CardinalCare
Virginia's Medicaid Program
Medicare and Medicaid Working Together

aetna

1 يناير - 31 ديسمبر 2025

دليل التغطية:

الخدمات والمزايا الصحية الخاصة ببرنامج Medicare الخاص بك وتغطية الأدوية الموصوفة طبيًا بصفتك عضوًا في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

يوفر لك هذا المستند التفاصيل المتعلقة برعايتك الصحية من Medicare وكذلك تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا اعتبارًا من 1 يناير إلى 31 ديسمبر 2025. **يُعد هذا الكتيب مستندًا قانونيًا مهمًا. يُرجى الاحتفاظ به في مكان آمن.**

للاستفسارات حول هذه الوثيقة، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-463-0933 (الهاتف النصي: 711). ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. هذه المكالمة مجانية.

يتم تقديم هذه الخطة، Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، بواسطة COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. (عندما نشير في دليل التغطية هذا إلى الضمائر والكلمات "نحن" أو "لنا" أو "الخاص بنا"، فهذا يعني شركة COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. وعندما يذكر الكتيب "خطة" أو "خطتنا"، فيُقصد بها خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).)

This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible sin cargo en español.

This document is available for free in Chinese. 本文件免費提供中文版本。

This document is available for free in Tagalog. Ang dokumentong ito ay makukuha nang libre sa Tagalog.

This document is available for free in French. Ce document est disponible gratuitement en français.

This document is available for free in Vietnamese. Tài liệu này có sẵn miễn phí bằng Tiếng Việt

This document is available for free in German. Dieses Dokument ist kostenlos in deutscher Sprache erhältlich.

This document is available for free in Korean. 이 문서는 한국어로 무료 제공됩니다.

This document is available for free in Russian. Этот документ доступен бесплатно на русском языке.

This document is available for free in Arabic.

يتوفر هذا المستند مجانًا بالعربية

This document is available for free in Hindi. यह दस्तावेज़ हिन्दी में निः शुल्क उपलब्ध है।.

This document is available for free in Italian. Questo documento è disponibile gratuitamente in Italiano.

This document is available for free in Portuguese. Este documento está disponível gratuitamente em português.

Y0001_H1610_001_DS17_EOC2025_AR_C
OMB Approval 0938-1051 (انتهاء تاريخ السريان والصلاحية: 31 أغسطس 2026)

This document is available for free in French Creole. Dokiman sa a disponib gratis an kreyòl ayisyen.

This document is available for free in Polish. Ten dokument jest dostępny bezpłatnie w języku polskim.

This document is available for free in Japanese. この文書は日本語で無料で入手できます.

This document is available for free in Hawaiian. Loaʻa kēia palapala manuahi i ka ʻōlelo Hawaiʻi.

This document is available for free in Amharic. ይህ ሰነድ በአማርኛ ቋንቋ በነጻ ይገኛል.

This document is available for free in Urdu.

یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔

This document is available for free in Farsi.

این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.

This document is available for free in Dari.

این سند به زبان دری به صورت رایگان موجود است.

This document is available for free in Pashto.

دا سند په پښتو ژبه کې په وړیا توګه موجود دي.

This document is available for free in Telugu. ఈ డా క్యు క్యు మెం ట్ తె లు గు లో ఉచి తంగా లభి స్తుం స్తుంస్తుం ది.

This document is available for free in Nepali. यो कागजात नेपाली भाषामा नि :शुल्क उपलब्ध छ.

This document is available for free in Bengali. এই নথি টি বাংলা ভাষায় বি নামূল্যে উপলবধ আছে .

This document is available for free in Igbo. Akwụkwọ a dị n'efu n'asụsụ Igbo.

يتاح هذا المستند بتنسيقات أخرى مجانًا مثل طريقة برايل أو الطباعة بأحرف كبيرة أو أي تنسيقات أخرى بديلة حسب الطلب.

من الممكن أن تتغير المزايا في 1 يناير 2026.

قد يتم تغيير كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات في أي وقت. ستتلقى إشعارًا عند اللزوم. سنعلم المسجلين المتأثرين بالتغييرات قبل 30 يومًا على الأقل.

يوضح لك هذا المستند المزايا والحقوق الخاصة بك. استخدم هذا المستند لفهم ما يلي:

- قسط خطتك وتقاسم التكلفة؛
- مزايا الأدوية والوصفات الطبية الخاصة بك؛
- كيفية تقديم شكوى في حالة عدم الرضا عن خدمة أو علاج ما؛
- كيفية الاتصال بنا في حالة الحاجة إلى المزيد من المساعدة؛ و
- وسائل الحماية الأخرى التي يتطلبها قانون Medicare.

SilverSneakers هي علامة تجارية مسجلة لشركة Tivity Health, Inc. حقوق النشر © لعام 2024 لصالح Tivity Health, Inc. جميع الحقوق محفوظة.

مقدمو خدمات الرعاية الصحية الآخرون هم متعاقدون مستقلون وليسوا وكلاء أو موظفين في Aetna. لا يمكن ضمان توفر أي مقدم خدمة معين، كما أن تكوين شبكة مقدمي الخدمات عرضات للتغيير.

تعد Aetna و CVS Pharmacy® و MinuteClinic، LLC (التي تعمل أو توفر خدمات دعم إداري معينة لعيادات المشي التي -تحمل علامة MinuteClinic) جزءًا من عائلة شركات CVS Health®.

تتوفر صيدليات ومقدمي خدمات آخرين في شبكتنا.

دليل التغطية لعام 2025

جدول المحتويات

قائمة الفصول وأرقام الصفحات هي نقطة البداية. للحصول على مزيد من المساعدة بشأن العثور على المعلومات التي تحتاجها، انتقل إلى الصفحة الأولى من الفصل. **ستجد قائمة تفصيلية بالموضوعات في بداية كل فصل.**

الفصل 1 بداية العضوية 7
القسم 1 ةمدقم 8
القسم 2 ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضوًا بالخطة؟ 9
القسم 3 مواد العضوية المهمة التي ستحصل عليها 11
القسم 4 تكاليفك الشهرية لـ Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) 13
القسم 5 مزيد من المعلومات حول القسط الشهري الخاص بك 15
القسم 6 المحافظة على سجل عضوية خطتك محدثًا 15
القسم 7 كيف يعمل التأمين الآخر مع خطتنا 16
الفصل 2 أرقام الهواتف والموارد المهمة 18
القسم 1 جهات الاتصال في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى خدمات الأعضاء) 19
القسم 2 Medicare (كيفية الحصول على المساعدة والمعلومات مباشرة من برنامج Medicare الفيدرالي) 24
القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (مساعدة مجانية ومعلومات وإجابات على أسئلتك حول Medicare) 25
القسم 4 مؤسسة تحسين الجودة (QIO) 26
القسم 5 الضمان الاجتماعي 26
القسم 6 Medicaid 27
القسم 7 معلومات عن برامج لمساعدة الناس على دفع ثمن الأدوية الخاصة بهم 28
القسم 8 كيفية الاتصال بلجنة التقاعد من السكك الحديدية 29
الفصل 3 استخدام الخطة للخدمات الطبية والخدمات الأخرى المغطاة 30
القسم 1 أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الرعاية الطبية وغيرها من الخدمات بالنسبة لك كعضو في خطتنا 31
القسم 2 استخدام مقدمي الخدمات في شبكة الخطة للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى 32
القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات إذا كانت لديك حالة طارئة طبيًا أو حاجة ملحة للرعاية أو في حالة حدوث كارثة 35
القسم 4 ماذا لو تمت محاسبتك مباشرة عن إجمالي تكلفة الخدمات التي تشملها خطتنا؟ 37
القسم 5 كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تكون مشاركًا في دراسة بحثية سريرية؟ 38
القسم 6 قواعد الحصول على الرعاية في منظمة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية 39
القسم 7 قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة 40
الفصل 4 مخطط المزايا الطبية (ما يمكن تغطية تكاليفه) 42
القسم 1 فهم الخدمات المغطاة 43
القسم 2 استعن بمخطط المزايا الطبية لمعرفة ما هو مغطى 43
القسم 3 ما الخدمات غير المغطاة من قبل الخطة؟ 96

