطط له.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- ◀ إذا لم تتمكن من الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة حسب المهل المحددة بخصوص استئنافك، فيمكنك بدلاً من هذا أن تقوم بتوجيه دعوى الاستئناف إلينا مباشرة. لمزيد من التفاصيل، راجع القسم 7.4 في الصفحة 158.
 - ◀ وفي حال لم تتقبل منظمة تحسين الجودة طلبك لمواصلة الإقامة في المستشفى، فقد تتمكن حينها من طلب مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC). يرجى مراجعة القسم 5.4 في الصفحة 141 لمعرفة كيف تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) إجراء مراجعة طبية مستقلة.
- نود التأكد من أنك تدرك ما الذي ينبغي فعله وما هي المهل الزمنية.

- اطلب المساعدة إن احتجت إليها. إذا كانت لديك استفسارات أو كنت تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من أيام الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. يمكنك أيضاً الاتصال بمسؤول برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222. أو يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

ما هي منظمة تحسين الجودة؟

تتكون هذه المجموعة من أطباء ومتخصصين آخرين في الرعاية الصحية مم يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. ولا يتبع هؤلاء الخبراء خطتنا. حيث يتلقون أجورهم من قبل برنامج Medicare مقابل مراقبة جودة الرعاية والمساعدة في تحسينها للأفراد التابعين لبرنامج Medicare.

اطلب إجراء "مراجعة سريعة"

يجب عليك أن تطلب من منظمة تحسين الجودة إجراء "مراجعة سريعة" لخروجك من المستشفى. ويعني طلب "مراجعة سريعة" أنك تطلب من المنظمة اعتماد المهل السريعة لغاية الاستئناف، بدلاً من اعتماد المواعيد القياسية.

المصطلح القانوني المقابل لتعبير "المراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية".

ماذا يحدث أثناء المراجعة السريعة؟

- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بسؤالك أو من يمثلك عن السبب في اعتقادك بضرورة استمرار التغطية بعد التاريخ المخطط له للخروج من المستشفى. لست مضطراً لتجهيز أي شيء خطياً، بيد أنه يمكنك فعل ذلك إذا أردت.
- وسوف يقوم المراجعون بإلقاء نظرة على سجلك الطبي، والتحدث مع طبيبك، ومراجعة جميع المعلومات المتعلقة بفترة بقائك في المستشفى.
- بحلول ظهر اليوم التالي لإعلامنا عن استئنافك من قبل المراجعين، سوف تستلم خطاباً يوضح التاريخ المخطط لخروجك من المستشفى. ويوضح الخطاب الأسباب التي جعلنا وطبيبك والمستشفى أيضاً نعتقد أنه من المناسب أن يتم خروجك من المستشفى في ذلك اليوم.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

المصطلح القانوني لهذا التوضيح الخطي يسمى **"بيان مفصل للخروج من المستشفى"**. للحصول على عينة منه، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. كما يمكنك الاتصال على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الاطلاع على عينة من الإشعار على الإنترنت، على الموقع: <http://https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices.html>

ماذا إذا كانت الإجابة بنعم؟

- إذا وافقت مراجعة المنظمة على الاستئناف، يجب علينا الاستمرار في تغطية خدمات رعايتك في المستشفى طالما أنها ضرورية طبياً.

ماذا إذا كانت الإجابة بلا؟

- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة الاستئناف، يعني ذلك أنهم يقررون بأن الموعد المخطط لخروجك من المستشفى مناسب طبيياً. إذا حدث ذلك، سنتتهي تغطيتنا لخدمات المرضى الداخليين عند ظهر اليوم التالي لاستلامك قرار منظمة تحسين الجودة.
- إذا كان رد منظمة تحسين الجودة بالرفض، وقررت البقاء في المستشفى، فيتعين عليك عندها دفع تكلفة الرعاية التي تتلقاها في المستشفى. وقد تضطر إلى دفع تكاليف بقائك في المستشفى ابتداءً من ظهر اليوم التالي لتلقيك قرار منظمة تحسين الجودة.
- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك مع بقائك في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له؛ فيمكنك عندئذ تقديم استئناف المستوى الثاني.

القسم 3-7: المستوى الثاني من الاستئناف لتغيير موعد خروجك من المستشفى

إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك مع بقائك في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له؛ فيمكنك عندئذ تقديم استئناف المستوى الثاني. عليك التواصل مع منظمة تحسين الجودة مرة أخرى، وطلب مراجعة أخرى.

قم بطلب مراجعة من المستوى الثاني خلال 60 يوماً تقويمياً بعد اليوم الذي كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة IRE بالرفض بخصوص استئنافك في المستوى الأول. يمكنك فقط طلب هذه المراجعة إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية التي تتطلبها حالتك.

ويطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta في كاليفورنيا. يمكنك الاتصال بـ Livanta على الرقم: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668).

- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على جميع المعلومات المرتبطة بالاستئناف الذي قدمته.
- سوف يقوم مراجعو مؤسسة تحسين الجودة باتخاذ القرار في غضون 14 يوماً تقويمياً من تلقي طلبك لإجراء مراجعة ثانية.

لمحة سريعة: استئناف المستوى الثاني لتغيير موعد خروجك من المستشفى

قم بالاتصال بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) واطلب مراجعة ثانية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect

ماذا يحدث إذا كانت الإجابة بنعم؟

- سيتعين علينا أن نرد إليك حصتنا من تكلفة الرعاية التي تلقيتها منذ ظهر اليوم الذي يلي تاريخ القرار الخاص باستئنافك الأول. ويجب علينا الاستمرار في توفير التغطية لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى، طالما أنها ضرورية طبيياً بالنسبة لك.
- ويجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف، مع تطبيق حدود التغطية.

ماذا يحدث إذا كانت الإجابة لا؟

- يعني ذلك أن مؤسسة تحسين الجودة تتفق مع قرار المستوى الأول، ولن تقوم بتغييره. سوف يعلمك الخطاب الذي تتلقاه عما يمكنك القيام به إذا أردت الاستمرار في عملية الاستئناف.
- وإذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى الثاني، فقد تضطر إلى دفع كامل التكلفة لقاء بقاءك في المستشفى بعد التاريخ المخطط لخروجك منه.
- وقد تتمكن كذلك من طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC لتواصل البقاء في المستشفى. يرجى مراجعة القسم 5.4 في الصفحة 141 لمعرفة كيف تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) إجراء مراجعة طبية مستقلة.

القسم 4-7: ماذا يحدث إذا فاتني الموعد النهائي للاستئناف؟

إذا فاتك موعد الاستئناف، فهناك طريقة أخرى لإجراء استئناف المستوى الأول والثاني والتي تُسمى بالاستئنافات البديلة. إلا أن المستويين الأوليين من الاستئناف مختلفان عن بعضهما.

الاستئناف البديل من المستوى الأول لتغيير تاريخ الخروج من المستشفى

إذا فاتك مهلة التواصل مع منظمة تحسين الجودة، يمكنك تقديم استئناف تطلب فيه "مراجعة سريعة". تعد المراجعة السريعة استئنافاً يستخدم المهل السريعة بدلاً من المهل القياسية.

- أثناء هذه المراجعة، سوف ندرس جميع المعلومات المتعلقة ببقائك بالمستشفى. سوف نتأكد من إذا كان قرار مغادرتك المستشفى عادلاً ويتبع جميع القواعد أم لا.
 - سوف نستخدم المهل السريعة بدلاً من المهل القياسية بخصوص تزويدك بإجابة عن هذه المراجعة. مما يعني أننا سوف نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلبك إجراء "المراجعة السريعة".
 - إذا كانت إجابتنا نعم بخصوص المراجعة السريعة، فهذا يعني أننا موافقون على أنك ما زلت بحاجة إلى البقاء في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد. سوف نستمر بتغطية خدمات المستشفى طالما أنها مطلوبة طبيياً.
- كما يعني ذلك أننا موافقون على أن نرد لك قيمة حصتنا في تكاليف العناية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي ذكرنا فيه أن التغطية الخاصة بك ستنتهي.

لمحة سريعة: كيفية تقديم استئناف بديل من المستوى الأول

اتصل برقم خدمات الأعضاء

من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. تقدّم بطلب "مراجعة سريعة" لتاريخ خروجك من المستشفى.

سوف نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- إذا كانت إجابتنا بلا على المراجعة السريعة، فيعني هذا إقرارنا بأن تاريخ الخروج المحدد مناسب لحالتك الطبية. وستنتهي تغطيتنا للخدمات المقدمة لك كمريض داخلي في التاريخ الذي نعلمك فيه أن التغطية سوف تنتهي.
- « إذا بقيت في المستشفى بعد التاريخ المخطط لخروجك، ففي هذه الحالة قد يكون لزاماً عليك أن تدفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تلقيتها في المستشفى بعد التاريخ المخطط لخروجك.
- ← للتأكد من أننا كنا نتبع جميع القواعد عند رفضنا للاستئناف السريع، فسوف نرسل دعواك إلى هيئة المراجعة المستقلة IRE. عندما نقوم بذلك، فهذا يعني أن حالتك سوف تنتقل تلقائياً إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف.

المصطلح القانوني "للمراجعة السريعة" أو "الاستئناف السريع" هو "الاستئناف المستعجل".

المستوى الثاني من الاستئناف البديل لتغيير موعد خروجك من المستشفى

سوف نرسل معلومات من أجل المستوى الثاني من الاستئناف إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) في غضون 24 ساعة اعتباراً من وقت إعطائك قرارنا من المستوى الأول. إذا كنت تعتقد بأننا لا نفي بهذه المهل، يمكنك تقديم شكوى. يطلعك القسم 10 في الصفحة 166 على كيفية تقديم شكوى.

تقوم هيئة المراجعة المستقلة IRE خلال استئناف المستوى الثاني بمراجعة القرار الذي اتخذناه بالرفض على "المراجعة السريعة". تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه أم لا.

لمحة سريعة: كيفية تقديم استئناف بديل من المستوى الثاني

لست مضطراً للقيام بأي شيء. سوف ترسل الخطة استئنافك تلقائياً إلى هيئة المراجعة المستقلة IRE.

- تقوم هيئة المراجعة المستقلة IRE "بمراجعة مستقلة" للاستئناف الذي قدمته. وسوف يقوم المراجعون بإعطائك إجابة في خلال 72 ساعة.
- إن هيئة المراجعة المستقلة IRE هي مؤسسة مستقلة تعينها Medicare. ولا علاقة لهذه المنظمة بخطتك كما أنها ليست وكالة حكومية.

- سوف يقوم مراجعو هيئة المراجعة المستقلة IRE بإلقاء نظرة على جميع المعلومات المرتبطة باستئنافك المتعلق بخروجك من المستشفى.
- وإذا أجابت هيئة المراجعة المستقلة IRE بنعم على استئنافك، ففي هذه الحالة يجب علينا أن نرد لك مقابل حصتنا من تكاليف رعاية المستشفى التي تلقيتها منذ التاريخ المخطط لخروجك. يجب علينا أيضاً الاستمرار في تغطية الخدمات المقدمة لك في المستشفى طالما أنها ضرورية طبياً.
- وإذا أجابت هيئة المراجعة المستقلة IRE بلا على استئنافك، فهذا يعني أنهم متفقون معنا أن التاريخ المخطط لخروجك من المستشفى مناسب من الناحية الصحية.
- سوف يطلعك الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة IRE على ما يجب فعله إذا رغبت في الاستمرار في عملية المراجعة. حيث سيوفر لك تفاصيل حول كيفية مواصلة استئناف المستوى الثالث، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ.
- وقد تتمكن كذلك من طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC لتواصل البقاء في المستشفى. يرجى مراجعة القسم 5.4 في الصفحة 141 لمعرفة كيف تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) إجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك المطالبة بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو عوضاً عن استئناف المستوى الثالث.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



القسم 8: ما عليك فعله إذا كنت تعتقد أن العناية الصحية المنزلية، أو رعاية التمريض الماهرة، أو المرفق الشامل لإعادة تأهيل المرضى في العيادات الخارجية (CORF) ستنتهي قبل أوانها

يتحدث هذا القسم عن الأنواع التالية من الرعاية فقط:

- الرعاية الصحية المنزلية.
 - الرعاية التمريضية الماهرة في مرفق العناية التمريضية الماهرة.
 - تعد رعاية إعادة التأهيل التي تتلقاها كمريض خارجي في المرفق الشامل لإعادة تأهيل المرضى الخارجيين (CORF) معتمدة من قبل Medicare. و يعني هذا عادةً أنك تحصل على العلاج لمرض ما أو حادثه ما أو أنك تتعافى من جراحة رئيسية.
 - ← وبأي من أنواع الرعاية الثلاثة هذه، يحق لك الاستمرار بتلقي الخدمات المغطاة طالما أن الأطباء يقولون أنك بحاجة إليها.
 - ← عندما نقرر إيقاف تغطية أي من هذه الأنواع من الرعاية، يجب علينا إخبارك قبل إنهاء الخدمات. عندما تنتهي التغطية الخاصة بك لتلك الرعاية، سنتوقف عن الدفع مقابل الرعاية المقدمة لك.
- إذا اعتقدت أننا ننهي تغطية رعايتك قبل الأوان، فيمكنك تقديم استئناف ضد قرارنا. ويطلعك هذا القسم على كيفية تقديم طلب استئناف.

القسم 8-1: سوف نخبرك مسبقاً عن موعد انتهاء التغطية الخاصة بك

- سنتلقى إشعاراً قبل يومين من توقف تحملنا تكاليف رعايتك. وهذا ما يسمى إشعار عدم تغطية Medicare.
 - سيُبلغك الإخطار الخطي بالتاريخ الذي سوف نتوقف فيه عن تغطية الرعاية التي تتلقاها.
 - وسيشرح الإخطار الخطي لك كيفية تقديم استئناف ضد هذا القرار.
- وينبغي عليك أو على ممثلك التوقيع على الإخطار الخطي لكي يبين أنك حصلت عليه. ولا يعني التوقيع عليه أنك موافق على قرار الخطة بإيقاف الرعاية التي تتلقاها.
- عندما تنتهي التغطية الخاصة بك، سنتوقف عن الدفع.

القسم 8-2: استئناف المستوى الأول لمواصلة تلقي رعايتك

إذا اعتقدت أننا ننهي تغطية رعايتك قبل الأوان، فيمكنك تقديم استئناف ضد قرارنا. ويطلعك هذا القسم على كيفية تقديم طلب استئناف. نود التأكيد من أنك تدرك ما الذي ينبغي فعله وما هي المهل الزمنية المحددة قبل البدء بطلب الاستئناف.

- **الوفاء بالمهل** تعتبر المهلة أمراً مهماً. تأكد أنك تفهم وتتبع المهل التي تنطبق على الإجراءات التي عليك فعلها. وهناك أيضاً مهل يجب على خطتنا اتباعها. (إذا كنت تعتقد بأننا لا نفي بهذه المهلة أو هذه المهل، يمكنك تقديم شكوى. يطلعك القسم 10 في الصفحة 166 على كيفية تقديم شكوى.)

- **اطلب المساعدة إن احتجت إليها.** إذا كانت لديك استفسارات أو كنت تحتاج إلى مساعدة في أي وقت، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571 من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من أيام الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. أو اتصل ببرنامج State Health Insurance Assistance على الرقم (213) 383-4519، في ولاية لوس أنجلوس: 1-800-824-0780 داخل ولاية لوس أنجلوس (213) 251-7920 TTY.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



لمحة سريعة: كيف يمكنك تقديم استئناف المستوى الأول من أجل مطالبة الخطة بالاستمرار في رعايتك

قم بالاتصال بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) واطلب "استئناف المسار السريع".

اتصل قبل أن تغادر الوكالة أو المرفق الذي يوفر لك الرعاية وقبل التاريخ المخطط لخروجك.