الفصل 5 استخدام تغطية الخطة فيما يتعلق بالأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) 99
القسم 1 مقدمة 100
القسم 2 .ةطخلابـ ةدراولا ديبرلابـ بـلطلا تـامدخ لـلاخ نـم وأ ةكبشلا ةعباتلا تـايلديصلا ىدحإ نـم كـتيودأ فـصر 100
القسم 3 يجب أن تكون أدويتك مدرجة على "قائمة الأدوية" الواردة بالخطة 103
القسم 4 هناك قيود على تغطية بعض الأدوية 104
القسم 5 ماذا لو لم يكن أحد أدويتك مُغطى بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها؟ 105
القسم 6 ماذا لو تغيرت التغطية التي تحصُل عليها لأحد أدويتك؟ 106
القسم 7 ما أنواع الأدوية غير المغطاة من الخطة؟ 108
القسم 8 صرف وصفة طبية 109
القسم 9 تغطية أدوية الجزء (D) في حالات خاصة 109
القسم 10 برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها 110
القسم 11 نرسل لك تقارير تشرح المدفوعات مقابل أدويتك 112
الفصل 6 ما يجب عليك دفعه مقابل أدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء (D) 113
الفصل 7 مطالبتنا بدفع الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية الطبية المغطاة 115
القسم 1 الحالات التي يمكنك فيها أن تطالبنا بتغطية تكاليف الأدوية والخدمات 116
القسم 2 كيف يمكنك مطالبتنا بالرد أو سداد فاتورة تلقيتها 117
القسم 3 سنقوم بمراجعة طلبك والرد عليك بالموافقة أو بالرفض 118
الفصل 8 حقوقك وواجباتك 119
القسم 1 يتعين أن تحترم خطتنا حقوقك وصعوباتك الثقافية كعضو في الخطة 120
القسم 2 كعضو بالخطة عليك أيضًا بعض المسؤوليات 126
الفصل 9 ما الذي يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية، والالتماسات، والشكاوى) 128
القسم 1 مقدمة 129
القسم 2 أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية 129
القسم 3 فهم شكاوى والتماسات Medicare و Medicaid في خطتنا 130
القسم 4 ةيطغتلا تـاسامتلاو تـارارق 130
القسم 5 دليل حول أساس قرارات والتماسات التغطية 131
القسم 6 رعايتك الصحية: كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس بشأن قرار التغطية 133
القسم 7 أدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء (D): كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس 141
القسم 8 كيفية طلب تغطية فترة إقامة أطول في المستشفى إن كنت تظن أنه تم صرفك بوقت مبكرًا جدًا 147
القسم 9 كيفية مطالبتنا بالحفاظ على تغطية الخدمات الطبية المحددة في حالة إن كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي عما قريب 151
القسم 10 الانتقال بالتماسك إلى مستوى الثالث وما فوق 154
القسم 11 كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو فترات الانتظار أو خدمة العملاء أو المخاوف الأخرى 156
الفصل 10 إنهاء عضويتك في الخطة 161
القسم 1 مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا 162
القسم 2 متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟ 162

القسم 3 كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟ 165
القسم 4 حتى تنتهي عضويتك، يتعين عليك مواصلة الحصول على العناصر والخدمات والأدوية الطبية الخاصة بك من خلال خطتنا 166
القسم 5 يجب على Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة في مواقف معينة 166
الفصل 11 الإشعارات القانونية 168
القسم 1 إخطار حول القانون الحاكم 169
القسم 2 إخطار بشأن عدم التمييز 169
القسم 3 إخطار حول حقوق إحلال المسدد الثانوي من Medicare 169
القسم 4 إخطار بشأن استرداد المدفوعات الزائدة 171
القسم 5 قرارات التغطية الوطنية 171
الفصل 12 تعريفات المصطلحات المهمة 172
الملحق A: معلومات الاتصال الهامة 181

الفصل 1
بداية العضوية

القسم 1 مقدمة

القسم 1.1 نبذة عن خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

أنت تتمتع بالتغطية من خلال كلٍ من Medicare وMedicaid:

- **Medicare** هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا المصابين بإعاقات محددة والأشخاص الذين وصلوا للمرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (المصابون بالفشل الكلوي).
- **إن Medicaid** هو برنامج فيدرالي مشترك تابع لحكومة الولاية يساعد في التكاليف الطبية لمجموعة معيّنة من الأشخاص ذوي الدخول والموارد المحدودة. تتنوع تغطية Medicaid حسب الولاية ونوع خطة Medicaid لديك. ويحصل بعض الأشخاص الذين يتمتعون بنظام Medicaid على المساعدة في سداد أقساط Medicare والتكاليف الأخرى الخاصة بهم. كما يحصل الأشخاص الآخرون على تغطية للخدمات والأدوية الإضافية غير المغطاة من قِبل Medicare.

لقد اخترت أن تحصل على رعاية Medicare الصحية وتغطية الأدوية الموصوفة من خلال خطتنا، Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). نحن مطالبون بتغطية كافة خدمات الجزء A والجزء B. وعلى الرغم من ذلك، يختلف تقاسم التكلفة ووصول مقدمي الخدمات في هذه الخطة عن Original Medicare.

خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) هي خطة متخصصة ضمن Medicare Advantage Plan (خطة الاحتياجات الخاصة من Medicare)، ويقصد بذلك أنه قد تم تصميم مزاياها للأشخاص من ذوى احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. وتم تصميم Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) للأشخاص الذين يتمتعون برعاية Medicare والمؤهلين كذلك للحصول على المساعدة من Medicaid.

نظرًا لحصولك على مساعدة من Medicaid فيما يتعلق بتقاسم تكلفة الجزء A وB من Medicare (المبالغ المقتطعة ومبالغ المشاركة في السداد والتأمين المشترك)، قد لا تدفع شيئًا لخدمات رعايتك الصحية من Medicare. وقد يوفر Medicaid أيضًا مزايا أخرى لك عن طريق تغطية خدمات الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة طبيًا التي لا تتم تغطيتها عادة ضمن Medicare. وستتلقى "Extra Help" (مساعدة إضافية) أيضًا من Medicare لسداد تكاليف الأدوية الموصوفة ضمن Medicare. وستساعدك Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) في إدارة جميع هذه المزايا من أجلك، حتى تحصل على خدمات الرعاية الصحية والمساعدة على السداد التي تُعد مؤهلاً لها.

تتم إدارة خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) من قبل شركة خاصة. وشأنها شأن جميع خطط Medicare Advantage، فخطة Medicare للاحتياجات الخاصة هذه معتمدة من Medicare. تمتلك الخطة أيضًا عقدًا مع برنامج Cardinal Care من أجل تنسيق مزايا Medicaid الخاصة بك. ومن دواعي سرورنا أننا نقدم لك تغطية الرعاية الصحية من Medicare، بما في ذلك تغطية الأدوية الموصوفة لك.

تتيح التغطية التي توفرها هذه الخطة تغطية الصحة المؤهلة (QHC) وهي تضمن حماية المريض ومتطلبات مشاركة المسؤولية الفردية طبقًا لقانون الرعاية بأسعار معقولة (ACA). يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني لدائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على: www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات.

القسم 1.2 ما الذي يتناوله دليل التغطية؟

يوضح لك مستند دليل التغطية طريقة الحصول على الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا. فهو يوضح حقوقك ومسؤولياتك وما هو خاضع للتغطية وما تسدده كعضو بالخطة وطريقة تقديم شكوى إذا لم تكن راضيًا عن قرار أو علاج.

تشير الكلمات التغطية و الخدمات المغطاة إلى الرعاية والخدمات الطبية والأدوية الموصوفة طبيًا المتاحة لك كعضو في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

من المهم لك أن تعرف ما قواعد الخطة وما الخدمات المتاحة لك. ونحن نوصيك بأن تقضي بعض الوقت في الاطلاع على مستند دليل التغطية هذا.

إذا كنت متحيرًا أو قلقًا أو لديك استفسار فقط، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

القسم 1.3 معلومات قانونية حول دليل التغطية

دليل التغطية هذا جزء من عقدنا معك حول كيفية تغطية خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) لرعايتك. وتتضمن الأجزاء الأخرى في هذا العقد نموذج التسجيل الخاص بك وقائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات) وأي إخطارات تستلمها بخصوص التغييرات التي تطرأ على تغطيتك أو الشروط التي تؤثر على تغطيتك. ويُطلق على هذه الإخطارات في بعض الأحيان ملحقات أو تعديلات.

ويسري العقد في الشهور التي تكون فيها مسجلاً في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) في الفترة ما بين 1 يناير 2025 حتى 31 ديسمبر 2025.

وفي كل سنة تقويمية، تسمح لنا Medicare بعمل تغييرات على الخطط التي نوفرها. وهذا يعني أنه يمكننا تغيير تكاليف ومزايا خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) بعد 31 ديسمبر 2025. ويمكننا أيضًا أن نقرر وقف توفير الخطة في منطقة الخدمات الخاصة بك أو توفيرها في منطقة خدمات مختلفة بعد تاريخ 31 ديسمبر 2025.

يتعين أن توافق Medicare (مراكز خدمات Medicare وMedicaid) على خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) كل عام. ويمكنك الاستمرار كل عام في الحصول على تغطية Medicare كعضو في خطتنا طالما اخترنا استمرار توفير الخطة وجددت Medicare اعتمادها للخطة.

القسم 2 ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضوًا بالخطة؟

القسم 2.1 متطلبات الأهلية الخاصة بك

أنت مؤهل للاستمتاع بعضوية في خطتنا طالما كنت تتمتع بما يلي:

- لديك كل من برنامج Medicare الجزء (A) وMedicare الجزء (B)
- - و -- تعيش في منطقة خدمتنا الجغرافية (يوضح القسم 3.2 أدناه منطقة خدمتنا). لا يعتبر الأفراد المسجونون يعيشون في منطقة الخدمة الجغرافية حتى لو كانوا موجودين فيها فعليًا.
- - و -- كنت من مواطني الولايات المتحدة أو مقيمًا في الولايات المتحدة بصفة شرعية
- -- و -- تلبيتك متطلبات الأهلية الخاصة الموضحة أدناه.

متطلبات الأهلية الخاصة في خطتنا

لقد صُممت خطتنا لتلبية احتياجات الأشخاص الذين يتلقون مزايا Medicaid محددة. (إن Medicaid هو برنامج فيدرالي مشترك تابع لحكومة الولاية يساعد في التكاليف الطبية لمجموعة معيّنة من الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة.) لكي تكون مؤهلًا في خطتنا، يجب أن تنتمي إلى إحدى فئات الأهلية التالية لبرنامج Medicaid: **QMB Plus** و **SLMB Plus** و **FBDE**. يرجى ملاحظة ما يلي: إذا فقدت أهليتك ولكن يمكن تَوقُّع بصورة معقولة أنك ستستعيد الأهلية خلال 6 أشهر، فمعنى هذا أنك ما زلت تتمتع بأهلية الحصول على

عضوية في خطتنا (يخبرك القسم 1.2 من الفصل 4 حول التغطية وتقاسم التكلفة الخاصة بك خلال الفترة التي يتم اعتبارها بمثابة أهلية مستمرة).

القسم 2.2 ما هو Medicaid؟

إن Medicaid هو برنامج فيدرالي مشترك تابع لحكومة الولاية يساعد في تكاليف الرعاية الطبية طويلة المدى لمجموعة معيّنة من الأشخاص ذوي الدخول والموارد المحدودة. وتحدد كل ولاية ما تعتبره دخلاً وموارد لها ومن يكون مؤهلاً للانضمام فضلاً عن الخدمات المغطاة وتحديد تكلفة الخدمات. ويمكن أيضًا للولايات تحديد كيفية إدارة برنامجها طالما أنها تراعي المبادئ التوجيهية الفيدرالية.

وبالإضافة إلى ذلك، فهناك برامج يتم توفيرها من خلال Medicaid تساعد الناس الذين يتمتعون بتغطية Medicare على سداد تكاليف Medicare الخاصة بهم، مثل أقساط Medicare. تساعد "برامج التوفير ضمن Medicare" التالية الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في توفير الأموال في كل عام:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB Plus):** يساعد في دفع أقساط الجزأين A وB من Medicare، وحصص تقاسم التكلفة الأخرى (مثل المبالغ المقتطعة والتأمين المشترك ومبالغ المشاركة في السداد). تكون أيضًا مؤهلاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة من برنامج Medicaid الخاص بولايتك.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB Plus):** يساعد في دفع أقساط الجزء (B) من برنامج Medicare وربما الجزء (A). قد تغطي Medicaid بعضًا من حصص تكاليف Medicare للخدمات الطبية، حسب برنامج Medicaid في ولايتك. أنت مؤهل للحصول على Medicaid بالكامل.
- **الفرد ذو الأهلية المزدوجة المؤهل للحصول على المزايا الكاملة (FBDE):**قد تغطي Medicaid بعضًا من حصص تكاليف Medicare للخدمات الطبية، حسب برنامج Medicaid في ولايتك. أنت مؤهل للحصول على Medicaid بالكامل.

"المزايا الكاملة المزدوجة المؤهلة" هي الشخص الذي:

- لديه Medicare.
- الحاصل على Medicaid كاملًا. برنامج Medicaid هو برنامج مقدم للأشخاص الذين يستوفون مؤهلات الدخل والأصول.
- غير مؤهل لبرنامج Medicare Savings Program (QMB, SLMB, QI, QDWI).

يمكن لبعض الأفراد أيضًا التأهل لبرنامج Medicaid لأسباب أخرى، مثل الإعاقة أو الحصول على SSI. بالنسبة للأشخاص الذين لديهم Medicare، قد يدفع برنامج Medicaid بعض أو كل من:

- أقساط Medicare الشهرية للجزء (A) والجزء (B)

القسم 2.3 هذه هي منطقة خدمة الخطة الخاصة بـ Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

إن Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) متوفرة فقط للأشخاص المقيمين في منطقة خدمات خطتنا. وكي تظل عضوًا في خطتنا، يتعين أن تظل مقيمًا في منطقة خدمات الخطة. فيما يلي وصف لمنطقة الخدمات.

تشتمل منطقة خدماتنا على هذه المقاطعات في:

Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham, Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester,

Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City, Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe, York.

إذا كنت تخطط للانتقال إلى ولاية جديدة، فيجب عليك أيضًا الاتصال بمكتب Medicaid في ولايتك والاستفسار عن كيفية تأثير هذه الخطوة على مزايا Medicaid الخاصة بك. توجد أرقام هواتف برنامج Medicaid في **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند.