خلال استئناف المستوى الأول، سوف تقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة استئنافك لتتخذ قراراً عما إذا كان من الضروري تغيير القرار الذي اتخذناه أم لا. ويطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta في كاليفورنيا. يمكنك الاتصال بـ Livanta على الرقم: (1-855-887-6668) (TTY: 1-877-588-1123). كما تتوفر المعلومات حول الاستئناف إلى منظمة تحسين الجودة في إشعار عدم التغطية الصادر من Medicare. وهذا هو الإشعار الذي قد تلقينته لإعلامك بتوقف تغطيتنا لرعايتك.

ما هي منظمة تحسين الجودة؟

تتكون هذه المجموعة من أطباء ومتخصصين آخرين في الرعاية الصحية مم يتلقون أجورهم من الحكومة الفيدرالية. ولا يتبع هؤلاء الخبراء خططنا. حيث يتلقون أجورهم من قبل برنامج Medicare مقابل مراقبة جودة الرعاية والمساعدة في تحسينها للأفراد التابعين لبرنامج Medicare.

ما الذي عليك المطالبة به؟

اطلب منهم إجراء "استئناف المسار السريع". اطلب منهم القيام بمراجعة مستقلة عما إذا كان قرارنا لإنهاء تغطية خدماتك مناسباً طبيياً أم لا.

ما هي مهلتك للاتصال بهذه المنظمة؟

- يجب عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة في موعد لا يتجاوز ظهر اليوم التالي لحصولك على إخطار خطي يُبلغك بالموعد الذي سوف نتوقف فيه عن تغطية الرعاية المقدمة لك.
- إذا لم تتمكن من الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة حسب المهل المحددة بخصوص استئنافك، فيمكنك بدلاً من هذا أن تقوم بتوجيه دعوى الاستئناف إلينا مباشرة. ولمزيد من التفاصيل المتعلقة بهذه الطريقة الأخرى لتقديم استئنافك، راجع القسم 8.4 في الصفحة 163.
- وفي حال عدم تقبل منظمة تحسين الجودة طلبك لمواصلة تغطية خدمات رعايتك الصحية، فقد تتمكن من طلب الحصول على مراجعة طبية مستقلة من إدارة الرعاية الصحية المدارة في كاليفورنيا (DMHC). يرجى مراجعة القسم 5.4 في الصفحة 141 لمعرفة كيف تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة بـ كاليفورنيا (DMHC) إجراء مراجعة طبية مستقلة.

المصطلح القانوني للإخطار الخطي هو "إخطار Medicare بخصوص عدم التغطية." حاول الحصول على عينة من خدمات الأعضاء عبر الاتصال على الرقم (711) (TTY: 1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسيعاود فريقنا الاتصال بك خلال يوم العمل التالي أو (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) على مدار 24 ساعة متواصلة لـ 7 أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. أو يمكنك الإطلاع على نسخة عبر الإنترنت، على الموقع <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/MAEDNotices.html>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (711) (TTY: 1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



ماذا يحدث أثناء مراجعة منظمة تحسين الجودة؟

- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بسؤالك أو من يملك عن سبب اعتقادك بضرورة مواصلة الخدمات. لست مضطراً لتجهيز أي شيء خطياً، بيد أنه يمكنك فعل ذلك إذا أردت.
- عندما تطلب تظلمًا، يجب على الخطة أن توجه إليك خطاباً تشرح فيه سبب إنهاء خدماتك.
- سوف يقوم المراجعون بإلقاء نظرة على سجلك الطبي، والتحدث مع طبيبك، ومراجعة جميع المعلومات التي أعطيت لهم والمتعلقة بخطتنا.
- وبعد يوم كامل من حصول المراجعين على جميع المعلومات التي يحتاجونها، سوف يخبرونك بقرارهم. سوف تحصل على خطاب يشرح القرار.

المصطلح القانوني للخطاب الذي يشرح سبب توقف الخدمات المقدمة لك هو "شرح تفصيلي بعدم التغطية".**ماذا يحدث إذا كانت إجابة المراجعين بنعم؟**

- إذا كان جواب المراجعين بقبول استئنافك، يجب علينا في هذه الحالة الاستمرار في توفيرك بالخدمات المغطاة في التغطية طالما أنها مطلوبة طبيًا.

ماذا يحدث إذا كانت إجابة المراجعين بالرفض؟

- في حالة رفض المراجعين لاستئنافك، سوف تنتهي التغطية الخاصة بك في التاريخ الذي أعلمناك عنه. وسوف نتوقف عن دفع حصتنا من تكاليف هذه الرعاية.
- وإذا قررت الحصول على رعاية صحية بالمنزل أو رعاية في مرفق ترميز ماهر أو مرفق شامل لإعادة تأهيل المرضى الخارجيين (CORF) بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك، ففي هذه الحالة سوف تضطر إلى دفع التكاليف الكاملة لهذه الرعاية بنفسك.

القسم 3-8: استئناف المستوى الثاني لمواصلة تلقي رعايتك

إذا كانت إجابة منظمة تحسين الصحة بلاعلى استئنافك واخترت الاستمرار في الحصول على الرعاية بعد انتهاء التغطية فيمكنك التقدم باستئناف من المستوى الثاني.

لمحة سريعة: كيف يمكنك تقديم استئناف المستوى الثاني 2 لطلب استمرار الخطة بتغطية رعايتك لفترة أطول

قم بالاتصال بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك على الرقم 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668) واطلب مراجعة ثانية.

اتصل قبل أن تغادر الوكالة أو المرفق الذي يوفر لك الرعاية وقبل التاريخ المخطط لخروجك.

أثناء المرحلة الثانية 2 من الاستئناف، يمكنك أن تطلب من منظمة تحسين الجودة أن تدرس مرة أخرى القرار الذي اتخذته في المستوى الأول. إذا أعلنت المؤسسة موافقتها على قرار المستوى الأول، فقد يكون لزاماً عليك أن تدفع التكاليف كاملة مقابل الرعاية الصحية في منزل أو الرعاية في مرفق ترميز ماهر أو خدمات مرفق شامل لإعادة تأهيل المرضى الخارجيين (CORF) بعد التاريخ الذي حددناه لانتهاء تغطية خدماتك.

ويطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta في كاليفورنيا. يمكنك الاتصال بـ Livanta على الرقم: 1-877-588-1123 (TTY: 1-855-887-6668). قم بطلب مراجعة من المستوى الثاني خلال 60 يوماً تقويمياً بعد اليوم الذي رفضت فيه منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى الأول. بإمكانك طلب المراجعة فقط إذا واصلت الحصول على الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطية رعايتك.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود للاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- سوف يقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بالقاء نظرة أخرى على جميع المعلومات المرتبطة باستئنافك.
- وسوف تقوم مؤسسة تحسين الجودة باتخاذ قرارها خلال 14 يوماً من تلقي طلب استئنافك.

ماذا يحدث لو أن منظمة المراجعة أجابت بنعم؟

- يجب علينا أن نعيد إليك ما يغطي حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ تاريخ إنهاءنا للتغطية الخاصة بك. علينا الاستمرار في توفير التغطية طالما أنها ضرورية طبياً.

ماذا يحدث لو أن منظمة المراجعة أجابت بلا؟

- هذا معناه أنهم موافقون على قرارنا الذي اتخذناه بشأن استئناف المستوى الأول ولن يطراً عليه تغيير.
- سيُبين لك الخطاب الذي سوف تستلمه ما عليك فعله إذا رغبت في الاستمرار في عملية المراجعة. حيث سيوفر لك تفاصيل حول كيفية مواصلة استئناف المستوى الثالث، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ.
- وقد تتمكن كذلك من طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من قبل إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC لتواصل تغطية خدمات رعايتك الصحية. يرجى مراجعة القسم 5.4 في الصفحة 141 لمعرفة كيف تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) إجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك المطالبة بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو عوضاً عن استئناف المستوى الثالث.

القسم 4-8: ماذا لو قوت المهلة لتقديم استئنافك من المستوى الأول؟

إذا فاتتك مهلة الاستئناف، فهناك طريقة أخرى لإجراء استئناف المستوى الأول والثاني والتي تُسمى بالاستئنافات البديلة. إلا أن المستويين الأوليين من الاستئناف مختلفان عن بعضهما.

تقديم استئناف بديل من المستوى الأول لاستمرار تلقي الرعاية لفترة أطول

إذا فاتتك مهلة الاتصال بمنظمة تحسين الجودة، يمكنك تقديم استئناف إلينا، تطلب فيه "مراجعة سريعة". تعد المراجعة السريعة استئنافاً يستخدم المهل السريعة بدلاً من المهل القياسية.

- أثناء هذه المراجعة، سوف ندرس جميع المعلومات المتعلقة بخدمات الرعاية المنزلية ومرافق التمريض الماهرة أو الرعاية التي تتلقاها من المرافق الشاملة لإعادة تأهيل المرضى الخارجيين (CORF). سوف نتأكد فيما إذا كان تاريخ وقف خدماتك عادلاً ويتبع جميع القواعد أم لا.
- سوف نستخدم المهل السريعة بدلاً من المهل القياسية بخصوص تزويدك بإجابة عن هذه المراجعة. وسوف نقدم لك قرارنا في غضون 72 ساعة من طلبك إجراء "المراجعة السريعة".

- إذا كانت إجابتنا نعم بخصوص المراجعة السريعة، فهذا معناه أننا موافقون على الاستمرار بتغطية خدماتك طالما أنها ضرورية طبياً. كما يعني ذلك أننا موافقون على أن نرد لك قيمة حصتنا في تكاليف العناية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي ذكرنا فيه أن التغطية الخاصة بك ستنتهي.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



- **إذا كانت إجابتنا بلا على مراجعتك السريعة، فإننا نقر بأن إيقاف خدماتك وتنتهي تغطيتنا اعتباراً من اليوم الذي حددناه** « إذا استمررت في الحصول على الخدمات بعد اليوم الذي أعلننا فيه توقفها، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لقاء الخدمات.
- ◀ للتأكد من أننا كنا نتبع جميع القواعد عندما قلنا لا على استئنافك السريع، فسوف نرسل استئنافك إلى "هيئة المراجعة المستقلة IRE". عندما نقوم بذلك، فهذا يعني أن حالتك سوف تنتقل تلقائياً إلى المستوى الثاني من عملية الاستئناف.

المصطلح القانوني "للمراجعة السريعة" أو "الاستئناف السريع" هو "الاستئناف المستعجل".

الاستئناف البديل من المستوى الثاني للاستئناف بتلقي رعايتك لفترة أطول

سوف نرسل معلومات من أجل المستوى الثاني من الاستئناف إلى هيئة المراجعة المستقلة (IRE) في غضون 24 ساعة اعتباراً من وقت إعطائك قرارنا من المستوى الأول. إذا كنت تعتقد بأننا لا نفي بهذه المهل، يمكنك تقديم شكوى. يطلعك القسم 10 في الصفحة 166 على كيفية تقديم شكوى.

تقوم هيئة المراجعة المستقلة IRE خلال استئناف المستوى الثاني بمراجعة القرار الذي اتخذناه بالرفض على "المراجعة السريعة". تقرر هذه المؤسسة ما إذا كان يجب تغيير القرار الذي اتخذناه أم لا.

لمحة سريعة: كيفية تقديم استئناف بديل من المستوى الثاني 2 للاستئناف بتلقي رعايتك لفترة أطول

لست مضطراً للقيام بأي شيء. سوف ترسل الخطة استئنافك تلقائياً إلى هيئة المراجعة المستقلة IRE.

- تقوم هيئة المراجعة المستقلة IRE "بمراجعة مستقلة" للاستئناف الذي قدمته. وسوف يقوم المراجعون بإعطائك إجابة في خلال 72 ساعة.

- إن هيئة المراجعة المستقلة IRE هي مؤسسة مستقلة تعينها Medicare، ولا علاقة لهذه المنظمة بخطتنا، كما أنها ليست وكالة حكومية.

- سوف يقوم مراجعو هيئة المراجعة المستقلة IRE بإلقاء نظرة على جميع المعلومات المرتبطة باستئنافك.

- إذا كانت إجابة هيئة المراجعة المستقلة IRE بنعم على استئنافك، يجب علينا حينها رد المبلغ لك مقابل حصتنا من تكاليف الرعاية. يجب علينا أيضاً الاستمرار في تغطية الخدمات المقدمة لك طالما أنها ضرورية طبياً.

- وإذا أجابت هذه هيئة المراجعة المستقلة IRE بلا على استئنافك، فهذا معناه أنهم متفقون معنا على أن توقف تغطية الخدمات كان أمراً مناسباً طبياً.

سوف يطلعك الخطاب الذي سوف تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة IRE على ما يجب فعله إذا رغبت في الاستمرار في عملية المراجعة. حيث سيوفر لك تفاصيل حول كيفية مواصلة استئناف المستوى الثالث، والذي يتم التعامل معه من قبل قاضٍ.

وقد تتمكن كذلك من طلب إجراء مراجعة طبية مستقلة من قبل إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC لتواصل تغطية خدمات رعايتك الصحية. يرجى مراجعة القسم 5.4 في الصفحة 141 لمعرفة كيف تطلب من إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) إجراء مراجعة طبية مستقلة. يمكنك المطالبة بإجراء مراجعة طبية مستقلة بالإضافة إلى أو عوضاً عن استئناف المستوى الثالث.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



القسم 9: نقل استئنافك إلى ما بعد المستوى الثاني

القسم 9-1: الخطوات التالية لخدمات وأصناف Medicare

إذا قمت بتقديم استئناف من المستوى الأول والمستوى الثاني بخصوص الخدمات أو الأصناف التي تقدمها Medicare وتم رفض كلا الاستئنافين، لك الحق بمستويات إضافية من الاستئناف. وسيعلمك الخطاب الذي تتلقاه من هيئة المراجعة المستقلة IRE بما يمكنك فعله إذا رغبت الاستمرار في عملية الاستئناف.

يتمثل المستوى الثالث لعملية الاستئناف بعقد جلسة استماع لقاضي المحكمة الإدارية (ALJ). وإذا أردت من قاضي المحكمة الإدارية القيام بمراجعة حالتك أو مراجعة الصنف الطبي أو الخدمة الطبية التي تطلبها، فعلى القيمة النقدية لما تطلبه استيفاء الحد الأدنى بقيمة الدولار. إذا كانت القيمة النقدية أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك مواصلة الاستئناف. إذا كانت القيمة النقدية مستوفية للحد الأدنى، فيمكنك أن تطلب جلسة استماع للقاضي الإداري بخصوص استئنافك.

إذا لم توافق على قرار قاضي المحكمة الإدارية، يمكنك التوجه إلى مجلس الاستئنافات في Medicare. بعد ذلك، يحق لك المطالبة بمراجعة قضيتك من قبل محكمة فيدرالية.

في حال احتجت إلى مساعدة فيما يخص عمليات الاستئناف، يرجى التواصل مع برنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

القسم 9-2: الخطوات التالية لخدمات وأصناف Medi-Cal

يوجد لديك المزيد من حقوق الاستئناف إذا كان استئنافك بخصوص الخدمات أو الأصناف التي قد تتم تغطيتها بواسطة Medi-Cal. وإذا لم توافق على القرار الصادر من جلسة الاستماع الحكومية وتريد أن يقوم قاض آخر بالمراجعة، فيجوز لك طلب إعادة الاستماع و/أو المطالبة بمراجعة قضائية.

ولطلب إجراء جلسة إعادة استماع، قم بإرسال طلب (خطاب) بالبريد إلى:

The Rehearing Unit
744 P Street, MS 19-37
Sacramento, CA 95814

لا بد من إرسال هذا الخطاب في غضون 30 يوماً من تلقي قرارك. يمكن تمديد المهلة النهائية حتى 180 يوماً في حال وجود سبب وجيه لتأخرك عن الموعد الأصلي.

ولدى طلبك إجراء جلسة إعادة الاستماع، اذكر التاريخ الذي استلمت فيه القرار الذي يخصك وسبب وجوب منحك جلسة إعادة استماع. إذا أردت تقديم براهين إضافية، قم بوصف البرهان الإضافي وشرح سبب عدم تقديمه من قبل ومدى تأثيره على القرار. يحق لك الاتصال بالخدمات القانونية من أجل المساعدة.

ولطلب إجراء المراجعة القضائية، يجب عليك تقديم عريضة إلى المحكمة العليا (تحت قانون الإجراءات المدنية القسم 1094.5) وذلك خلال سنة واحدة بعد استلام القرار الذي يخصك. قدم العريضة في المحكمة العليا في المقاطعة المذكور اسمها في القرار الذي يخصك. يمكنك تقديم هذه العريضة دون طلب إعادة الاستماع. لن تكون هناك رسوم مقابل تقديم الطلب. وقد تكون مدينًا برسوم محاماة معقولة وتكاليف معقولة إذا أصدرت المحكمة قراراً نهائياً لصالحك.

وإذا تم عقد جلسة إعادة الاستماع ولم توافق على القرار الصادر من جلسة إعادة الاستماع، فيجوز لك أن تطلب مراجعة قضائية ولكن لا يمكنك طلب إعادة استماع أخرى.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571،

من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



القسم 10: كيفية تقديم شكوى

ما هي أنواع المشاكل التي يجب تقديم شكوى بخصوصها؟

يتم استخدام عملية 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 الشكوى بالتعامل معها.

لمحة سريعة: كيفية تقديم شكوى

يمكنك تقديم شكوى داخلية بالتعاون مع خطتنا و/أو تقديم شكوى خارجية بالتعاون مع منظمة منفصلة تماماً عن خطتنا.

اتصل بخدمات الأعضاء أو أرسل إلينا خطاباً لتقديم شكوى داخلية.

هنالك منظمات متنوعة قد تتعامل مع الشكاوى الخارجية. لمزيد من المعلومات، راجع القسم 10.2 في الصفحة 168.

شكاوى بخصوص الجودة

- إذا كنت غير راضٍ بجودة الرعاية، كذلك التي تلقيتها في المستشفى.

شكاوى بخصوص الخصوصية

- إذا كنت تعتقد أن هناك شخصاً ما لا يحترم حقك بالخصوصية أو قام بمشاركة معلوماتك السرية.

شكاوى بخصوص خدمات العملاء السيئة

- إذا كانت تصرفات مقدم الخدمة أو الموظفين فظة ولا تتسم بالاحترام تجاهك.
- عاملك موظفو Health Net Cal MediConnect بطريقة سيئة.
- إذا كنت تعتقد أنه تم استبعادك من الخطة.

شكاوى بخصوص إمكانية الوصول

- لا يمكنك الوصول جسدياً لخدمات الرعاية والمرافق في مكتب الطبيب أو مقدم الخدمة.
- في حال لم يمنحك مقدم الخدمة ما تحتاجه من الخدمات والمرافق مثل مترجم لغة الإشارة الأمريكية.

شكاوى بخصوص أوقات الانتظار

- تواجه مشكلة في الحصول على موعد أو عليك الانتظار فترة طويلة لتحصل عليه.
- تم تركك تنتظر لمدة طويلة جداً من قبل الأطباء أو الصيادلة أو أخصائيي الصحة الآخرين أو من قبل خدمات الأعضاء أو موظفي الخطة الآخرين.

شكاوى بخصوص النظافة

- تعتقد أن العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب لا تتمتع بالنظافة.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



شكاوى بخصوص الإتاحة اللغوية

- لم يوفر لك طبيبك أو مقدم الخدمة مترجماً أثناء موعدك.

شكاوى بخصوص عمليات التواصل من جانبنا

- تعتقد أننا أهملنا إعطائك إشعاراً أو خطاباً كان ينبغي استلامه.
- تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك صعبة الفهم للغاية.

شكاوى بخصوص التزامنا بمواعيد إجراء اتنا المتعلقة بقرارات التغطية

- تعتقد أننا لا نلتزم بالمهل التي تخصصك لاتخاذ قرار تغطية
- تعتقد أنه وبعد الحصول على قرار تغطية أو قرار استئناف لصالحك، فإننا لا نستوفي المهل للموافقة أو لتقديم الخدمة لك أو لإعادة المال إليك مقابل بعض الخدمات الطبية المعينة.
- تعتقد أننا لم نقم بإحالة حالتك إلى هيئة المراجعة المستقلة IRE في الوقت المناسب.

المصطلح القانوني لـ "الشكوى" هو "التظلم".**المصطلح القانوني لـ "التقدم بشكوى" هو "تقديم دعوى تظلم".****هل هناك أنواع مختلفة من الشكاوى؟**

نعم. يمكنك تقديم شكوى داخلية أو خارجية. تقدم الشكاوى الداخلية ويتم مراجعتها من قبل خطتنا. تقدم الشكاوى الداخلية وتتم مراجعتها بالتعاون مع منظمة غير مرتبطة بخطتنا. في حال حاجتك للمساعدة في تقديم شكوى داخلية أو خارجية، يمكنك الاتصال ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077.

القسم 1-10: شكوى داخلية

لتقديم شكوى داخلية، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. يمكنك تقديم الشكاوى في أي وقت، ما لم تكن متعلقة بأدوية الجزء (د). ينبغي تقديم الشكاوى المتعلقة بالجزء (د) في غضون 60 يوماً تقويمياً 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 أيضاً كتابة شكاوك وإرسالها إلينا. إذا كنت سترسل شكاوك عن طريق الكتابة إلينا، فسوف نرد عليك أيضاً خطأً.

يتعين علينا إعلامك بقرارنا بخصوص شكاوك بأسرع وقت ممكن وحسب ما تتطلبه قضيتك واعتماداً على حالتك الصحية، ولكن في موعد لا يتجاوز فترة 30 يوماً من تاريخ استلام شكاوك. ولم نتوصل إلى قرار خلال 30 يوم، فسوف نخطرك كتابةً ونقدم لك تحديث بالحالة والوقت المقدر للحصول على إجابة. لغاية 14 يوماً لا غير. في حالات معينة، لديك الحق في طلب إجراء مراجعة سريعة لشكاوك. ويدعى هذا بإجراء "شكاوى سريعة". يحق لك إجراء مراجعة سريعة لشكاوك إذا كنت لا تتفق مع قرارنا في الحالات التالية:

- رفضنا إجراء مراجعة سريعة لطلب يخص رعاية طبية أو أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare.
- رفضنا طلبك لإجراء مراجعة سريعة لاستئناف يخصص رفض خدمة أو أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



قرارنا بحاجتنا إلى وقت إضافي لمراجعة طلبك بخصوص رعاية طبية.

قرارنا بحاجتنا إلى وقت إضافي لمراجعة استئنافك بخصوص رفض تقديم رعاية طبية.

إذا كانت لديك مشكلة عاجلة تتعلق بخطر مباشر على صحتك.

- ينبغي تقديم الشكاوى المتعلقة بالجزء (د) من Medicare في غضون 60 يوماً بعد مواجهتك للمشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها. ينبغي تقديم جميع أنواع الشكاوى الأخرى بالتعاون معنا أو مع مقدم الخدمة في غضون 180 يوماً من تاريخ الحادثة أو القرار الذي أزعجك.
- إذا لم تتمكن من حل شكاوك في يوم العمل التالي، سنرسل لك رسالة في غضون 5 أيام من استلام شكاوك لإعلامك باستلامها. وإذا قدمت شكوى بسبب رفضنا لطلبك إجراء "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع"، سنقدم لك تلقائياً "شكوى سريعة" مع الاستجابة لشكاوك خلال 24 ساعة. إذا كانت لديك مشكلة عاجلة تنطوي على خطر مباشر يهدد صحتك، تستطيع طلب "شكوى سريعة" وسوف نستجيب لطلبك خلال 72 ساعة.

المصطلح القانوني لـ "شكوى سريعة" هو "استئناف معجل".

وسنرد عليك على الفور إن أمكن. إذا اتصلت بنا لإعلامنا بشكوى، فقد نتمكن من الإجابة أثناء المكالمات نفسها. إذا استدعت حالتك الصحية الإجابة بسرعة، سنقوم بذلك.

- يتم الإجابة على معظم الشكاوى في غضون 30 يوماً. لم نتوصل إلى قرار خلال 30 يوم بسبب حاجتنا إلى المزيد من المعلومات، فسوف نخطر كتاباً ونقدم لك تحديث بالحالة والوقت المقدر للحصول على إجابة.
- وإذا قدمت شكوى بسبب رفضنا لطلبك إجراء "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع"، سنقدم لك تلقائياً "شكوى سريعة" مع الاستجابة لشكاوك خلال 24 ساعة.
- وإذا كانت شكاوك متعلقة باستغراقنا مدة أطول من اللازم لاتخاذ قرار التغطية أو الاستئناف، سنعمل تلقائياً على إجراء "شكوى سريعة" مع الاستجابة لشكاوك خلال 24 ساعة.

إذا لم نوافق على بعض ما جاء في شكاوك أو لم نوافق عليها بأكملها، فسوف نخبرك بذلك مع شرح الأسباب خلف ذلك. سوف نقوم بالرد فيما إذا كنا موافقين على ما جاء في شكاوك أم لا.

القسم 2-10: شكاوى خارجية

يمكنك إبلاغ Medicare بشكاوك

كما يمكنك أيضاً إرسال الشكاوى إلى Medicare. يتوفر نموذج الشكاوى الخاص بـ Medicare على الموقع: <https://www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx>.

تتعامل Medicare مع شكاوك على محمل الجدية وتستخدم هذه المعلومات من أجل تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك تعليقات أو مخاوف أخرى، أو إذا كنت تشعر أن الخطة لا تعالج مشكلتك، يرجى الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي هاتف TTY/TDD الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يكون الاتصال مجاناً.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



يمكنك إبلاغ Medi-Cal بشكواك

ويعمل برنامج Cal MediConnect Ombuds أيضاً على حل المشاكل انطلافاً من موقف حيادي للتأكد من أن أعضائنا يتلقون جميع الخدمات المغطاة التي علينا تقديمها. لا يتصل برنامج Cal MediConnect Ombuds بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة رعاية صحية. رقم هاتف برنامج Cal MediConnect Ombuds هو 1-855-501-3077. هذه الخدمات مجانية.

يمكنك إبلاغ إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا بشأن شكواك

يتولى إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا (DMHC) مسؤولية تنظيم خطط الرعاية الصحية. حيث يمكنك الاتصال بمركز مساعدة إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC للحصول على مساعدة بالشكاوي المتعلقة بخدمات Medi-Cal. يمكنك الاتصال بإدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC عند حاجتك للمساعدة في شكوى تنطوي على حالة طارئة، أو إذا كنت لا تتفق مع قرار Health Net Cal MediConnect بشأن شكواك، أو لم تقم Health Net Cal MediConnect بحل شكواك رغم مرور 30 يوماً على تقديمها. توجد طريقتان للحصول على المساعدة من مركز المساعدة:

- اتصل على 1-888-HMO-2219. بإمكان الأفراد الصم أو الذين يعانون من صعوبات في السمع أو النطق استخدام رقم TDD المجاني، 1-877-688-9891. يكون الاتصال مجانياً.
- قم بزيارة الموقع الإلكتروني (<http://www.hmohelp.ca.gov>). الخاص بإدارة الرعاية الصحية المدارة.

يمكنك إيداع الشكاوى في مكتب الحقوق المدنية

وإذا اعتقدت أنه لم تتم معاملتك بطريقة عادلة، قم بتقديم شكوى إلى إدارة مكتب الصحة والخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم شكوى بخصوص تسهيلات الوصول للعاجزين أو المساعدة اللغوية. رقم الهاتف التابع لمكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. وينبغي على مستخدمي هاتف TDD الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. ويمكنك كذلك زيارة موقعنا <http://www.hhs.gov/ocr/office> لمزيد من المعلومات.

يمكنك التواصل مع المسؤول المحلي في مكتب الحقوق المدنية على:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
90 7th Street, Suite 4-100
San Francisco, CA 94103
Phone Number 1-800-368-1019
FAX 1-202-619-3818
TDD 1-800-537-7697

كما أنك تتمتع ببعض الحقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي العجز وقانون الحقوق المدنية لعدم التمييز. كما يمكنك التواصل مع Cal MediConnect Ombuds لطلب المساعدة. رقم الهاتف هو 1-855-501-3077.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



يمكنك تقديم شكوى بمساعدة منظمة تحسين الجودة

إذا كانت شكواك بخصوص جودة الرعاية، أمامك خياران أيضاً:

- يمكنك التقدم بشكواك بخصوص جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة مباشرة (دون تقديم شكوى إلينا)، إذا كنت تفضل ذلك.
- أو يمكنك التقدم بشكواك إلينا وأيضاً إلى منظمة تحسين الجودة. وإذا تقدمت بالشكوى إلى هذه المنظمة، فسوف نعمل معهم لحل شكواك.

تتكون منظمة تحسين الجودة من مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء آخرين في مجال الرعاية الصحية ممن يتلقون أجراً من الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية المقدمة إلى مرضى Medicare.

ويطلق على مؤسسة تحسين الجودة اسم Livanta في كاليفورنيا. رقم هاتف منظمة تحسين الجودة هو **1-877-588-1123** و**(TTY: 1-855-887-6668)**.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا

جدول المحتويات

172.....	المقدمة
172.....	A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect؟
172.....	B. كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا؟
173.....	C. كيف يمكنك الالتحاق بخطة Cal MediConnect أخرى؟
173.....	D. إذا غادرت خطتنا ولا تريد الاشتراك بخطة مختلفة تتبع Cal MediConnect، فكيف يمكنك الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal؟
173.....	كيف تحصل على خدمات Medicare
175.....	كيف تحصل على خدمات Medi-Cal
175.....	E. حتى يتم إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، فسوف تستمر في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا
176.....	F. تنتهي عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا في حالات معينة
177.....	G. لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا Cal MediConnect لأي سبب يتعلق بصحتك
177.....	H. لديك الحق بتقديم شكوى في حال أنهينا عضويتك في خطتنا
177.....	I. أين يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات بخصوص إنهاء عضويتك في الخطة؟

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



المقدمة

يشرح لك هذا الفصل الطرق التي يمكنك من خلالها إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا وخياراتك للتغطية الصحية بعد تركك للخطة. في حال إنهائك لاشتراكك في خطتنا، ستبقى في برنامجي Medicare و Medi-Cal طوال الفترة المسموح بها.

A. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect؟

يمكنك إنهاء عضويتك في Health Net Cal MediConnect في أي وقت. سوف تنتهي عضويتك في نهاية اليوم الأخير من الشهر الذي حصلنا فيه على طلبك بتغيير خطتك. على سبيل المثال، إذا حصلنا على طلبك يوم 18 يناير، فإن تغطيتك لدى خطتنا سوف تنتهي في 31 يناير. وسوف تبدأ التغطية الجديدة الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر التالي.

عندما تقوم بإنهاء عضويتك في خطتنا، فسوف تكون مسجلاً في خطة رعاية طبية مدارة من اختيارك من Medi-Cal.

لتلقي خدمات Medi-Cal المقدمة لك، ما لم تقم باختيار خطة أخرى تابعة لـ Cal MediConnect أو. يمكنك أيضاً اختيار خياراتك للتسجيل في Medicare عندما تنتهي عضويتك في خطتنا.

← للحصول على معلومات تتعلق بخيارات Medicare عند انفصالك عن خطة Cal MediConnect، انظر الجدول في الصفحة 174.

← للحصول على معلومات تتعلق بخيارات Medi-Cal عند انفصالك عن خطة Cal MediConnect، انظر الصفحة رقم 175.