في حال خططت للخروج من منطقة الخدمات، لا يمكنك أن تظل عضوًا في هذه الخطة. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان لدينا خطة في منطقتك الجديدة. وعند انتقالك، ستتمتع بفترة تسجيل خاصة ستسمح لك بالتبديل إلى Original Medicare أو التسجيل في أي خطة صحية أو خطة أدوية ضمن Medicare متوفرة في موقعك الجديد.

وإذا انتقلت أو غيّرت عنوانك البريدي، فمن المهم أيضًا الاتصال بالضمان الاجتماعي وتعريفهم بذلك. ويمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات جهات الاتصال الخاصة بالضمان الاجتماعي في الفصل رقم 2 ضمن القسم 5.

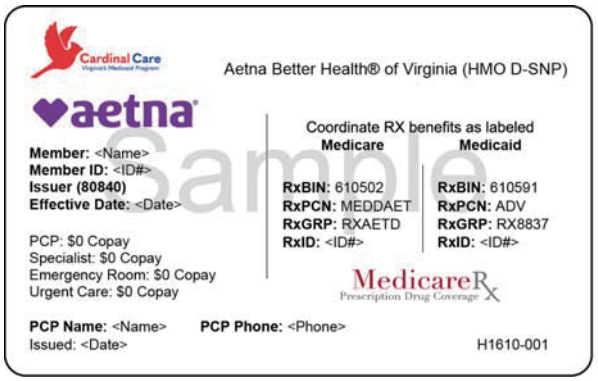
القسم 2.4 من مواطني الولايات المتحدة أو مقيم بصفة شرعية

يتعين أن يكون عضو الخطة الصحية من Medicare من مواطني الولايات المتحدة أو مقيمًا في الولايات المتحدة بصفة شرعية. ستقوم Medicare (مراكز خدمات Medicare وMedicaid) بإخطار خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو على هذا الأساس. يتعين على Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) إلغاء تسجيلك إذا لم تكن مستوفيًا لهذه المتطلبات.

القسم 3 مواد العضوية المهمة التي ستحصل عليها

القسم 3.1 بطاقة عضويتك في الخطة

أثناء فترة عضويتك في خطتنا، يتعين عليك استخدام بطاقة عضويتك عند تلقي الخدمات المغطاة في هذه الخطة فضلاً عن الحصول على الأدوية الموصوفة التي تحصل عليها من صيدليات الشبكة. فيما يلي بطاقة عضوية مماثلة لتوضيح شكل البطاقة التي ستحصل عليها:



يتعين عليك عدم استخدام بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء للحصول على الخدمات الطبية المغطاة حين تكون عضوًا في هذه الخطة. إذا كنت تستخدم بطاقة Medicare الخاصة بك بدلاً من بطاقة عضوية Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات الطبية بنفسك. احتفظ ببطاقة Medicare في مكان آمن. قد تتم مطالبتك بإبرازها إذا احتجت إلى خدمات المستشفى أو خدمات المحترفين أو المشاركة في الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare والتي يطلق عليها أيضًا التجارب السريرية.

وفي حالة تلف بطاقة عضويتك في الخطة أو فقدانها أو سرقتها، اتصل بخدمات الأعضاء فورًا وسوف نرسل إليك بطاقة جديدة.

القسم 3.2 دليل مقدمي الخدمات والصيدليات

يسرد دليل مقدمو الخدمات والصيدليات مقدمي خدمات الشبكة الحاليين ومقدمي خدمات المعدات الطبية المعمرة وصيدليات الشبكة.

مقدمو الخدمات داخل الشبكة هم الأطباء ومهنيو الرعاية الصحية الآخرون والمجموعات الطبية ومستلزمات المعدات الطبية المعمرة والمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى التي لها اتفاقية معنا لتقبل مدفوعاتنا وأي مشاركة في تكاليف الخطة كمدفوعات كاملة.

يتعين عليك الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الرعاية والخدمات الطبية. إذا ذهبت إلى أي مكان آخر بدون تصريح مناسب، فسيتعين عليك السداد بالكامل. الاستثناءات الوحيدة هي حالات الطوارئ، والخدمات المطلوبة بشكل عاجل عندما لا تكون الشبكة متاحة (أي في الحالات التي يكون فيها من غير المعقول أو غير الممكن الحصول على الخدمات داخل الشبكة)، وخدمات غسيل الكلى خارج المنطقة، والحالات التي تسمح فيها خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) بالاستعانة بمقدمي الخدمات خارج الشبكة.

الصيدليات التابعة للشبكة هي جميع الصيدليات التي وافقت على صرف الوصفات الطبية المغطاة لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب بالتعامل معها. انظر الفصل 5، القسم 5.2 للحصول على معلومات عن متى يمكنك استخدام صيدليات غير موجودة في شبكة الخطة.

إذا لم يكن لديك دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، يمكنك الحصول على نسخة (إلكترونية أو ورقية) من خدمات الأعضاء. طلبات الحصول على نسخة مطبوعة دليل مقدمي الخدمة سيتم إرسالها إليك بالبريد خلال ثلاثة أيام عمل. ويمكنك أيضًا البحث عن هذه المعلومات على موقعنا على الويب عبر الرابط AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.

القسم 3.3 قائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات) التابعة للخطة

تتضمن الخطة قائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات). نسميها "قائمة الأدوية" اختصارًا. يخبرك هذا التقرير عن الأدوية الموصوفة للجزء د والتي يتم تغطيتها بموجب ميزة الجزء د المضمنة في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). الأدوية المدرجة في هذه القائمة اختارتها الخُطة بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. يتعين أن تفي القائمة بالمتطلبات الموضوعة من جانب Medicare. لقد وافق برنامج الرعاية الصحية Medicare على قائمة أدوية Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

كما تخبرك قائمة الأدوية ما إذا كان هناك أي قواعد تقيّد تغطية أدويتك.

وسنقوم بتزويدك بنسخة من قائمة الأدوية. للحصول على أحدث المعلومات وأكثرها اكتمالاً حول الأدوية المغطاة، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني للخطة (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary) أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

القسم 4 تكاليفك الشهرية لـ Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

قد تشتمل تكاليفك على ما يلي:

- قسط الخطة (القسم 4.1)
- قسط شهري للجزء ب من برنامج Medicare (القسم 4.2)
- الجزء (D) عقوبة التسجيل المتأخر (القسم 3.4)
- المبلغ الشهري المعدل المرتبط بالدخل (القسم 4.4)

القسم 4.1 قسط الخطة

أنت لا تدفع قسطًا شهريًا منفصلاً لخطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

القسم 4.2 قسط شهري للجزء ب من برنامج Medicare

يطلب من العديد من الأعضاء سداد أقساط Medicare الأخرى

ويُطلب من بعض الأعضاء دفع أقساط Medicare أخرى. ووفقًا لما هو موضح في القسم 2 أعلاه، فإنه من أجل أن تكون مؤهلاً للاستفادة من مزايا خطتنا، يتعين عليك الحفاظ على أهليتك للالتحاق ببرنامج Medicaid فضلاً عن تمتعك ببرنامج Medicare الجزء (A) وMedicare الجزء (B). وبالنسبة لمعظم أعضاء خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، يدفع لك برنامج Medicaid قسط الجزء A (في حال لم تكن مؤهلاً له تلقائيًا) ويدفع لك أيضًا قسط الجزء (B).

إذا لم تسدد Medicaid أقساط Medicare الخاصة بك، فيتعين عليك الاستمرار في سداد أقساط Medicare للحفاظ على عضوية الخطة. وهذا يشمل قسطك للجزء (B). وقد يشمل أيضًا قسطًا للجزء (A) والذي يؤثر على الأعضاء غير المؤهلين للحصول على قسط مجاني من الجزء (A).