هذه هي الطرق التي يمكنك من الحصول على مزيد من المعلومات حول إنهاء عضويتك:

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م. وينبغي على مستخدم خط التواصل النصي للصم والبكم TTY/TDD الاتصال بالرقم 1-800-430-7077.
- يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) على الرقم 800-434-0222 من الاثنين إلى الأربعاء، وذلك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. للمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) المحلي، يرجى زيارة موقع <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- اتصل ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 ص وحتى 5:00 م. وعلى مستخدم خطوط TTY الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.
- يمكنك الاتصال بـ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدم هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

B. كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا؟

إذا قررت إنهاء عضويتك، قم بإبلاغ Medi-Cal أو Medicare أنك ترغب ترك برنامج Health Net Cal MediConnect:

- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م. كما يمكن لمستخدم خط التواصل النصي للصم والبكم TTY/TDD الاتصال على الرقم 1-800-430-7077؛ أو

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



- يمكنك الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي هاتف TTY (الأشخاص الذين يعانون من الصمم أو صعوبات السمع أو النطق) الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. عندما تتصل بـ 1-800-MEDICARE، يمكنك التسجيل كذلك في خطة رعاية صحية أو دوائية أخرى تابعة لـ Medicare. يوجد المزيد من المعلومات حول الحصول على خدمات Medicare لدى مغادرتك خطتنا في المخطط في الصفحة 175.

C. كيف يمكنك الالتحاق بخطة Cal MediConnect أخرى؟

إذا كنت تريد الاحتفاظ بالمزايا التي تحصل عليها من Medicare و Medi-Cal معاً من خطة واحدة، يمكنك الانضمام إلى خطة Cal MediConnect أخرى.

وللتسجيل في خطة Cal MediConnect أخرى:

- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م. كما يمكن لمستخدمي خط التواصل النصي للصم والبكم (TTY/TDD) الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. أبلغهم برغبتك لمغادرة Health Net Cal MediConnect والانضمام إلى خطة Cal MediConnect مختلفة. إذا كنت غير متأكد ما هي الخطة التي تريد الانضمام إليها، يمكنهم إخبارك عن خطط أخرى في منطقتك.

وسوف تنتهي التغطية الخاصة بك لدى Health Net Cal MediConnect في آخر يوم من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك.

D. إذا غادرت خطتنا ولا تريد الاشتراك بخطة مختلفة تتبع Cal MediConnect، فكيف يمكنك الحصول على خدمات Medicare و Medi-Cal؟

إذا كنت لا تريد التسجيل في خطة Cal MediConnect مختلفة بعد مغادرتك Health Net Cal MediConnect، فستحصل على خدمات Medicare و Medi-Cal بطريقة منفصلة.

كيف تحصل على خدمات Medicare

ستحظى بخيار حول كيفية حصولك على مزايا Medicare.

ويوجد لديك ثلاث خيارات للحصول على خدمات Medicare. وباختيار إحدى هذه الخيارات، ستقوم تلقائياً بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



<p>إليك ما يجب فعله:</p> <p>يمكنك الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048 للتسجيل في الخطة الصحية الجديدة التي تشمل خدمات Medicare فقط.</p> <p>للاستفسارات المتعلقة ببرامج الرعاية الشاملة لكبار السن، يمكنك الاتصال بالرقم (7223) 1-855-921-PACE.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، وذلك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) المحلي، يرجى زيارة موقع http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>سيتم إنهاء تسجيلك تلقائياً من قبل برنامج Health Net Cal MediConnect عند بدء تغطية خطتك الجديدة.</p>	<p>1. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة رعاية صحية تابعة لـ Medicare، (خطة Medicare Advantage) أو يمكنك الاشتراك ببرامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE) في حال تلبيةك لمتطلبات الاستحقاق وتواجدك ضمن حدود منطقة الخدمة.</p>
<p>إليك ما يجب فعله:</p> <p>يمكنك الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، وذلك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) المحلي، يرجى زيارة موقع http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>سيتم إنهاء تسجيلك تلقائياً من قبل برنامج Health Net Cal MediConnect عند بدء تغطية Medicare Original.</p>	<p>2. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية تابعة لـ Medicare</p>

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. **للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة**

www.healthnet.com/calmediconnect



<p>إليك ما يجب فعله:</p> <p>يمكنك الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وبنبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو إلى المزيد من المعلومات:</p> <ul style="list-style-type: none"> يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، وذلك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) المحلي، يرجى زيارة موقع http://www.aging.ca.gov/HICAP/. <p>سيتم إنهاء تسجيلك تلقائياً من قبل برنامج Health Net Cal MediConnect عند بدء تغطية Original Medicare.</p>	<p>3. يمكنك التغيير إلى:</p> <p>خطة Original Medicare دون خطة Medicare المنفصلة الخاصة بالأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية</p> <p>ملاحظة: إذا قمت بالتحويل إلى خطة Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة Medicare المنفصلة الخاصة بالأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية، قد تقوم Medicare بتسجيلك في خطة الأدوية، إلا إذا أبلغت Medicare بعدم رغبتك في الانضمام.</p> <p>ينبغي لك إيقاف تغطية الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية إذا كنت تحصل على تغطية للأدوية من صاحب العمل أو النقابة أو أي مصدر آخر. للاستفسار حول حاجتك إلى تغطية الأدوية، يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي في كاليفورنيا (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، وذلك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) المحلي، يرجى زيارة موقع http://www.aging.ca.gov/HICAP/.</p>
---	---

كيف تحصل على خدمات Medi-Cal

عندما تقوم بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، فسوف تلتحق في خطة الرعاية الطبية المدارة من Medi-Cal من اختيارك كما وتشتمل خدمات Medi-Cal على معظم الخدمات طويلة الأمد، إضافة إلى الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد والرعاية الصحية السلوكية.

عندما تطلب إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، ينبغي عليك أن تُعلم قسم خيارات الرعاية الصحية ما هي خطة Medi-Cal للرعاية المدارة التي ترغب بالانضمام إليها.

- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م. كما يمكن لمستخدمي خط التواصل النصي للصم والبكم (TTY/TDD) الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. أخبرهم بأنك تريد مغادرة Health Net Cal MediConnect والانضمام إلى خطة Medi-Cal للرعاية المدارة 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 كتيب أعضاء جديد، ودليل مقدمي الخدمات والصيديات جديد لتغطية Medi-Cal.

E. حتى يتم إنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، فسوف تستمر في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا

إذا تركت Health Net Cal MediConnect، قد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل انتهاء عضويتك لتبدأ التغطية الجديدة الخاصة بك من خلال Medicare وMedi-Cal. لمزيد من المعلومات، انظر الصفحة 173. أثناء هذه الفترة الزمنية، فسوف تستمر في تلقي الرعاية الصحية والأدوية من خلال خطتنا.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



عليك استخدام صيدليات شبكتنا للحصول على الأدوية التي تحتاج إلى وصفة. تكون أدويةك التي يتم وصفها مشمولة عادةً فقط إذا حصلت عليها من صيدلية تتبع الشبكة بما في ذلك خدماتنا الصيدلانية لطلب الأدوية عبر البريد.

إذا كنت مقيماً في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، فإن تكلفة بقائك عادة ما تتم تغطيتها عن طريق Cal MediConnect حتى خروجك من المستشفى. سوف يحدث هذا حتى لو كانت التغطية الجديدة لصحتك تبدأ قبل خروجك من المستشفى.

F. تنتهي عضويتك في خطة Cal MediConnect الخاصة بنا في حالات معينة

وفيما يلي الحالات التي يجب على Health Net Cal MediConnect إنهاء عضويتك في الخطة:

- إذا كان هناك انقطاع في التغطية الخاصة بك للجزأين (أ) و (ب) في Medicare.
- إذا لم تعد مؤهلاً لـ Medi-Cal. فخطتنا هي للناس المؤهلين لكل من Medicare و Medi-Cal. وسوف تقوم ولاية كاليفورنيا أو Medicare باستبعادك من خطة Health Net Cal MediConnect وسوف تعود إلى خطة Original Medicare. إذا كنت تتلقى مساعدة إضافية لدفع ثمن الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية من الجزء (د) التابع لخطة Medicare، فستحرص CMS على تسجيلك تلقائياً في خطة Medicare الخاصة بالأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية. وإذا تأهلت مرة أخرى في وقت لاحق 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 8:00 صباحاً إلى 5:00 مساءً. وينبغي على مستخدمي خط التواصل النصي للسمع والبصم TTY/TDD الاتصال بالرقم 1-800-430-7077. أخبرهم برغبتك بمعاودة الانضمام إلى Health Net Cal MediConnect.
- إذا انتقلت إلى خارج منطقة الخدمة التابعة لنا.
- إذا كنت بعيداً عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر.
- « إذا كنت مسافراً أو في رحلة طويلة، عليك الاتصال بخدمات الأعضاء من أجل التأكد من وقوع المكان الذي تسافر أو تنتقل إليه داخل حدود منطقة خدماتنا.
- إذا أدخلت السجن بسبب جرم ما.
- إذا صرحت ببيانات كاذبة أو امتنعت عن تقديم معلومات عن تأمين آخر حصلت عليه من أجل الأدوية التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.
- إن لم تكن من مواطني الولايات المتحدة أو كنت مقيماً بصورة غير قانونية في الولايات المتحدة.

يجب أن تكون من مواطني الولايات المتحدة أو مقيماً بصورة شرعية في الولايات المتحدة لتتمكن من الانضمام إلى خطتنا. ستحرص مراكز خدمات Medicare و Medicaid على إعلامنا بعدم أهليتك للعضوية في خطتنا، استناداً على هذه المعلومات. يتعين علينا إنهاء اشتراكك في خطتنا في حال عدم تلبيةك لهذا المتطلب.

إذا لم تعد مؤهلاً لـ Medi-Cal أو تغيرت ظروفك بحيث لم تعد مؤهلاً لـ Cal MediConnect، يمكنك مواصلة تلقي مزاياك من Health Net Cal MediConnect لمدة شهرين إضافيين. وسوف تتيح لك هذه المدة الإضافية تصحيح معلومات الاستحقاق إذا اعتقدت بأنك ما زلت مؤهلاً. وستتلقى رسالة منا بخصوص التغيير الحاصل في وضعية الاستحقاق مع توجيهات تساعدك على تصحيح معلومات أهليتك.

- ولكي تبقى عضواً في Health Net Cal MediConnect، لا بد من تأهلك مجدداً في اليوم الأخير من مدة الشهرين المذكورة.
- وفي حال لم تستعد أهليتك في نهاية مدة الشهرين، سيتم إلغاء تسجيلك من Health Net Cal MediConnect.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmedicconnect



وقد نستبعدك من خطتنا وفقاً للأسباب التالية فقط إذا حصلنا أولاً على تصريح من Medicare و Medi-Cal:

- إذا تعددت إعطاءنا معلومات غير صحيحة عند تسجيل اشتراكك في خطتنا مع كون هذه المعلومات تؤثر على استحقاقك لخطتنا.
 - إذا تصرفت باستمرار بطريقة مربكة تصعب علينا تقديم الرعاية الصحية لك وللأعضاء الآخرين في الخطة.
 - إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة الهوية التي تخصك من أجل الحصول على الرعاية الصحية.
- « إذا أنهينا عضويتك استناداً إلى هذا السبب، فيجوز لـ Medicare أن تطلب من المفتش العام التحقيق في حالتك.

G. لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا Cal MediConnect لأي سبب يتعلق بصحتك

إذا شعرت بأنه يتم مطالبتك بترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على مدار 24 ساعة يومياً، لسبعة أيام في الأسبوع.

- اتصل كذلك ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077. من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 ص وحتى 5:00 م. وعلى مستخدمي خطوط TTY الاتصال على الرقم 1-855-847-7914.

H. لديك الحق بتقديم شكوى في حال أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطة Cal MediConnect، يجب علينا إبلاغك خطأً بالأسباب التي استندنا إليها عند قيامنا بذلك. ويجب علينا أيضاً أن نشرح لك كيفية التقدم بشكوى ضد قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضاً الرجوع إلى الفصل رقم 9 من أجل الحصول على معلومات عن كيفية التقدم بشكوى.

I. أين يمكنك الحصول على المزيد من المعلومات بخصوص إنهاء عضويتك في الخطة؟

إذا كانت لديك استفسارات أو ترغب بالمزيد من المعلومات عن كيفية إنهاء عضويتك، يمكنك:

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلة نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.
- اتصل بخيارات الرعاية الصحية على الرقم 1-844-580-7272، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 ص وحتى 5:00 م. كما يمكن لمستخدمي خط التواصل النصي للصم والبكم (TTY/TDD) الاتصال على الرقم 1-800-430-7077.
- يمكنك الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222 من الاثنين إلى الجمعة، وذلك من الساعة 8:00 ص إلى 5:00 م. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP) المحلي، يرجى زيارة موقع <http://www.aging.ca.gov/HICAP/>.
- اتصل ببرنامج Cal MediConnect Ombuds على الرقم 1-855-501-3077 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 9:00 ص وحتى 5:00 م. وعلى مستخدمي خطوط TTY الاتصال على الرقم 1-855-847-7914. (TTY: 1-855-847-7914).
- يمكنك الاتصال بـ (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة يومياً، سبعة أيام في الأسبوع. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



الفصل 11: الإشعارات القانونية

جدول المحتويات

179	A. إشعار بخصوص القوانين
179	B. إشعار بخصوص عدم التمييز
180	C. إشعار حول Medicare بصفتها الدافع الثاني وMedi-Cal بصفتها آخر من يتم اللجوء إليه للدفع
180	D. بيان الإجراءات
180	E. مسؤولية الطرف الثالث (TPL)
180	F. المتعاقدون المستقلون
180	G. الاحتيال بخصوص خطة الرعاية الصحية
181	H. الظروف الخارجة عن سيطرة Health Net
181	I. إشعار ممارسات الخصوصية

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



A. إشعار بخصوص القوانين

تتطلب العديد من القوانين على دليل الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم تكن القوانين مشمولة أو مشروحة في هذا الكتيب. وتكون القوانين الرئيسية التي تنطبق على هذا الدليل قوانين فيدرالية بخصوص برامج Medicare و Medi-Cal. قد تنطبق أيضاً قوانين أخرى للولاية أو قوانين فيدرالية.

B. إشعار بخصوص عدم التمييز

لا بد لكل شركة أو وكالة تعمل مع Medicare و Medi-Cal اتباع القانون. لا يجوز معاملتك بشكل مختلف بناءً على عمرك أو التجارب السابقة مع المطالبات أو اللون أو العقيدة أو الأصل العرقي أو إثبات قابلية التأمين أو الهوية الجنسية أو المعلومات الجينية أو الموقع الجغرافي أو الوضع الصحي أو التاريخ الطبي أو العجز العقلي أو البدني أو الأصل القومي أو العرق أو الديانة أو الجنس. وإذا اعتقدت أنه لم تتم معاملتك بطريقة عادلة لأي من هذه الأسباب، اتصل بإدارة الصحة والحقوق المدنية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. وينبغي على مستخدمي هاتف TTY الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك زيارة موقعنا على <http://www.hhs.gov/ocr>.

لا بد لكل شركة أو وكالة تعمل مع Medicare و Medi-Cal اتباع القانون. لا يجوز معاملتك بشكل مختلف بناءً على عمرك أو التجارب السابقة مع المطالبات أو اللون أو العقيدة أو الأصل العرقي أو إثبات قابلية التأمين أو الهوية الجنسية أو المعلومات الجينية أو الموقع الجغرافي أو الوضع الصحي أو التاريخ الطبي أو العجز العقلي أو البدني أو الأصل القومي أو العرق أو الديانة أو الجنس.

:Health Net Cal MediConnect

توفر مساعدات وخدمات مجانية لأشخاص يعانون من الإعاقات للتواصل بفعالية معنا، مثل مترجمي لغة إشارة مؤهلين ومعلومات خطية بتنسيقات أخرى (حروف طباعة كبيرة، تنسيقات إلكترونية يسهل الحصول عليها، وغيرها من التنسيقات).

توفر خدمات لغوية مجانية لأشخاص لا يجيدون التحدث باللغة الإنجليزية، مثل مترجمين فوريين مؤهلين ومعلومات خطية في لغات أخرى.

مركز التواصل مع العملاء على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً.