القسم 4.3 الجزء (D) عقوبة التسجيل المتأخر

نظرًا لأنك مؤهل بشكل مزدوج، لا يتم تطبيق غرامة التسجيل المتأخر (LEP) عليك طالما أنك تحافظ على وضعك المؤهل بشكل مزدوج، ولكن إذا فقدت هذا الوضع، فقد تتكبد غرامة التسجيل المتأخر (LEP). يطلب من بعض الأعضاء سداد **غرامة التسجيل المتأخر الجزء (D).** غرامة التسجيل المتأخرة بالجزء (D) عبارة عن قسط إضافي يتعين دفعه لتغطية الجزء (D) في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل المبدئية، كانت هناك فترة 63 يومًا أو أكثر على التوالي عندما لا تكون لديك تغطية للجزء (D) أو أي تغطية أخرى لأدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان. تغطية أدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان هي التغطية التي تلبي الحد الأدنى من معايير Medicare، حيث من المتوقع أن يتم السداد في المتوسط أو على الأقل بقدر تغطية Medicare القياسية لأدوية الوصفات الطبية. تعتمد تكلفة غرامة التسجيل المتأخر على مدى الفترة التي ذهبت بها بدون الجزء (D) أو تغطية أدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان. سيتعين عليك سداد هذه الغرامة طالما تمتلك التغطية الخاصة بالجزء D.

عند تسجيلك لأول مرة في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، سنخبرك بمبلغ الغرامة والعقوبة.

لن يتعين عليك دفعها في الحالات التالية:

- تتلقى "المساعدة الإضافية" (Extra Help) من Medicare لدفع مقابل أدوية الوصفات الطبية.
- لقد مر أقل من 63 يومًا على التوالي بدون التغطية الجديرة بالحصول على الائتمان.
- كانت لديك تغطية أدوية جديرة بالحصول على الائتمان من خلال مصدر آخر مثل صاحب عمل سابق أو نقابة أو TRICARE أو إدارة صحة المحاربين القدامى (VA). ستخبرك شركة التأمين أو إدارة الموارد البشرية الخاصة بك كل عام إذا كانت تغطية الأدوية الخاصة بك تتضمن تغطية جديرة بالحصول على الائتمان أم لا. ربما يتم إرسال تلك المعلومات إليك بواسطة خطاب أو مضمّنة في رسالة إخبارية من الخطة. حافظ على هذه المعلومات، لأنه ربما تحتاج إليها في حال التحاقك بخطة أدوية Medicare فيما بعد.
  - **ملاحظة:** يتعين أن يذكر أي إخطار أن لديك تغطية جديرة بالحصول على الائتمان للأدوية الموصوفة طبيًا والتي من المتوقع أن تدفع نفس المبلغ الذي تدفعه خطة الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare.
  - **ملاحظة:** الحالات التالية لا تشملها تغطية أدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان: بطاقات الخصم على الأدوية الموصوفة والعيادات المجانية ومواقع الخصومات على شراء الأدوية على الإنترنت.

Medicare يحدد مقدار الغرامة. فيما يلي طريقة عملها:

- أولاً، احسب عدد الأشهر الكاملة التي قمت فيها بتأخير التسجيل في خطة أدوية Medicare، بعد أن كنت مؤهلاً للتسجيل. أو احسب عدد الأشهر الكاملة التي لم يكن لديك فيها تغطية أدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان، في حالة وجود خلل في التغطية لمدة 63 يومًا أو أكثر. الغرامة تكون 1% لكل شهر ليس لديك فيه تغطية جديرة بالحصول على الائتمان. على سبيل المثال، في حال انقضاء 14 شهرًا دون تغطية، فإن الغرامة ستكون 14%.
- يحدد Medicare بعد ذلك مبلغ القسط الشهري في المتوسط لخطة أدوية Medicare لكل دولة من العام السابق. بالنسبة لعام 2025، فإن مبلغ القسط في المتوسط يبلغ 36,78$.
- لحساب الغرامة الشهرية الخاصة بك، اضرب نسبة الغرامة ومتوسط القسط الشهري وقم بتقريبه إلى أقرب 10 سنتات. في المثال هنا تبلغ النسبة 14% ومتوسط القسط 78.36$، أي ما يعادل 15.5$. ويتم تقريب هذا إلى 5,20$. سيتم إضافة هذا المبلغ **إلى القسط الشهري لشخص ما بعقوبة التسجيل المتأخر بالجزء د.**

هناك ثلاثة أشياء مهمة تجدر الملاحظة بشأن هذا الجزء (D) الشهري من عقوبة التسجيل المتأخر:

- أولاً، **ربما تتغير الغرامة كل عام**، لأن متوسط القسط الشهري يمكن أن يتغير كل عام.
- ثانيًا، **ستستمر في سداد غرامة** كل شهر طالما أنك مسجل في خطة تتضمن مزايا أدوية الجزء (D) من Medicare، حتى إذا قمت بتغيير الخطط.
- ثالثًا، إذا كنت أقل من 65 عامًا وتستقبل حاليًا مزايا Medicare، فستتم إعادة تعيين غرامة التسجيل المتأخر من الجزء (D) عند بلوغ 65 عامًا. بعد بلوغك 65 عامًا، سوف تعتمد عقوبة التسجيل المتأخر في الجزء (D) فقط على الأشهر التي لا تحصل فيها على التغطية بعد فترة التسجيل المبدئية للشيخوخة في Medicare.

في حال رفضك لعقوبة التسجيل المتأخرة بالجزء (D)، يمكنك أنت أو ممثلك طلب مراجعة. بوجه عام، يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة **في خلال 60 يومًا** من تاريخ الخطاب الأول الذي تتلقاه والذي يفيد بضرورة سداد عقوبة التسجيل المتأخر. ومع ذلك، إذا كنت تسدد عقوبة قبل الانضمام إلى خطتنا، فقد لا تكون لديك فرصة أخرى لطلب مراجعة لعقوبة التسجيل المتأخر.

القسم 4.4 مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل

قد يُطلب من بعض الأعضاء سداد رسوم إضافية تُعرف باسم مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل من الجزء (D)، والمعروف أيضًا باسم IRMAA. يتم احتساب الرسوم الإضافية باستخدام الدخل الإجمالي المعدل كما هو مذكور في الإقرار الضريبي الخاص بمصلحة الضرائب الأمريكية منذ عامين. إذا كان هذا المبلغ أكبر من مبلغ معين، فستسدد مبلغ القسط القياسي ومبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA) الإضافي. لمزيد من المعلومات حول المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه بناءً على دخلك، تفضل بزيارة www.medicare.gov/drug-coverage-part-d/costs-for-medicare-drug-coverage/monthly-premium-for-drug-plans.

في حال تعين عليك دفع مبلغ إضافي، فإن الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare خاصتك، سيُرسل إليك خطابًا يُخبرك بقيمة المبلغ الإضافي. سيتم خصم المبلغ الإضافي من ضمانك الاجتماعي، أو معاش نقابة السكة الحديد، أو من شيك مخصصات مكتب إدارة شؤون العاملين، بصرف النظر عن قيمة المبلغ الثابت الذي تدفعه، إلا إذا كانت المخصصات الشهرية غير كافية لتغطية المبلغ الإضافي المستحق. في حالة أن شيك المزايا غير كافٍ لتغطية المبلغ الإضافي، ستصلك فاتورة من Medicare. **يتعين عليك سداد المبلغ الإضافي إلى الحكومة. لا يمكن دفعه مع القسط الشهري للخطة. إذا لم تسدد المبلغ الإضافي، فسوف يتم إلغاء تسجيلك من الخطة وتفقد تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا.**

إذا كنت لا توافق على دفع المبلغ الإضافي، يمكنك مطالبة الضمان الاجتماعي بمراجعة القرار. معرفة المزيد عن كيفية القيام بذلك، اتصل بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (الهاتف النصي 1-800-325-0778).