في حال ظننت أن Health Net Cal MediConnect عاجزة عن تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بوسيلة أخرى على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو العمر أو العجز أو الجنس، يمكنك تقديم استئناف بالاتصال على الرقم الموجود أعلاه وإخبارهم عن حاجتك إلى المساعدة في تقديم الاستئناف؛ يسعى مركز التواصل مع العملاء في Health Net Cal MediConnect لمساعدتك.

ويمكنك كذلك تقديم شكوى حقوق مدنية في قسم الخدمات الإنسانية والصحية، مكتب الحقوق المدنية، تلقائياً من خلال مكتب بوابة شكوى الحقوق المدنية، وتتوفر على الموقع <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> أو عبر البريد أو الهاتف على:

U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509F,
HHH Building, Washington, DC 20201, 1-800-368-1019, (TDD: 1-800-537-7697)

تتوفر استمارة الشكوى على الموقع الإلكتروني <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



C. إشعار حول Medicare بصفتها الدافع الثاني وMedi-Cal بصفتها آخر من يتم اللجوء إليه للدفع

وقد تضطر جهة أخرى في بعض الأحيان إلى الدفع أولاً مقابل الخدمات التي نوفرها لك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة، أو إذا تعرضت لإصابة في العمل، فإن من يدفع أولاً هو التأمين أو الجهة المسؤولة عن تعويض العمال.

ولدينا الحق والمسؤولية في التحصيل مقابل خدمات Medicare المشمولة في التغطية عندما تكون Medicare ليست الدافع الأول.

يمثل برنامج Cal MediConnect لقوانين الولاية والقوانين والإجراءات الفيدرالية المتعلقة بالمسؤولية القانونية تجاه الغير بخصوص خدمات الرعاية الصحية المقدمة إلى المستفيدين. سوف نتخذ جميع الإجراءات المناسبة للتأكد من أن برنامج Medi-Cal هو آخر من يتم اللجوء إليه من أجل الدفع.

D. بيان الإجراءات

يجب علينا استخدام نموذج إشعار الخطة (NOA) لكي نخبرك برفض المزاي أو إنهاؤها أو التأخير فيها أو تعديلها. إذا كنت لا تتفق مع قرارنا، يمكنك التقدم باستئناف بشأن خطتنا. بالنسبة لخدمات Medi-Cal، يمكنك في نفس الوقت طلب جلسة استماع حكومية. قد تضطر للتقدم باستئناف لدى خطتنا قبل أن تطلب مراجعة طبية مستقلة (IMR)، إلا في بعض الحالات. لن تضطر إلى الدفع مقابل أي من هذه الإجراءات.

E. مسؤولية الطرف الثالث (TPL)

لن تتحمل Health Net أي مسؤولية لتغطية قيمة الخدمات المغطاة المقدمة إلى أي عضو، إذا كانت هذه التغطية ناتجة عن المسؤولية التصيرية لأي طرف ثالث أو الإصابات التابعة للتأمين ضد الخسارة الناتجة عن ضرر، بما فيها جوائز مراكز تعويضات العمال وتغطية السيارات غير المؤمنة. إلا أن Health Net سيعلم DHCS بالحالات المحتملة، مع مساعدة DHCS على استعادة حقوق الولاية في إعادة تسديد هذه المستردات. يتوجب على الأعضاء مساعدة Health Net و DHCS في هذا الخصوص.

F. المتعاقدون المستقلون

تعد العلاقة بين Health Net وكل مقدم خدمة مشارك علاقة متعاقد مستقل. إن مقدمي الخدمة المشاركين هم ليسوا موظفين أو وكلاء لمؤسسة Health Net، كما لا تعد Health Net أو أي من موظفيها تابعين أو وكلاء لأي مقدم خدمة مشارك. لن تكون Health Net بأي حالٍ من الأحوال مسؤولة عن الإهمال أو التصرف الخاطئ أو الإغفال الصادر عن أي مشارك أو مقدم خدمات الرعاية الصحية. إن الأطباء المشاركين، وليس Health Net، هم الذين يحرصون على مواصلة علاقة المريض بطبيبه مع العضو. ولا تعتبر Health Net من مقدمي خدمات الرعاية الصحية.

G. الاحتيال بخصوص خطة الرعاية الصحية

يُعرف الاحتيال بخصوص خطة الرعاية الصحية على أنه خداع أو تحريف من قبل مقدم الخدمة أو العضو أو صاحب العمل أو أي شخص يتصرف بالنيابة عنهم. ويُعتبر جريمة يعاقب عليها القانون. ويعتبر أي شخص يخرط 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 مذنباً بتهمة الاحتيال على التأمين.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



في حال ساورك القلق بشأن أي مصاريف تظهر في فاتورة أو استمارة شرح المزايا، أو إذا كنت تعرف أو تشك في أي نشاط غير قانوني، اتصل بالخط المجاني لخطتنا الخاصة بالاحتيايل على الرقم 1-800-977-3565. يعمل الخط الساخن لعمليات الاحتيايل على مدار 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع. ويتم التعامل مع جميع المكالمات بسريرة صارمة. 1-800-977-3565. يعمل الخط الساخن لعمليات الاحتيايل على مدار 24 ساعة في اليوم وسبعة أيام في الأسبوع. ويتم التعامل مع جميع المكالمات بسريرة صارمة.

H. الظروف الخارجة عن سيطرة Health Net

إلى المدى الذي تؤدي فيه الكوارث الطبيعية أو الحرب أو الشغب أو العصيان المدني أو الوباء أو التدمير الكلي أو الجزئي للمرافق أو الانفجار الذري أو انبعاث الطاقة النووية بأشكالها الأخرى أو عجز عدد من أفراد الطاقم الطبي أو أي حادثة مشابهة تقع خارج نطاق سيطرة Health Net، إلى عدم توفر مرافق أو أفراد Health Net لتوفير أو ترتيب الخدمات أو المزايا يكون مقيداً بقيام Health Net بمجهود مبني على حسن النية لتوفير أو ترتيب تلك الخدمات أو المزايا ضمن حدود التوفر الحالي لتلك المرافق أو الأفراد.

I. إشعار ممارسات الخصوصية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية المتعلقة بك وكيفية الإفصاح عنها وإمكانية وصولك إلى هذه المعلومات. يرجى الإطلاع عليها بعناية.

يبدأ سريانه في تاريخ 2017.08.14

يشرح لك هذا الإشعار الطرق التي تعمل بها Health Net** (يشار إليها بـ "نحن" أو "الخط") على جمع واستخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI وحقوقك المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI. تعد "المعلومات الصحية المحمية" معلومات تخصك، بما في ذلك المعلومات الديموغرافية التي يمكن استخدامها للتعرف عليك والتي تتعلق بصحتك أو حالتك الصحية البدنية والعقلية السابقة والحالية والمستقبلية بالإضافة إلى تقديم الرعاية الصحية لك أو الدفع مقابل هذه الرعاية.

**يطبق إشعار ممارسة الخصوصية كذلك على المسجلين في أي من جهات Health Net التالية:

Health Net of California, Inc., Health Net Life Insurance Company, Health Net Health Plan of Oregon, Inc., Managed Health Network, LLC, and Health Net Community Solutions, Inc. Rev. 06/05/2017

واجبات الجهات المشمولة في التغطية:

تعد Health Net من الجهات المشمولة في التغطية بموجب تعريف وإجراءات قانون المساواة وتغيير مقدمي خدمات التأمين الصحي (HIPAA) لعام 1996. وتطالب Health Net بموجب القانون بالمحافظة على سرية معلوماتك الصحية المحمية (PHI) وتزويدك بإشعار حول واجباتنا القانونية وممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI والالتزام بينود الإشعار المعمول به حالياً، مع إعلامك في حال خرق سرية معلوماتك الصحية المحمية PHI.

يصف هذا الإشعار إمكانية وكيفية استخدامنا وإفصاحنا عن معلوماتك الصحية المحمية PHI. كما يعلمك بحقوقك في الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية PHI وحريتك في تعديلها وتغييرها، وكيفية القيام بذلك. لن يتم التصرف أو الإفصاح عن أي من معلوماتك الصحية السرية بطريقة غير مذكورة في هذا الإشعار إلا بعد الحصول على إذنك الخطي.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



نحتفظ بحق تغيير هذا الإشعار. نحتفظ بحق تطبيق الإشعار المنفتح أو الذي تم تغييره على معلوماتك الصحية المحمية PHI لدينا بالإضافة إلى أي معلومات صحية محمية نتلقاها في المستقبل. وسوف نقوم على الفور بتنقيح وتوزيع هذا الإشعار في حال وجود تغيير جوهري في ما يتعلق بالاستخدامات أو عمليات الإفصاح أو حقوقك واجباتنا القانونية أو ممارسات الخصوصية الأخرى الواردة في هذا الإشعار. كما سنحرص على توفير نسخة من الإشعارات المنفحة على موقع Health Net الإلكتروني.

الحمايات الداخلية للمعلومات الصحية المحمية (PHI) المكتوبة والإلكترونية:

تضمن Health Net حماية معلوماتك الصحية المحمية. وفي سبيل ذلك فإننا نتبنى ممارسات خاصة تكفل خصوصية وأمان معلوماتك. ومن الطرق التي نتبعها لحماية معلوماتك الصحية المحمية:

تدريب كوادرنا على اتباع ممارسات الخصوصية والأمان.

إلزام شركائنا باتباع ممارسات الخصوصية والأمان.

الحفاظ على أمان مكاتبنا.

عدم التحدث بشأن معلوماتك الصحية المحمية خارج الأسباب الرسمية وسوى مع هيئات تحتاج إلى تلك المعلومات.

الحفاظ على أمان معلوماتك الصحية المحمية عند إرسالها أو تخزينها إلكترونياً.

استخدام التكنولوجيا لمنع وصول الجهات غير ذات العلاقة إلى معلوماتك الصحية المحمية.

الاستخدامات والإفصاحات المسموح بها عن معلوماتك الصحية المحمية PHI

تنطوي القائمة أدناه على حالات تسمح لنا باستعمال أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI دون إذنك أو موافقتك:

العلاج - قد نستخدم أو نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر أو إلى معالجك، بهدف تنسيق العلاج الذي نتلقاه من قبل موفري الخدمة أو بهدف مساعدتنا على اتخاذ قرارات تحتاج إلى الإذن المسبق فيما يتعلق بالمزايا التي نتلقاها.

الدفع - يحق لنا استخدام والإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI بهدف تسديد الدفعات مقابل خدمات الرعاية الصحية التي تلقيتها. يحق لنا الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى خطة رعاية صحية أخرى أو مقدم خدمات رعاية صحية آخر، أو أي جهة خاضعة لقوانين الخصوصية الفيدرالية بهدف إتمام عملية الدفع. قد تشمل إجراءات الدفع على مراجعة المطالبات وتحديد درجة الاستحقاق أو تغطية المطالبات وإصدار الدفعات ومراجعة الخدمات لأهداف طبية وإجراء مراجعة الاستعمال للمطالبات.

إجراءات HelathCare - قد نستخدم أو نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI أثناء إجراء عمليات الرعاية الصحية الخاصة بنا. قد تشمل هذه الإجراءات على توفير خدمات العملاء والتجاوب مع الشكاوى والاستئنافات وتوفير إدارة القضايا وتنسيق الرعاية وإجراء المراجعات الطبية للمطالبات وتقييمات الجودة الأخرى وأنشطة التطوير والتحسين. كما قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI أثناء إجراءات الرعاية الصحية، وذلك لشركائنا في الأعمال، شريطة تعاقداً معهم خطياً على حماية سرية معلوماتك الصحية المحمية PHI. قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى جهة أخرى خاضعة لقوانين الخصوصية الفيدرالية، مع وجود ارتباط بينك وبين هذه الجهة فيما يتعلق بعمليات الرعاية الصحية وتقييم الجودة وأنشطة التحسين والتطوير ومراجعة كفاءات ومؤهلات أخصائيي الرعاية الصحية وإدارة القضايا وتنسيق الرعاية أو التحقيق في الاحتيال واستغلال الرعاية الصحية ومنعها.

الإفصاحات لراعي خطة أو مجموعة خطة الرعاية - وقد نصح عن المعلومات الصحية المحمية لراعي مجموعة الخطة الصحية، مثل صاحب العمل أو جهة أخرى تقدم برنامج الرعاية الصحية لك، وذلك للإبلاغ على قيود معينة حول كيف سيستخدم أو يفصح عن المعلومات الصحية المحمية (كالإفصاح على ألا تستخدم المعلومات الصحية المحمية لإجراءات أو قرارات متعلقة بالتوظيف).

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



حالات الإفصاح الأخرى عن معلوماتك الصحية المحمية PHI المطلوبة أو المسموح بها:

أنشطة جمع التبرعات - يمكننا استخدام المعلومات الصحية المحمية الخاصة بك أو الإفصاح عنها في ما يتعلق بأنشطة جمع التبرعات، مثل جمع الأموال للمؤسسات الخيرية أو الكيانات هدفها توفير الخدمات للمحتاجين. في حال اتصلنا بك بخصوص أنشطة جمع التبرعات، سنمنحك فرصة الانسحاب أو إيقاف التواصل معنا بهذا الشأن في المستقبل.

أغراض الاكتتاب - قد نستخدم أو نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI لأغراض الاكتتاب، مثل إصدار قرار يتعلق بنموذج أو طلب تغطية. إذا قمنا بالفعل باستخدام معلوماتك الصحية المحمية PHI أو الإفصاح عنها لأغراض الاكتتاب، يحظر علينا استخدام أو الإفصاح بهدف الاكتتاب عن معلوماتك الصحية المحمية PHI الخاصة والتي تعد معلومات وراثية.

التذكير بالمواعيد/البدائل العلاجية - قد نستخدم أن نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI بهدف تذكيرك بموعد أو علاج ورعاية طبية تتلقاها منا أو بهدف تزويدك بمعلومات تتعلق بالبدائل العلاجية أو المزايا والخدمات الصحية الأخرى، كمعلومات ترشدك إلى الإفلاج عن التدخين أو خسارة وزن.

حسبما يقتضيه القانون - في حال تطلب القانون الفيدرالي أو التابع للولاية أو القانون المحلي استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI، فقد نستخدم هذه المعلومات أو نفضح عنها في حدود الالتزام بهذه القوانين وحصراً بما يلبي متطلباتها. في حال خضوع حالة الاستخدام أو الإفصاح لقانونين أو أكثر مع تعارضها، فنسئلتزم بالقانون أو الإجراء الأكثر صرامة في هذه الحالة.

أنشطة الصحة العامة - قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى جهة صحية عامة بهدف منع أو التحكم بالأمراض والإصابات أو العجز. قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى إدارة الغذاء والدواء (FDA) بهدف ضمان جودة وسلامة أو فعالية المنتجات أو الخدمات المختبرة من قبل هذه المنظمة.

ضحايا الإعتداء والإهمال - قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى جهة حكومية محلية أو فيدرالية أو على مستوى الولاية، ومنها وكالة الخدمات الاجتماعية أو وكالة خدمات الحماية والمرخصة من قبل القانون لتلقي هذه التقارير. ويكون ذلك في حال اعتقادنا بوقوع حادثة اعتداء أو إهمال أو عنف منزلي.

الإجراءات القضائية والإدارية - قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI أثناء الإجراءات القضائية والإدارية، إضافة إلى الإفصاح عنها كردٍ على طلب المحكمة أو هيئة التحكيم الإدارية أو ردًا على أمر استدعاء قضائي أو أي أمر رسمي للمثول أمام القضاء أو مذكرة تفتيش أو طلب استكشاف أو أي مذكرة قضائية مشابهة.

تطبيق القانون - قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI المتعلقة بتطبيق القانون عندما يُطلب منا ذلك. ويكون هذا كردٍ على أمر المحكمة أو مذكرة التفتيش الصادرة من المحكمة أو أمر استدعاء قضائي أو أي أمر رسمي صادر من قبل مأمور قضائي للمثول أمام المحكمة أو أمر استدعاء صادرة من هيئة المحلفين الكبرى. كما قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI المهمة بهدف التعرف على أو ملاحقة متهم أو هارب من العدالة أو شاهد عيان أو شخص مفقود.