القسم 5 مزيد من المعلومات حول القسط الشهري الخاص بك

القسم 5.1 هل يمكننا تغيير القسط الشهري الخاص بخطتك خلال العام؟

لا. غير مسموح لنا بتغيير المبلغ الذي نفرضه على قسط الخطة الشهري للخطة خلال العام. فإذا تغيّر قسط الخطة الشهري للعام المقبل، فسنُخبرك في سبتمبر وسيدخل هذا التغيير حيز التنفيذ في 1 يناير.

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

- إذا كنت تدفع حاليًا غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D) وأصبحت مؤهلاً للحصول على "مساعدة إضافية" خلال العام، فستتمكن من التوقف عن دفع غرامتك.
- في حالة فقدان "المساعدة الإضافية"، ستكون معرّضًا لغرامة التسجيل المتأخر إذا أمضيت 63 يومًا متتاليًا أو أكثر من دون الجزء (D) أو تغطية أدوية طبية أخرى جديرة بالحصول على الائتمان.

يمكنك معرفة المزيد حول برنامج "المساعدة الإضافية" في الفصل 2، القسم 7.

القسم 6 المحافظة على سجل عضوية خطتك محدثًا

يحتوي سجل عضويتك على معلومات من نموذج التسجيل الخاص بك، بما في ذلك عنوانك ورقم هاتفك. كما أنه يوضح تغطية خطتك الخاصة بما في ذلك مقدم الرعاية الأولية/المجموعة الطبية/IPA. المجموعة الطبية هي عبارة عن مجموعة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين يعملون بموجب عقد لتقديم الخدمات لأعضاء خطتنا. تعتبر IPA أو جمعية الممارسة المستقلة هي مجموعة مستقلة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بموجب عقد لتقديم الخدمات لأعضاء خطتنا.

ويحتاج كل من الأطباء والمستشفيات والصيادلة ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكة الخطة إلى الحصول على معلومات صحيحة عنك. **ويستخدم مقدمو الخدمات في الشبكة سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المغطاة فضلاً عن مبالغ تقاسُم التكاليف خاصتك.** وبسبب ذلك، فمن المهم أن تساعدنا في المحافظة على تحديث معلوماتك.

دعنا نعلم بشأن هذه التغييرات:

- أي تغييرات على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك
- أو أي تغييرات في أي تغطية تأمين صحي آخر لديك (مثلاً من صاحب عملك أو صاحب عمل زوجك/زوجتك أو صاحب عمل شريك/شريكة سكنك أو تعويضات العاملين أو Medicaid)
- وجود أي من مطالبات المسؤولية، مثل مطالبات عن حادث سيارة

- إذا تم إدخالك دار التمريض
- إذا تلقيك الرعاية في مستشفى خارج المنطقة أو خارج الشبكة أو في غرفة الطوارئ
- إذا تغيَّر الطرف المسؤول المُعين لك (مثل مُقدم الرعاية)
- إذا كنت تشارك في دراسة بحثية سريرية (**ملاحظة:** لست مطالبًا بإخبار خطتك عن دراسات الأبحاث السريرية التي تنوي المشاركة فيها ولكننا نشجعك على القيام بذلك).

في حالة حدوث أي تغيير في هذه المعلومات، يرجى إخبارنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء.

وإذا انتقلت أو غيّرت عنوانك البريدي، فمن المهم أيضًا الاتصال بالضمان الاجتماعي وتعريفهم بذلك. يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال للضمان الاجتماعي في الفصل 2، القسم رقم 5.

القسم 7 كيف يعمل التأمين الآخر مع خطتنا

التأمين الآخر
يتطلب Medicare جمع معلومات منك حول أي تغطية تأمينية طبية أو للأدوية لديك. وذلك لأنه يتعين علينا تنسيق أي تغطية أخرى لديك مع المزايا التي تحصل عليها في إطار خُطتنا. وهذا يطلق عليه **تنسيق المزايا.**

وسنُرسِل لك مرة واحدة كل عام خطابًا يضم قائمة بأي تغطية تأمينية أخرى طبية أو للأدوية نعلم بشأنها. يُرجى قراءة هذه المعلومات بدقة وعناية. فإذا كانت هذه المعلومات صحيحة، فلا يلزم إجراء أي شيءٍ آخر. في حالة كانت المعلومات غير صحيحة أو كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. قد تحتاج إلى إعطاء رقم تعريف عضوية الخطة إلى شركات التأمين الأخرى (بعد التأكد من هويتها) حتى تدفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المناسب.

عندما يكون لديك تأمين آخر (مثل التغطية الصحية لمجموعة جهة عمل)، فهناك قواعد وضعها Medicare تحدد الجهة المنوط بها الدفع أولاً سواء خطتنا أم التأمين الآخر. ويُطلق على جهة التأمين التي تدفع أولاً المسدد الأساسي وتدفع حتى أقصى حدود تغطيتها. بينما يُطلق على الجهة التي تدفع ثانيًا "المسدد الثانوي"، وهي لا تدفع إلا إذا بقيت تكاليف لم تشملها التغطية الأساسية. ولا يتحمل المسدد الثانوي دفع جميع التكاليف غير المغطاة. إذا كان لديك تأمين آخر، فأخبر طبيبك والمستشفى والصيدلية.

وتنطبق هذه القواعد على تغطية الخطة الصحية لمجموعات جهات الأعمال أو النقابات:

- إذا كانت لديك تغطية للمتقاعدين، فستكون الجهة التي تدفع أولاً هي Medicare.
- إذا كانت تغطية الخطة الصحية الجماعية لك تعتمد على جهة عملك الحالية أو جهة العمل الحالية لأحد أفراد الأسرة، فالجهة التي تدفع أولاً تُحدَد بناءً على عمرك وعدد العاملين لدى جهة العمل وما إذا كان اشتراكك في Medicare يعتمد على السن أو الإعاقة أو المرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (ESRD):
  - إذا كان عمرك أقل من 65 عامًا وكنت من ذوي الإعاقة وكنت تعمل أنت أو أحد أفراد أسرتك، فستتحمل خطة التغطية الصحية الجماعية الدفع أولاً إذا كانت جهة العمل تضم 100 موظف أو أكثر أو إذا كانت جهة عمل واحدة على الأقل من بين أكثر من جهة في خطة العمل تضم أكثر من 100 موظف.
  - إذا كان عمرك أكبر من 65 عامًا وكنت لا تزال تعمل أنت أو زوجتك/زوجك أو شريك/شريكة سكنك، فستتحمل خطة التغطية الصحية الجماعية الدفع أولاً إذا كانت جهة العمل تضم 20 موظفًا أو أكثر أو إذا كانت جهة عمل واحدة على الأقل من بين أكثر من جهة في خطة العمل تضم أكثر من 20 موظفًا.
- إذا كنت تحصل على امتيازات Medicare بسبب المرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (ESRD)، فستتحمل خطة التغطية الصحية الجماعية الدفع أولاً في أول 30 شهرًا بعد استحقاقك للحصول على امتيازات Medicare.

هذه الأنواع من التغطية عادةً ما تتحمل الدفع أولاً نظير الخدمات المتعلقة بكل نوع:

- التغطية العلاجية الشاملة (بما في ذلك التأمين على السيارات)
- تأمين المسؤولية (بما في ذلك التأمين على السيارات)

- مزايا الرئة السوداء
- تعويضات العاملين

لا تتحمل Medicaid ولا TRICARE الدفع أولاً للخدمات التي يغطيها Medicare. وهم لا يتحملون أي شيء إلا بعد دفع Medicare و/أو خطط التغطية الصحية الجماعية.

الفصل 2
أرقام الهواتف والموارد المهمة

القسم 1 جهات الاتصال في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) (كيفية الاتصال بنا، بما في ذلك كيفية الوصول إلى خدمات الأعضاء)

كيفية الاتصال "بخدمات الأعضاء" في خطتنا
للحصول على مساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو أسئلة بطاقة العضوية، يرجى الاتصال أو الكتابة إلى خدمات أعضاء Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). سيسرنا مساعدتك.

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 8 صباحا إلى 8 مساء، على مدار 7 أيام الأسبوع. كما يتوفر لدى "خدمات الأعضاء" خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة لمن لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	**711** المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 8 صباحا إلى 8 مساء، على مدار 7 أيام الأسبوع.
الفاكس	1-855-259-2087
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

كيفية الاتصال بنا حينما تطلب إصدار قرار تغطية أو التماس بخصوص رعايتك الطبية
قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية الخاصة بك أو حول المبلغ الذي نسدده مقابل خدماتك الطبية أو الأدوية التي تستلزم وصفة طبية من الجزء (D). الالتماس هو وسيلة رسمية لطلب مراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. لمزيدٍ من المعلومات حول طلب إصدار قرارات التغطية أو الالتماسات بخصوص رعايتك الطبية أو الأدوية الموصوفة التي يغطيها الجزء (D)، راجع الفصل 9 *(ما الذي يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى))*.

الطريقة	قرارات التغطية بشأن رعايتك الطبية - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 5 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 5 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-833-280-5224
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) PO Box 818051 Cleveland, OH 44181-8051
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

الطريقة	قرارات التغطية للأدوية الموصوفة في الجزء (D) - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-877-270-0148
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4750 S 44th Pl Suite 150 Phoenix, AZ 85040
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

الطريقة	الالتماسات الخاصة بالرعاية الطبية - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-883-9555
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

الطريقة	التماسات الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-877-270-0148
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Part D Appeals Pharmacy Department 4750 S 44th Pl Suite 150 Phoenix, AZ 85040
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

كيفية الاتصال بنا حينما ترغب في تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية
يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أحد مقدمي الخدمات أو الصيدليات التابعين لشبكتنا، بما في ذلك تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية المقدمة لك. لا يتضمن هذا النوع من الشكاوى نزاعات التغطية أو الدفع. لمزيدٍ من المعلومات حول تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية، راجع الفصل 9 *(ما يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى))*.

الطريقة	الشكاوى الخاصة بالرعاية الطبية - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-883-9555
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج MEDICARE	يمكنك تقديم شكوى بشأن Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare. لتقديم الشكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقل إلى موقع www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

الطريقة	شكاوى بخصوص الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-883-9555
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
الموقع الإلكتروني الخاص ببرنامج MEDICARE	يمكنك تقديم شكوى بشأن Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare. لتقديم الشكوى عبر الإنترنت إلى Medicare، انتقل إلى موقع www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx.

الجهة التي ترسل إليها طلبًا لمطالبتنا بدفع تكلفة الرعاية الطبية أو الأدوية التي تلقيتها
إذا كنت قد تلقيت فاتورة أو سددت مقابل خدمات (مثل فاتورة مقدم الخدمات) تعتقد أنه عليك سداد ثمنها، فقد تحتاج إلى مطالبتنا بالسداد أو دفع فاتورة لمقدم الخدمات. انظر الفصل 7 *(مطالبتنا بدفع الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية الطبية المغطاة)*.

يرجى ملاحظة ما يلي: إذا أرسلت إلينا طلبًا بالسداد ورفضنا أي جزء من الطلب، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. راجع الفصل 9 *(ما يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى))* لمزيدٍ من المعلومات.

الطريقة	طلبات السداد للتغطية الطبية - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 اتصل بهذا الرقم مجانًا. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	**711** المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-259-2087
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) PO Box 982980 El Paso, TX 79998
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

الطريقة	طلبات سداد الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) - معلومات الاتصال
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Aetna Integrated Pharmacy Solutions PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072
موقع الويب	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

القسم 2 Medicare (كيفية الحصول على المساعدة والمعلومات مباشرة من برنامج Medicare الفيدرالي)

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا المصابين بإعاقات محددة والأشخاص الذين وصلوا للمرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (المصابون بالفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب الغسيل الكلوي أو زرع الكلى).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare وMedicaid (وتُعرف أحيانًا باسم "CMS"). وهذه الوكالة متعاقدة مع منظمات Medicare Advantage والتي من بينها منظمتنا.

الطريقة	Medicare - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) المكالمات على هذا الرقم مجانية. على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع.
الهاتف النصي	**1-877-486-2048** يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات على هذا الرقم مجانية.

الطريقة	Medicare - معلومات الاتصال
موقع الويب	www.Medicare.gov هذا هو الموقع الحكومي الرسمي على الويب الخاص ببرنامج Medicare. وهو يقدم لك أحدث المعلومات عن برنامج Medicare وشؤون Medicare الحالية. كما أنه يوفر لك معلومات حول المستشفيات ودور التمريض والأطباء والوكالات الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى. ويتضمن مستندات يمكنك طباعتها مباشرة من الكمبيوتر الخاص بك. وستجد عليه أيضًا بيانات جهات اتصال Medicare في ولايتك. كما يحتوي موقع Medicare على الويب على معلومات تفصيلية عن استحقاقك لبرنامج Medicare وخيارات التسجيل باستخدام الأدوات التالية: • **أداة أهلية Medicare:** توفر معلومات عن حالة استحقاقك للتمتع بمزايا برنامج Medicare. • **باحث خطة Medicare:** يوفر معلومات مخصصة حول خطط الأدوية الموصوفة المتاحة في برنامج Medicare، وخطط الصحة الخاصة ببرنامج Medicare، وسياسات Medigap (التأمين التكميلي لبرنامج Medicare) في منطقتك. وتوفر هذه الأدوات تقديرًا للتكاليف النثرية التي قد تنطوي عليها خطط Medicare المختلفة. يمكنك أيضًا استخدام الموقع الإلكتروني لإخبار Medicare عن أية شكاوى لديك ضد Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP): • **إخبار Medicare عن شكواك:** يمكنك تقديم شكوى بشأن Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. يأخذ Medicare الشكاوى الخاصة بك على محمل الجد وسوف تستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare. إن لم يكن لديك جهاز كمبيوتر، قد يكون لدى مكتبتك المحلية أو المركز الرئيسي لديك القدرة على مساعدتك في زيارة هذا الموقع الإلكتروني باستخدام جهاز الكمبيوتر الخاص بها. أو، يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare وإخبارهم بالمعلومات التي تبحث عنها. سيجدون المعلومات على الموقع الإلكتروني ويراجعون المعلومات معك. يمكنك الاتصال بـ Medicare على رقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.

القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (مساعدة مجانية ومعلومات وإجابات على أسئلتك حول Medicare)

برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP) هو برنامج تقدمه الحكومة من خلال مستشارين متدربين في كل ولاية. يرجى الرجوع إلى **الملحق A** من هذا المستند لاسم ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية في ولايتك.

برنامج SHIP مستقل (لا علاقة له بأي شركة تأمين أو خطة صحية) في الولاية والذي يحصل على الأموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات مجانية للتأمين الصحي المحلي للأشخاص المشتركين في Medicare.