قضاة التحقيق بالوفاء وخبراء الفحص الطبي ومتعهدي الجنازات - قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى قاضي تحقيق بالوفاء أو إلى خبير الفحص الطبي. قد يكون ذلك ضروريًا لتحديد سبب الوفاة. قد نضطر إلى الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية إلى متعهدي الجنازات حسب الضرورة، للسماح لهم بالقيام بواجباتهم.

التبرع بالأعضاء والعيون والأنسجة - قد نضطر إلى الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى منظمات التبرع بالأعضاء أو الهيئات المعنية بجمع أو حيازة أو زراعة أعضاء أو أعين أو أنسجة المتوفى.

المخاطر التي تواجه الصحة والسلامة - قد نستخدم أو نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI في حال اعتقادنا وبنيّة سليمة، ضرورة استخدام هذه المعلومات أو الإفصاح عنها بغرض منع أو تقليل خطر يواجه صحة أو سلامة العامة أو شخص معين.

وظائف الحكومة المتخصصة - في حال كنت عضوًا من القوات المسلحة التابعة للولايات المتحدة الأمريكية، فقد نضطر إلى الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI بأمر السلطات العسكرية. قد نفضح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى مسؤولي السلطة الفيدرالية بغرض الحفاظ على الأمن القومي وأنشطة الاستخبارات وإدارة الولاية لقرارات الاستدامة الطبية وخدمات الحماية المقدمة إلى الرئيس أو أي مسؤول آخر.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانيًا. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



تعويض العمال - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI امتثالاً للقوانين المتعلقة بتعويض العمال أو البرامج المشابهة التي يقوم القانون على إنشائها والتي توفر مزايا متعلقة بإصابات العمل أو المرض دون الالتفات إلى الأخطاء.

الحالات الطارئة - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى فرد من عائلتك أو صديق مقرب منك أو وكالة مخولة للإغاثة في الكوارث أو أي شخص كنت قد أوضحت معرفتك به مسبقاً، وذلك في الحالات الطارئة أو في حال كنت عاجز أو غير متواجد. سنلجأ إلى الحكم القضائي الاحترافي والخبرة في تحديد مدى استفادتك من الإفصاح. في حال كان الإفصاح في مصلحتك، سنحرص على الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI المتعلقة بشكل مباشر بالشخص المعني برعايتك لا غير.

النزلاء - إذا كنت من نزلاء المؤسسات التصحيحية أو تحت وصاية أي مسؤول قانوني، فقد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI إلى هذه المؤسسة التصحيحية أو المسؤول القانوني عند حاجة المؤسسة إلى هذه المعلومات بغرض تزويدك بالخدمات الصحية أو حمايتك صحتك أو سلامتك أو العناية بصحة أو سلامة الآخرين أو سلامة وأمن المؤسسة التصحيحية بذاتها.

البحث - قد نصح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI في ظروف محددة إلى الباحثين في حال الموافقة على دراساتهم وأبحاثهم السريرية، وفي حال أخذ الاحتياطات الوقائية لضمان خصوصية وحماية معلوماتك الصحية المحمية PHI.

الاستخدامات والإفصاحات عن معلوماتك الصحية المحمية PHI والتي تتطلب إذنك الخطي:

يلزمنا الحصول على إذن كتابي منك لاستخدام المعلومات الصحية المحمية أو الإفصاح عنها إلا في حالات استثنائية محددة للأسباب التالية:

بيع المعلومات الصحية المحمية PHI - سنطلب منك إذنًا خطياً قبل القيام بأي عملية إفصاح تعتبر بيعاً للمعلومات الصحية المحمية، مما يعني أننا نتسلم تعويضاً مقابل الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية في هذا الصدد.

التسويق - سنطلب منك إذنًا خطياً لاستخدام المعلومات الصحية المحمية PHI أو الإفصاح عنها لأغراض تسويقية إلا في حالات استثنائية محددة، كوجود لقاءات تسويقية شخصية بيننا أو عندما نقدم هدايا ترويجية ذات قيمة اسمية.

ملاحظات العلاج النفسي - سنطلب إذنًا خطياً لاستخدام أو الإفصاح عن ملاحظات العلاج النفسي التي قد تكون مسجلة في ملفك، مع وجود استثناءات محددة، مثل علاج معين أو دفع أو وظائف عملية الرعاية الصحية.

حقوق الأفراد

فيما يلي حقوقك المتعلقة بالمعلومات الصحية المحمية. في حال رغبتك في ممارسة أي من حقوقك التالية، يرجى التواصل معنا عبر المعلومات المتوفرة في نهاية هذه الإشعار.

حق إبطال منح التفويض - لك الحق في إبطال التفويض الممنوح مسبقاً في أي وقت، شريطة أن يكون هذا الإبطال خطياً. سيتم العمل وفق أمر الإبطال على الفور، فيما عدا الإجراءات التي قمنا مسبقاً باتخاذها تحت بند التفويض وقبل تلقي أمر الإبطال الخطي.

حق المطالبة بالقيود - يحق لك المطالبة بالقيود فيما يتعلق باستخدام الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI بغرض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية؛ إضافةً إلى الإفصاحات إلى أشخاص معينين برعايتك أو الدفع مقابل رعايتك، كفرد من العائلة أو صديق مقرب. يجب أن يشتمل طلبك على القيود التي ترغب بتنفيذها مع تسمية كل من يقع تحت هذه القيود. لسنا مجبرين بالموافقة على هذا الطلب. وفي حال موافقتنا، فإننا نلتزم بطلبك ما لم تكن المعلومات مطلوبة لحالة أو علاج طارئ. مع ذلك، سنحرص على تقييد استخدام أو الإفصاح عن معلوماتك الصحية المحمية PHI لأغراض الدفع أو عمليات الرعاية الصحية إلى خطة الرعاية الصحية في حال دفعك مقابل الخدمات أو الأصناف بشكل كامل ومن ضمن المصروفات النثرية.

الحق بطلب مراسلات سرية - يحق لك المطالبة بالتواصل معك حيال معلوماتك السرية المحمية عبر وسائل أو مواقع بديلة. يطبق هذه الطلب فقط في حال إمكانية تعريضك للخطر إن لم يتم التواصل بشأن هذه المعلومات عبر الطريقة أو الموقع البديل. ليس عليك شرح سبب طلبك، إلا أنه ينبغي عليك التصريح بخطورة التواصل معك في حال عدم تغيير طريقة أو موقع التواصل. علينا الالتزام بطلبك في حال كونه منطقيًا ومحددًا للوسائل أو المواقع البديلة لتوصيل معلوماتك الصحية المحمية PHI.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



حق الوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية PHI والحصول على نسخة منها - لديك الحق بمراجعة أو نسخ معلوماتك الصحية المحمية PHI المتواجدة في ملف مخصص أو الحصول عليها مع بعض الاستثناءات المحدودة. وقد تطلب أن نزودك بنسخ بالمعلومات الصحية المحمية بالتنسيق بديل عن النسخ المصورة. سنستخدم التنسيق الذي طلبته، إلا في حال عدم قدرتنا على فعل ذلك بشكل عملي. عليك تقديم طلب خطي للوصول إلى معلوماتك الصحية المحمية PHI. في حال رفضنا طلبك في الحصول على المعلومات، سنقدم لك شرحاً خطياً ونخبرك إذا كان من الممكن مراجعة أسباب الرفض وكيفية طلب ذلك أو إذا كان لا يمكن مراجعتها.

حق تعديل معلوماتك الصحية المحمية PHI - يحق لك طلب تعديل أو تغيير معلوماتك الصحية المحمية PHI إن كنت تعتقد باحتوائها معلومات خاطئة. يجب عليك تقديم طلبك خطياً مع شرح سبب رغبتك بتعديل المعلومات. قد نرفض طلبك لأسباب معينة، منها عدم استحداثنا للمعلومات التي تطلب تعديلها، مع كون مستحدث المعلومات المحمية قادراً على إجراء التعديل. إذا رفضنا طلبك بالتعديل، سنقوم بإخطارك خطياً بسبب ذلك. يحق لك الاعتراض على قرارنا، وسنقوم بضم ردك إلى سجل المعلومات الصحية المحمية التي سنعدلها. في حال قبولنا طلب تعديل المعلومات، سنعمل جاهدين على إعلام الآخرين بالتعديل بمن فيهم الأشخاص الذين تسميهم، كما سنشمل التغييرات في أي إفصاحات مستقبلية عن هذه المعلومات.

حق الحصول على كشف بالإفصاحات - يحق لك الحصول على قائمة تشمل إفصاحنا أو شركاءنا في الأعمال عن معلوماتك الصحية المحمية PHI في آخر 6 سنوات. لا ينطبق هذا على الإفصاح بسبب العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو الإفصاحات التي فوضت بها وبعض الأنشطة الأخرى المحددة. إن طلبت هذا الكشف لأكثر من مرة في فترة 12 شهر، فقد نطلبك برسوم معقولة ومنطقية مقابل الاستجابة لهذه المطالبات. سنزودك بمزيد من المعلومات حيال الرسوم عند تقديمك الطلب.

حق استلام نسخة من هذا الإشعار - يحق لك المطالبة بنسخة من هذا الإشعار في أي وقت عبر الرجوع إلى قائمة معلومات التواصل في نهاية الإشعار. في حال استلامك هذا الإشعار من موقعنا أو عبر البريد الإلكتروني (E-mail) فيحق لك طلب نسخة ورقية من هذا الإشعار.

حق التقدم بشكوى - يمكنك التقدم بشكوى خطية أو عبر الهاتف باستخدام معلومات التواصل المتوفرة في نهاية هذا الإشعار، وذلك إن كنت تعتقد باختراق حقوق خصوصيتك أو باختراقنا خصوصية ممارساتنا. للشكاوى المتعلقة بأعضاء Medi-Cal، يمكن للأعضاء التواصل مع إدارة خدمات الرعاية الصحية بكاليفورنيا، والمدرجة في القسم التالي.

ويمكنك كذلك تقديم شكوى إلى إدارة الخارجية الأمريكية للخدمات الصحية والإنسانية للحقوق المدنية عبر إرسال رسالة إلى 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 أو الاتصال على الرقم 1-800-368-1019 (TTY: 1-866-788-4989) أو زيارة موقع www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/.

لن نتخذ أي إجراء ضدك لتقديمك أي شكوى.

معلومات التواصل مع الخطة

إن كان لديك أي سؤال حول هذا الإشعار أو ممارسات الخصوصية المتعلقة بمعلوماتك الصحية المحمية PHI أو كيفية ممارسة حقوقك، فيمكنك التواصل معنا خطياً أو عبر الهاتف باستخدام معلومات التواصل المذكورة أدناه.

رقم الهاتف: 1-800-522-0088

Health Net Privacy Office

فاكس: 1-818-676-8314

Attn: Privacy Officer

البريد الإلكتروني: Privacy@healthnet.com

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



لأعضاء Medi-Cal فقط؛ إن كنت تعتقد بعدم حمايتنا لخصوصيتك وكنت ترغب بتقديم شكوى، فيمكنك القيام بذلك عبر الهاتف أو خطياً:

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 or 1-866-866-0602 (TTY:TDD: 1-877-735-2929)

البريد الإلكتروني: Privacyofficer@dhcs.ca.gov

إشعار خصوصية المعلومات المالية

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات المالية المتعلقة بك وكيفية الإفصاح عنها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى الإطلاع عليها بعناية.

إننا ملزمون بالمحافظة على سرية معلوماتك المالية الشخصية. ولغايات هذا الإشعار، تعني "المعلومات المالية الشخصية" معلومات متعلقة بمسجل أو مقدم طلب لتغطية الرعاية الصحية التي تحدد الفرد، وغير متوفرة للعلن بالعادة، ويتم الحصول عليها من الفرد أو عبر توفير تغطية الرعاية الصحية للفرد.

المعلومات التي نهتم بجمعها: نسعى إلى جمع المعلومات المالية الشخصية المتعلقة بك من المصادر الآتية:

المعلومات التي نحصل عليها من طلب معيماً أو استمارة، كالاسم أو العنوان أو العمر أو المعلومات الطبية ورقم الضمان الاجتماعي؛

معلومات متعلقة بمعاملاتك معنا أو فروعنا أو غيرها، مثل سداد الدفعات وتاريخ المستحقات؛ و
معلومات من تقارير المستهلك.

الإفصاح عن المعلومات: لا نصح عن المعلومات المالية الشخصية حول المسجلين لدينا أو المسجلين السابقين إلى أي جهة أخرى، باستثناء ما يقتضيه القانون أو يسمح به. على سبيل المثال، نشارك المعلومات الشخصية التي نجمعها عنك حسبما يسمح به القانون، دون أخذ تصريح منك، وذلك إلى أنواع المؤسسات التالية:

إلى الفروع التابعة لشركتنا، مثل شركات التأمين الأخرى؛

إلى شركات غير تابعة لنا لغاياتنا التجارية اليومية، مثل معالجة معاملاتك أو المحافظة على حسابك (حساباتك) أو الرد على أوامر المحكمة والتحقيقات القانونية؛ و

إلى شركات غير تابعة لنا تقوم بتأدية خدمات لصالحنا، بما فيها إرسال الاتصالات الترويجية بالنيابة عنا.

السرية والأمان: نحافظ على الضمانات المادية والإلكترونية والإجرائية، وفقاً للمعايير الحكومية والفدرالية 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.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



أسئلة عن هذا الإشعار:

إذا كانت لديك أية أسئلة عن هذا الإشعار:

يرجى الاتصال برقم الهاتف المجاني الموجود خلف بطاقة هويتك أو الاتصال بـ Health Net على الرقم 1-800-522-0088.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الفصل 12: تعريفات ومصطلحات مهمة

أنشطة الحياة اليومية (ADL): الأمور التي يقوم بها الأشخاص في اليوم الاعتيادي، مثل الأكل واستخدام المراض وارتداء الملابس والاستحمام أو تنظيف الأسنان.

مساعدات بانتظار الدفع: يمكنك الاستمرار في تلقي المزايا بينما تنتظر قرار استئناف المستوى الأول أو جلسة استماع حكومية (راجع الفصل 9 للحصول على المزيد من المعلومات). وتسمى هذه التغطية المستمرة "مساعدات بانتظار الدفع".

مركز إسعافي جراحي: مرفق يوفر جراحة لمرضى خارجيين ليسوا بحاجة إلى الرعاية في المستشفى ومن غير المتوقع أن يحتاجوا للرعاية في المستشفى أكثر من 24 ساعة.

الاستئناف: طريقة تختبر بها إجراءاتنا إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا بشأن التغطية عن طريق التقدم باستئناف. يشرح الفصل 9 الاستئنافات، بما في ذلك كيفية التقدم بها.

الصحة السلوكية: هو مصطلح يشمل كافة بنود الصحة العقلية واضطرابات تعاطي المخدرات.

الأدوية الأصلية: هو دواء يصرف بوصفة وقد تم تصنيعه وبيعه من قبل شركة مصنعة للدواء أصلاً. تحتوي الأدوية الأصلية على نفس مكونات نسخ الأدوية البديلة. الأدوية البديلة هي أدوية يتم تصنيعها وبيعها بواسطة شركات أخرى للأدوية.

Cal MediConnect: وهو برنامج يوفر لك كل من مزايا Medicare و Medi-Cal في خطة رعاية صحية واحدة. تمتلك بطاقة هوية عضو تشمل جميع المزايا التي تتمتع بها.

منسق الرعاية: شخص واحد رئيسي يعمل معك ومع خطة الرعاية الصحية ومع مقدمي الرعاية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها.

خدمات خطة الرعاية الاختيارية (خدمات CPO): هي خدمات إضافية اختيارية بموجب خطة الرعاية الموجهة للأفراد (ICP). ولا تهدف هذه الخدمات إلى استبدال الخدمات وعمليات الدعم الطويلة الأمد والتي يحق لك تلقيها بموجب Medi-Cal.

خطة الرعاية: راجع "خطة الرعاية الموجهة للأفراد".

فريق الرعاية: راجع "فريق الرعاية المتعدد الاختصاصات".

مرحلة تغطية الكوارث: وهي مرحلة ضمن مزايا أدوية الجزء (د)، حيث تدفع الخطة كافة تكاليف الأدوية حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تصل إلى حد \$5,000 من قيمة أدويتك التي لا تُصرف إلا بوصفة طبية.

مراكز خدمات Medicare & Medicaid Services CMS: وهي الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare. يشرح الفصل 2 كيفية الاتصال بمراكز خدمات CMS.

خدمات البالغين المجتمعية (CBAS): وهو برنامج خدمات مرافق للمرضى الخارجيين يقوم بتقديم رعاية التمريض الماهر والخدمات الاجتماعية والعلاجات والرعاية الشخصية والدعم والتدريب للعائلات ومقدمي الرعاية وخدمات التغذية والنقل والخدمات الأخرى إلى الأشخاص المسجلين الذين يستحقون هذه الخدمات والذين يستوفون معايير الاستحقاق القابلة للتطبيق.

الشكوى: وهي بيانات خطية أو شفهية يُذكر فيها أنك تواجه مشكلة أو لديك مخاوف تتعلق بالتغطية الخاصة بك من حيث الخدمات أو الرعاية. يتضمن هذا أي مخاوف بشأن جودة الرعاية المقدمة لك أو بشأن شبكة مقدمي الخدمات أو الصيدليات التابعة لشبكتنا. المصطلح القانوني لـ "التقدم بشكوى" هو "رفع تظلم".

مرفق شامل لإعادة تأهيل المرضى الخارجيين (CORF): وهو مرفق يعمل بصفة رئيسية على توفير خدمات إعادة التأهيل بعد مرض ما أو حادثة أو جراحة رئيسية. يقوم هذا المرفق بتوفير خدمات متنوعة تتضمن العلاج الطبيعي والخدمات الاجتماعية أو النفسية والعلاج التنفسي والعلاج المهني وعلاج مشاكل النطق وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



المشاركة في الدفع: وهو مبلغ ثابت تدفعه ضمن مساهمتك في التكلفة في كل مرة تحصل فيها على أدوية تصرف بوصفة. على سبيل المثال، قد تدفع \$2 أو \$5 مقابل دواء يتم وصفه.

المساهمة في التكلفة: وهي المبالغ التي يجب عليك دفعها عندما تحصل على أدوية معينة تحتاج إلى وصفة لصرفها. وتتضمن المساهمة في التكلفة المشاركة في الدفع.

درجة المساهمة في التكلفة: وهي مجموعة أدوية لها نفس قيمة المشاركة في الدفع. يعتبر كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة في درجة واحدة من ثلاث مستويات للمساهمة في التكلفة.

قرار التغطية: وهو قرار بخصوص المزايا التي نغطيها. يتضمن هذا قرارات بخصوص الأدوية والخدمات المغطاة في التغطية أو المبلغ الذي سوف تدفعه مقابل الخدمات الصحية المقدمة لك. يوضح الفصل 9 كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

الأدوية المشمولة في التغطية: وهو المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الأدوية المصروفة بوصفة والتي تغطيها خطتنا.

الخدمات المغطاة: وهو المصطلح العام الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع أشكال الرعاية الصحية، والخدمات وعمليات الدعم الطويلة الأمد، واللوازم، والوصفات الطبية، والأدوية المتاحة دون وصفة طبية، والتجهيزات، والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

المعدل اليومي لمشاركة التكاليف: وهو المعدل الذي يطبق عندما يصف لك طبيبك كمية أقل من الإمدادات اللازمة لشهر كامل من أدوية معينة، وتكون مطالباً بدفع مبلغ المشاركة في الدفع. ويكون المعدل اليومي لمشاركة التكاليف عبارة عن قيمة المشاركة في الدفع مقسومة على عدد الأيام في إمدادات الشهر. وفيما يلي مثال على ذلك: إذا كانت مشاركتك في دفع التكاليف لإمداد شهر واحد من دواء معين هي \$1.20، وكان إمداد شهر واحد في خطتك هو 30 يوماً؛ فعندئذ يكون "معدلك اليومي لمشاركة التكاليف" هو \$0.04 في اليوم. ويعني ذلك أنك تدفع \$0.04 عن كل يوم إمداد عندما تصرف وصفتك الطبية.

إدارة خدمات رعاية الصحة (DHCS): وهو قسم الولاية في كاليفورنيا والذي يدير برنامج Medicaid (والمشار إليه باسم Medi-Cal في كاليفورنيا)، ويشار إليها بصفة عامة باسم "الحكومة" في هذا الدليل.

إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC): وهي إدارة الولاية في كاليفورنيا والمسؤول عن تنظيم الخطط الصحية. وتقدم إدارة الرعاية الصحية المدارة (DMHC) المساعدة للمشاركين في Cal MediConnect بخصوص قضايا الاستئنافات المتعلقة بخدمات Medi-Cal. وتقوم إدارة الرعاية الصحية المدارة DMHC بإجراء مراجعات طبية مستقلة (IMR).

إنهاء الاشتراك: وهي عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. وقد يكون إنهاء الاشتراك طوعياً (باختيارك)، أو غير طوعي (ليس باختيارك).

المعدات الطبية الدائمة (DME): وهي مواد معينة ينصحك طبيبك باستخدامها في المنزل. من الأمثلة على هذه الأصناف الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة الفرشات التي تعمل بالطاقة ومستلزمات مرضى السكري وأسرة المستشفى التي يطلب مقدم الخدمة استخدامها في المنزل، ومضخات الحقن الوريدية وأجهزة توليد الكلام وجهاز ولوازم الأكسجين والبخاخات والمشايات.

حالات الطوارئ: الحالة الطبية الطارئة هي عندما تعتقد أو أي شخص آخر ذو معرفة متوسطة بالنواحي الصحية والطبية أنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى عناية طبية فورية لمنع الوفاة أو فقدان الجينوم أو فقدان وظيفة عضو من أعضاء الجسم. قد تكون الأعراض الطبية عبارة عن إصابة خطيرة أو ألم حاد.

العناية الطارئة: وهي الخدمات المغطاة والمتاحة من قبل مقدم خدمة مدرب على إعطاء خدمات الحالات الطارئة والخدمات اللازمة لعلاج حالات الطوارئ الطبية أو الصحة السلوكية.

الاستثناء: طلب الإذن للحصول على تغطية لدواء ما لا يندرج عادة في قائمة الأدوية التي يتم تغطيتها أو طلب الإذن لاستخدام الأدوية دون قواعد وقيود معينة.

مساعدة إضافية: وهو برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص من ذوي الدخل والموارد المحدودة على الدفع مقابل أدوية الجزء (د) من Medicare. يطلق على المساعدة الإضافية أيضاً "دعم ذوي الدخل المنخفض".

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة



الدواء البديل: وهو الدواء المصروف بوصفة طبية والمعتمد من الحكومة الفيدرالية لاستخدامه بدلاً من الأدوية الأصلية. ويحتوي الدواء غير مسجل الملكية على نفس المكونات الفاعلة في الدواء الأصلي. وهو عادة أقل ثمناً ويؤدي نفس الغرض كما الدواء الأصلي.

التظلم: وهي شكوى تقوم بتقديمها ضدنا أو ضد أحد مقدمي الخدمة أو الصيدلية في شبكتنا. ويشمل ذلك شكوى بخصوص جودة الرعاية المقدمة لك.

برنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي (HICAP): برنامج يقدم معلومات واستشارة مجانية هادفة عن Medicare. يشرح الفصل 2 كيفية الاتصال ببرنامج استشارات ونصائح التأمين الصحي HICAP.

خطة الرعاية الصحية: وهي هيئة مكونة من أطباء، ومستشفيات، وصيدليات، ومقدمي كما تشتمل أيضاً على منسقي الرعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي الخدمة والخدمات الخاصة بك. وهم يتعاونون سوياً لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

تقييم المخاطر الصحية: وهو عبارة عن مراجعة التاريخ الطبي للمريض، وحالته الحالية. ويستخدم لاستنتاج الحالة الصحية للمريض، وكيف من الممكن أن تتغير مستقبلاً.

المساعدة الصحية المنزلية: وهو شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات ممرض أو معالج معتمد، مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام، أو استخدام المراحيض، أو ارتداء الملابس، أو القيام بالتمارين المقررة). ولا تمتلك المساعدات الصحية المنزلية رخصة تمرير ولا تقدم علاجاً.

الرعاية في مرحلة الاحتضار: وهو برنامج رعاية ودعم للأشخاص في مرحلة التشخيص النهائي لمساعدتهم على العيش براحة. ويعني التشخيص النهائي بأن المريض يعاني من مرض في مرحلته النهائية ومن المتوقع أن يعيش لمدة ستة أشهر أو أقل. ويحق للمشارك المشخص بمرض في مرحلته النهائية اختيار هذا النوع من الرعاية. ويقوم فريق من المحترفين وأخصائيي تقديم الرعاية من المدربين خصيصاً لتوفير الرعاية إلى الشخص بشكل كامل، بما في ذلك تلبية الحاجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية. ويجب على Health Net Cal MediConnect توفير لائحة من مقدمي الرعاية المنزلية للمرضى الذين لا يرحى شفاؤهم في منطقتك الجغرافية.

طلبات الدفع الخاطئة أو في غير محلها: قد يحدث خطأ في الفاتورة في الحالة التي يقوم فيها مقدم الخدمة (مثل الطبيب أو المستشفى) بتقديم فاتورة لشخص ما بقيمة أكبر من قيمة الدفع الاشتراكي للخدمات. أبرز بطاقة عضوية Health Net Cal MediConnect فور تلقك أي خدمة أو وصفة طبية. اتصل بخدمات الأعضاء إذا حصلت على أي فواتير لا تفهمها.

ولأن Health Net Cal MediConnect تدفع التكلفة بأكملها مقابل خدماتك، فإنك لا تددين بأي قيمة من المشاركة في الدفع. لا ينبغي على مقدمي الخدمة إرسال أي فاتورة لك مقابل تلقي الخدمات.

المراجعة الطبية المستقلة (IMR): في حال رفضنا طلبك لتلقي خدمة طبية أو علاج، يمكنك تقديم استئناف إلينا. وإذا لم توافق على قرارنا، وكانت مشكلتك بخصوص خدمة Medi-Cal، يمكنك أن تطلب من إدارة كاليفورنيا للرعاية الصحية المدارة (DMHC) القيام بمراجعة طبية مستقلة. والمراجعة الطبية المستقلة IMR عبارة عن عملية مراجعة طبية من قبل أطباء من خارج خطتنا. إذا كان قرار المراجعة الطبية المستقلة IMR في صالحك، يتوجب علينا تقديم الخدمة المطلوبة لك. لن تدفع أي تكاليف مقابل المراجعة الطبية المستقلة IMR.

خطة الرعاية الفردية (ICP أو خطة الرعاية): هي خطة لحصر الخدمات التي تحصل عليها، وكيفية حصولك عليها. وقد تتضمن خطتك كلاً من الخدمات الطبية، وخدمات الصحة السلوكية، والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد.

مرحلة التغطية الأولية: هي المرحلة التي تسبق وصول تكلفة أدوية الجزء (د) الخاصة بك إلى \$5,000 شاملة للتكاليف التي قد دفعتها مسبقاً، وما دفعته خطتنا نيابةً عنك وقيمة دعم ذوي الدخل المتدني. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف أول وصفاتك الطبية في السنة. وخلال هذه المرحلة، تدفع الخطة جزءاً من التكاليف الخاصة بأدويتك، فيما تدفع حصتك من التكلفة.

المريض الداخلي: مصطلح يستخدم عندما تُدخل رسمياً للإقامة في المستشفى، للحصول على الخدمات الطبية الماهرة. وإذا لم يتم إدخالك بشكل رسمي، فقد يتم اعتبارك من المرضى الخارجيين، بدلاً من مريض داخلي، حتى إن بقيت في المستشفى ليلاً.

فريق الرعاية متعدد التخصصات (ICT أو فريق الرعاية): قد يتكون فريق الرعاية من الأطباء، والممرضات، والاستشاريين، أو غيرهم من المهنيين الصحيين المتواجدين لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. سوف يساعدك فريق الرعاية أيضاً على وضع خطة الرعاية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



قائمة الأدوية المشمولة (قائمة الأدوية): وهي عبارة عن قائمة الأدوية المصروفة بوصفة والتي تغطيها الخطة. حيث تقوم الخطة باختيار الأدوية في هذه القائمة، بمساعدة الأطباء والصيدال. وستطلعك قائمة الأدوية فيما لو كان هناك أي قواعد تحتاج إلى 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 أثناء تواجدك في المنزل، بحيث لا تحتاج للذهاب إلى دار رعاية أو مستشفى. وتشمل الخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد LTSS برنامج الخدمات كبار السن متعددة الأغراض (MSSP)، والخدمات المجتمعية للبالغين (CBAS)، ومرافق التمريض /مرافق الرعاية دون الفائقة (NF/SCF).

دعم ذوي الدخل المنخفض (LIS): راجع "مساعدة إضافية".

Medi-Cal: وهو اسم برنامج Medicaid في ولاية كاليفورنيا. حيث تدير الولاية برنامج Medi-Cal ويتم دفع تكاليفه من جانب الولاية والحكومة الفيدرالية. ويساعد المواطنين من ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم طويل الأمد والتكاليف الطبية. كما ويغطي خدمات وأدوية إضافية غير مشمولة في برنامج Medicare. راجع الفصل 2 لمزيد من المعلومات حول كيفية الاتصال بـ Medi-Cal.

خطت Medi-Cal: وهي الخطت التي تغطي فقط مزايا Medi-Cal، مثل الخدمات والدعم طويل الأمد والأجهزة الطبية والنقل. وتعتبر مزايا Medicare منفصلة.

المجموعة الطبية: وهي عبارة عن مجموعة من مقدمي الرعاية الأولية PCP والمتخصصين وغيرهم من مقدمي الخدمات الصحية حيث يعملون معاً ويتعاونون للعمل مع خطتنا.

ضرورية طبياً: ويصف هذا الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية التي تحتاجها لمنع أو تشخيص أو علاج حالة طبية، أو الحفاظ على حالتك الصحية الحالية. وتستوفي الخدمات أو الإمدادات أو الأدوية المعايير المقبولة للممارسة الطبية. ويشير مصطلح ضرورية طبياً إلى جميع الخدمات المغطاة، والتي تكون معقولة وضرورية لحماية الحياة أو الوقاية من مرض خطير أو عجز بالغ أو لتخفيف ألم شديد من خلال تشخيص أو علاج المرض أو الإصابة.

Medicare: هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عاماً أو أكثر، وبعض الأشخاص ممن هم أقل من 65 عاماً ويعانون من حالات عجز معينة، ومن هم في نهاية مرحلة المرض الكلوي (بصفة عامة، الذين يعانون من فشل كلوي دائم، ويحتاجون إلى غسيل كلوي أو إلى زرع الكلى). يمكن للأشخاص الذين هم في برنامج Medicare الحصول على تغطيتهم الصحية من الرعاية الطبية من خلال برنامج Original Medicare أو خطة الرعاية المدارة (اطلع على "خطة الرعاية الصحية").

الخدمات التي تغطيها Medicare: هي الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare من جزء (أ) وجزء (ب). ويجب على جميع الخطت الصحية لبرنامج Medicare، بما في ذلك خطتنا، أن تغطي جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare من جزء (أ) وجزء (ب).

مسجل Medicare-Medi-Cal (مؤهل مزدوج): وهو الشخص المؤهل لتغطية كل من برنامجي Medicare وMedi-Cal. يطلق على مسجل Medicare-Medi-Cal أيضاً "مستفيد مؤهل مزدوج".

الجزء (أ) من برنامج Medicare: هو برنامج Medicare الذي يغطي معظم المستشفيات الطبية اللازمة ومرفق التمريض الماهر والصحة المنزلية والرعاية المنزلية للمرضى الذين لا يُرجى شفاؤهم.

الجزء (ب) من برنامج Medicare: هو برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل اختبارات المعمل والجراحات وزيارات الطبيب) والإمدادات (مثل الكراسي المتحركة والمشابيات) التي تعتبر ضرورية طبياً لعلاج مرض أو حالة ما. يغطي الجزء (ب) من برنامج Medicare أيضاً العديد من الخدمات والفحوصات الوقائية.

الجزء (ج) من برنامج Medicare: هو برنامج Medicare الذي يُمكن شركات التأمين الصحي الخاصة من تقديم مزايا Medicare Advantage خلال خطة Medicare Advantage.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



الجزء (د) من برنامج Medicare: هو برنامج مزايا الدواء المصروف بوصفة والتابع لـ Medicare. (نطلق على هذا البرنامج اسم "جزء (د)" للاختصار). ويغطي الجزء (د) كل ما يخص المرضى الخارجيين من أدوية تصرف بوصفة، ولقاحات، وبعض اللوازم التي لا يغطيها الجزء (أ) أو (ب) من برنامج Medicare أو برنامج Medi-Cal. ويتضمن Health Net Cal MediConnect الجزء (د) من Medicare.

أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare: هي الأدوية التي يمكن تغطيتها في إطار برنامج Medicare الجزء (د). حيث قام الكونجرس باستبعاد فئات معينة من الأدوية من التغطية تحت بند أدوية الجزء (د). وقد تغطي Medi-Cal بعضاً من هذه الأدوية.

العضو (عضو خطتنا، أو عضو الخطة): الشخص المنتسب إلى برنامجي Medi-Cal و Medicare، والذي يكون مؤهلاً للحصول على الخدمات المغطاة، والمسجل في خطتنا، والذي تم تأكيد تسجيله من قبل المراكز الخاصة بخدمات برنامج Medicare و Medi-Cal والحكومة.

دليل الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذه الوثيقة إلى جانب استمارة التسجيل الخاصة بك، وأي مرفقات أخرى أو ملحقات، أو غيرها من وثائق التغطية المختارة والاختيارية، والتي توضح التغطية الخاصة بك، وما يجب علينا القيام به، وحقوقك، وما يتعين عليك القيام به كعضو في خطتنا.

خدمات الأعضاء: وهو قسم ضمن خطتنا يعد مسؤولاً عن الإجابة على أسئلتك حول عضويتك والمزايا والمظالم والاستئنافات. راجع الفصل 2 لمزيد من المعلومات حول كيفية الاتصال بخدمات الأعضاء.

نموذج الرعاية: يحتوي نموذج الرعاية على العديد من الأجزاء المختلفة. ويعطي هيكلاً لإدارة الرعاية. حيث يوجه فريق رعايتك الصحية لمنحك الرعاية المناسبة لاحتياجاتك الصحية. ويشمل نموذج الرعاية أعضاء فريق الرعاية الصحية. كما يضم أيضاً أدوات لتقديم المساعدة لفريقك. وتعد الدراسات الاستطلاعية من ضمن هذه الأدوات. حيث تستعلم الدراسة الاستطلاعية عن صحتك. كما وتساعد أجوبتك فريقك وتساعدك على وضع خطة رعايتك الصحية التي تحتوي على أهداف محددة. وسوف تساعدك هذه الأهداف على التمتع بصحة أفضل. كما أنك تقوم بمساعدة فريقك بمراجعة التقدم الذي أحرزته نحو تحقيق هذه الأهداف.

برنامج خدمات كبار السن متعدد الأغراض (MSSP): هو برنامج يوفر الخدمات المنزلية والمجتمعية (HCBS) لأفراد برنامج Medi-Cal المؤهلين والذين يبلغون من العمر 65 عاماً أو أكثر ويعانون من العجز، وذلك كبديل لإرسالهم إلى مرفق التمريض.

صيدلية الشبكة: هي صيدلية وافقت على صرف الأدوية التي تحتاج إلى وصفة طبية لأعضاء خطتنا. ونطلق عليها "صيدليات الشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. وفي معظم الحالات، يتم تغطية الوصفات الطبية إذا تم صرفها في إحدى صيدليات الشبكة لا غير.

مقدم خدمة الشبكة: هو مصطلح عام نستخدمه للإشارة إلى الأطباء والمرضى وغيرهم من الأشخاص الذين يوفرون لك الخدمات والرعاية. ويشمل المصطلح أيضاً المستشفيات ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي توفر لك خدمات الرعاية الصحية والمعدات الطبية والخدمات وعمليات الدعم طويلة الأمد. ويتم ترخيصها أو اعتمادها من قبل Medicare ومن قبل الحكومة لتوفير خدمات الرعاية الصحية. ونطلق عليهم "مقدمي خدمات الشبكة" عندما يوافقون على العمل مع مسؤولي خطة الرعاية الصحية مع قبول دفعاتنا المالية وعدم مطالبة أعضائنا بمبلغ إضافي. وبصفتك عضواً في خطتنا، يتعين عليك الاستعانة بمقدمي الخدمة للحصول على الخدمات المغطاة. ويسمى مقدمو خدمات الشبكة أيضاً باسم "مقدمي خدمات الخطة".

دار أو مرفق الرعاية التمريضية: هو المكان الذي يقدم الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم ليسوا بحاجة إلى البقاء في المستشفى.

أمين المظالم: هو مكتب في ولايتك يقدم لك المساعدة إذا كنت تواجه مشاكل مع خطتنا. وتعتبر خدمات أمين المظالم مجانية.

قرار المنظمة: تقدم الخطة قرار المنظمة عندما تتخذ بنفسها أو يتخذ أحد مقدمي الخدمة التابعين لها قراراً بشأن تغطية الخدمات أو حول المبلغ الذي يتعين عليك دفعه مقابل الخدمات المغطاة في التغطية. ويطلق على قرار المنظمة في هذا الدليل "قرارات التغطية". يوضح الفصل 9 كيفية مطالبتنا بقرار التغطية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خطة Original Medicare (خطة Medicare التقليدية أو خطة الرسوم مقابل خدمة Medicare): يتم تقديم

Original Medicare من قبل الحكومة. وبموجب Original Medicare، يتم تغطية خدمات Medicare عبر دفع مبالغ مالية للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين والذين يتم تعيينهم من قبل الكونغرس. يمكنك مراجعة أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر قد وافق على Medicare. وتتضمن خطة Original Medicare جزأين: الجزء أ (تأمين المستشفى) والجزء ب (التأمين الطبي). وتتوفر خطة Original Medicare في كافة أرجاء الولايات المتحدة. إذا كنت لا تريد أن تكون عضواً في خطتنا، يمكنك اختيار خطة Original Medicare.

صيدلية من خارج الشبكة: هي الصيدلية التي لم توافق على العمل مع خطتنا لتنسيق أو توفير الأدوية المشمولة في التغطية لأعضاء خطتنا. ولا يتم تغطية معظم الأدوية التي تحصل عليها من صيدليات خارج الشبكة من قبل خطتنا ما لم تطبق شروط معينة.

مقدم خدمة من خارج الشبكة أو مرفق خارج نطاق الشبكة: هو مقدم الخدمة أو المرفق الذي لا يتم توظيفه أو امتلاكه أو تشغيله من قبل خطتنا ولا يندرج تحت عقد لتقديم خدمات مشمولة في التغطية لأعضاء خطتنا. ويوضح الفصل 3 مقدمي الخدمة والمرافق التي تعمل خارج نطاق الشبكة.

التكاليف النثرية: هو شرط تقاسم التكاليف حيث يدفع الأعضاء جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها، ويُسمى كذلك باسم متطلب التكلفة "النثرية". راجع تعريف "تقاسم التكاليف" المذكور أعلاه.

الجزء (أ): راجع "الجزء (أ) من برنامج Medicare".

الجزء (ب): راجع "الجزء (ب) من برنامج Medicare".

الجزء (ج): راجع "الجزء (ج) من برنامج Medicare".

الجزء (د): راجع "الجزء (د) من برنامج Medicare".

أدوية الجزء (د): راجع "أدوية الجزء (د) من برنامج Medicare".

طبيب الرعاية الأولية (PCP): طبيب الرعاية الأولية هو الطبيب أو أي مقدم خدمة آخر تلجأ إليه أولاً عندما تواجه معظم المشاكل الصحية. ويحرص أو تحرص على حصولك على الرعاية التي تحتاج إليها للبقاء بصحة جيدة. كما يمكنه أو يمكنها أيضاً التحدث مع أطباء ومقدمي رعاية صحية آخرين بشأن رعايتك وإحالتك إليهم. وفي كثير من الخطط الصحية الخاصة بـ Medicare، يجب عليك مراجعة طبيب الرعاية الأولية الخاص بك قبل أن تراجع أي مقدم رعاية صحية آخر. راجع الفصل 3 لمزيد من المعلومات بخصوص الحصول على الرعاية من أطباء الرعاية الأولية.

الترخيص المسبق: هو عبارة عن الموافقة اللازمة قبل أن تتمكن من الحصول على خدمات معينة أو الحصول على الأدوية. ولا تتم تغطية بعض الخدمات الطبية في الشبكة إلا إذا حصل طبيبك أو مقدم خدمة الشبكة الآخر على ترخيص مسبق من مسؤول خطتنا. ويتم توضيح الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى ترخيص مسبق في الرسم البياني للمزايا في الفصل 4. ولا تتم تغطية بعض الأدوية إلا بعد حصولك على ترخيص مسبق مآً. ويتم توضيح الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى ترخيص مسبق في قائمة الأدوية المشمولة.

خطط برامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE): هو البرنامج الذي يغطي مزايا Medicare و Medi-Cal معاً للأشخاص الذين يبلغون من العمر 55 عاماً فما فوق وكبار السن الذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للتمكن من العيش في المنزل.

الأطراف الصناعية وتقويم العظام: هي الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر. وتتضمن المواد المشمولة في التغطية على سبيل المثال لا الحصر مشدات الذراع والظهر والرقبة والأطراف الصناعية والعيون الصناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء من عضو داخلي أو وظيفة العضو، بما في ذلك إمدادات الفغر وعلاج التغذية المعوية وعبر الحقن.

منظمة تحسين الجودة (QIO): هي عبارة عن مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون في عملية تحسين جودة الرعاية المقدمة للمسجلين لدى Medicare. من قبل الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية المقدمة للمرضى. راجع الفصل 2 لمزيد من المعلومات حول كيفية الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة في ولايتك.

حدود الكمية: هي عبارة عن كمية الأدوية التي يمكنك الحصول عليها. وقد تكون الحدود على كمية الأدوية التي نقوم بتغطيتها لكل وصفة طبية.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



خدمات إعادة التأهيل: وهو العلاج الذي تحصل عليه لمساعدتك في عملية التعافي من مرض أو حادث أو عملية كبرى. راجع الفصل 4 لمعرفة المزيد حول خدمات إعادة التأهيل.

منطقة الخدمة: هي المنطقة الجغرافية التي تقبل فيها الخطة الصحية دخول الأعضاء إذا كانت تحد من العضوية بناء على المكان الذي يعيش فيه الأفراد. وبالنسبة للخطة التي تحد من هوية الأطباء والمستشفيات التي قد تستعين بها فهي أيضاً المنطقة حيث يمكنك الحصول فيها بصفة عامة على الخدمات المعتادة (غير الطارئة). بإمكان الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا فقط الانضمام إلى برنامج Health Net Cal MediConnect.

تقاسم التكلفة: هو الجزء من تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك التي قد يتعين عليك دفعها كل شهر قبل أن تصبح مزايا Health Net Cal MediConnect فعالة. ويختلف مقدار حصتك من التكلفة اعتماداً على دخلك ومواردك.

المرافق التمريضية الماهرة (SNF): هي مرافق رعاية تضم موظفين ومعدات لتقديم الرعاية التمريضية الماهرة، وفي معظم الحالات، خدمات إعادة التأهيل المتخصصة والخدمات الصحية الأخرى.

رعاية المرافق التمريضية الماهرة (SNF): هي عبارة عن خدمات الرعاية التمريضية الماهرة وإعادة التأهيل التي يتم توفيرها على أسس يومية وبشكل مستمر في مرافق التمريض الماهرة. ومن الأمثلة على رعاية المرافق التمريضية الماهرة العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدية التي يمكن تنفيذها من قبل ممرضة مسجلة.

طبيب أخصائي: هو الطبيب الذي يوفر الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء معين من الجسم.

الطلبات المؤجلة: هي طلبات تقدمها للحصول على معلومات العضوية بتنسيق معين (مثل الخط الكبير أو صيغة PDF سهلة الوصول) أو لغة أخرى، دون أي طلبات أخرى توجهها إلى Health Net Cal MediConnect. يبقى الطلب المؤجل في سجلك حتى تطالب بإجراء تغيير.

جلسة استماع حكومية: إذا طلب طبيبك أو مقدم خدمة آخر الحصول على خدمة Medi-Cal لن نوافق عليها، أو لن نواصل دفع تكلفة خدمة برنامج Medi-Cal التي تتمتع بها، يمكنك المطالبة بعقد جلسة استماع حكومية. وإذا تم تقرير جلسة الاستماع الحكومية لصالحك، فإنه يتعين علينا أن نقدم الخدمة التي طلبتها.

العلاج المرحلي: هو عبارة عن قاعدة تغطية تتطلب منك أن تجرب أولاً دواء آخر قبل أن نقوم بتغطية الأدوية الذي تطلب الحصول عليها.

دخل الضمان التكميلي (SSI): هو ميزة شهرية تُدفع من قبل الضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة من المعاقين أو المكفوفين أو الذين يبلغون من العمر 65 عاماً فما فوق. ولا تعتبر مزايا دخل الضمان التكميلي مماثلة لمزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية العاجلة: الرعاية العاجلة هي الرعاية التي تتلقاها لمرض مفاجئ أو إصابة أو حالة مفاجئة ليست طارئة إلا أنها بحاجة إلى التعامل معها على الفور. مقدمي الرعاية خارج الشبكة عندما لا يتوفر مقدمو الخدمة التابعين للشبكة أو لا يمكنك الوصول إليهم.

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) 1-855-464-3571، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة.

وسنعود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجاناً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة

www.healthnet.com/calmediconnect



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: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-855-464-3571 (Los Angeles), 1-855-464-3572 (San Diego) (TTY: 711).

Armenian: ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվակազմակերպչական 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).

خدمات أعضاء Health Net Cal MediConnect

اتصل على	1-855-464-3571
تكون المكالمات على هذا الرقم مجانية. ويوجد شخص للتحدث معك بشكل مباشر، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. كما تحتوي خدمات الأعضاء على خدمات مترجم فوري مجاني متوفر لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.	
TTY	711 (خدمة توصيل الرسائل الوطنية) المكالمات مجانية.
يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف مخصص فقط لأشخاص يعانون من مشاكل في السمع أو النطق. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية من الساعة 8 ص وحتى 8 م، من الاثنين إلى الجمعة. ويمكنك ترك رسالة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطل نهاية الأسبوع والإجازات. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي.	
فاكس	1-800-281-2999
المراسلة	Health Net Community Solutions, Inc. PO Box 10422 Van Nuys, CA 91410-0422
الموقع الإلكتروني	www.healthnet.com/calmediconnect

إذا كان لديك أسئلة، يرجى الاتصال بمؤسسة Health Net Cal MediConnect على الرقم (TTY: 711) (1-855-464-3571)، من الساعة 8 ص إلى 8 م، وذلك من الاثنين إلى الجمعة. وبعد ساعات العمل وفي الإجازات وأيام العطلات، يمكنك أن تترك رسالة. وسنعاود الاتصال بك خلال يوم العمل التالي. يكون الاتصال مجانياً. للمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة www.healthnet.com/calmediconnect