يمكن لمستشاري برنامج SHIP مساعدتك في فهم حقوقك لدى Medicare، ومساعدتك في تقديم الشكاوى المتعلقة برعايتك أو علاجك الطبي ومساعدتك في حل المشاكل المتعلقة بفواتير Medicare. يمكن للمستشارين ببرنامج SHIP أيضًا مساعدتك في حل

المشاكل أو أسئلة برنامج Medicare ومساعدتك في فهم خيارات برنامج Medicare والإجابة على أي استفسارات لديك حول تبديل الخطط.

طريقة الوصول إلى SHIP والموارد الأخرى:

- قم بزيارة **www.shiphelp.org** (انقر فوق SHIP LOCATOR في منتصف الصفحة)
- اختر **ولايتك** من القائمة. سينقلك هذا إلى صفحة بها أرقام هواتف وموارد خاصة بولايتك.

القسم 4 مؤسسة تحسين الجودة (QIO)

هناك منظمة تحسين جودة مخصصة لخدمة المستفيدين من Medicare في كل ولاية. يرجى الرجوع إلى **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذه الوثيقة يوجد اسم ومعلومات الاتصال لمنظمة تحسين الجودة في ولايتك.

لدى مؤسسة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء وغير ذلك من متخصصي الرعاية الصحية الذين يتقاضون أجورهم من جانب Medicare للتحقق وللمساعدة في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. منظمة تحسين الجودة هي منظمة مستقلة. وهي أيضًا غير متصلة بخطتنا.

يجب عليك الاتصال بـ مؤسسة تحسين الجودة في أي من هذه الحالات:

- إذا كانت لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها.
- إذا كنت تعتقد بأن تغطية إقامتك بالمستشفى ستنتهي قريبًا.
- إذا كنت تعتقد بأن تغطية الرعاية الصحية المنزلية ورعاية مرافق الرعاية التمريض الحاذقة وخدمات مؤسسة للتأهيل الشامل لمرضى العيادة الخارجية (CORF) تنتهي قريبًا جدًا.

القسم 5 الضمان الاجتماعي

الضمان الاجتماعي هو المسؤول عن تحديد أهلية الانضمام والتعامل مع إجراءات التسجيل في Medicare. فمواطنو الولايات المتحدة والمقيمون الدائمون بصورة شرعية الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر، أو الذين يعانون من إعاقة أو في المرحلة الأخيرة من أمراض الكلى، وتنطبق عليهم شروط معينة، يستحقون الحصول على مزايا Medicare. وإذا كنت تتلقى شيكات الضمان الاجتماعي بالفعل، فإن التسجيل في Medicare يجري تلقائيًا. وإذا كنت لا تتلقى شيكات الضمان الاجتماعي بالفعل، فعليك التسجيل في Medicare. للانضمام إلى برنامج Medicare، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي أو زيارة مكتب الضمان الاجتماعي المحلي القريب منك.

إن الضمان الاجتماعي هو المسؤول أيضًا عن تحديد من يلزمهم دفع مبلغ إضافي لتغطية الأدوية ضمن الجزء (D) لأنهم أصحاب دخل أعلى. وإذا وصلك خطاب من الضمان الاجتماعي يخبرك بأنه يلزمك دفع مبلغ إضافي وكانت لديك أسئلة حول المبلغ أو إذا انخفض دخلك بسبب ظرف قوي من ظروف الحياة، يمكنك الاتصال بالضمان الاجتماعي لطلب إعادة مراجعة الأمر.

وإذا انتقلت أو غيّرت عنوانك البريدي، فمن المهم لك الاتصال بالضمان الاجتماعي وتعريفهم بذلك.

الطريقة	الضمان الاجتماعي - معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-772-1213 المكالمات على هذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8:00 صباحًا الى 7:00 مساءً من الأثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلي الخاصة بالضمان الاجتماعي للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة يوميًا.
الهاتف النصي	1-800-325-0778 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات على هذا الرقم مجانية. متاح من الساعة 8:00 صباحًا الى 7:00 مساءً من الأثنين إلى الجمعة.
موقع الويب	www.ssa.gov

القسم 6 Medicaid

إن Medicaid هو برنامج فيدرالي مشترك تابع لحكومة الولاية يساعد في التكاليف الطبية لمجموعة معيّنة من الأشخاص ذوي الدخول والموارد المحدودة.

تساعد برامج التوفير ضمن Medicare التالية الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB Plus):** يساعد في دفع أقساط الجزأين A وB من Medicare، وحصص تقاسم التكلفة الأخرى (مثل المبالغ المقتطعة والتأمين المشترك ومبالغ المشاركة في السداد). تكون أيضًا مؤهلاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة من برنامج Medicaid الخاص بولايتك.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB Plus):** يساعد في دفع أقساط الجزء (B) من برنامج Medicare وربما الجزء (A). قد تغطي Medicaid بعضًا من حصص تكاليف Medicare للخدمات الطبية، حسب برنامج Medicaid في ولايتك. أنت مؤهل للحصول على Medicaid بالكامل.
- **الفرد ذو الأهلية المزدوجة المؤهل للحصول على المزايا الكاملة (FBDE):** قد تغطي Medicaid بعضًا من حصص تكاليف Medicare للخدمات الطبية، حسب برنامج Medicaid في ولايتك. أنت مؤهل للحصول على Medicaid بالكامل.

إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من Medicaid، فتواصل مع Cardinal Care.

يساعد برنامج أمانة المظالم الأشخاص الملتحقين ببرنامج Medicaid الذين لديهم مشكلات بشأن الخدمة أو إصدار الفواتير. ويمكن أن يساعدك على تقديم تظلم أو التماس بخصوص خطتنا.

يساعد برنامج أمانة مظالم الرعاية طويلة (LTC) المدى الأشخاص في الحصول على معلومات حول دور التمريض وحل المشاكل بين دور التمريض والمقيمين أو أسرهم.

يُرجى الرجوع إلى **الملحق A** من هذا المستند للحصول على برنامج Cardinal Care وبرنامج أمين المظالم في ولايتك ومعلومات الاتصال الخاصة بها.

القسم 7 معلومات عن برامج لمساعدة الناس على دفع ثمن الأدوية الخاصة بهم

يوفر موقع gov.Medicare الإلكتروني (**https://www.medicare/gov/basics/costs/help/drug-costs**) معلومات حول كيفية خفض تكاليف الأدوية الموصوفة. بالنسبة للأشخاص ذوي الدخول المحدودة، هناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة، موضحة أدناه.

برنامج "المساعدة الإضافية" (Extra Help) الذي يتبع Medicare
نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medicaid، فأنت أيضًا مؤهل للانضمام والحصول على برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف خطة أدويتك الموصوفة. ولست بحاجة إلى فعل أي شيء آخر للحصول على برنامج "Extra Help" هذا.

إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فاتصل على:

- (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع؛
- مكتب الضمان الاجتماعي في 1-800-772-1213، بين الساعة 8 صباحًا وحتى 7 مساءً من الأثنين إلى الجمعة. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-800-325-0778**؛ أو
- مكتب Medicaid التابع لولايتك (انظر **الملحق A** من خلف هذا المستند للحصول على معلومات الاتصال).

إذا كنت تعتقد أنك تسدد مبلغًا غير صحيح لتقاسم التكلفة عندما تحصل على وصفتك الطبية من الصيدلية، فإن خطتنا بها عملية تتيح لك إما طلب المساعدة في الحصول على دليل على مستوى المشاركة في السداد المناسب لك، أو إذا كان لديك بالفعل الدليل، لتزويدنا به. يمكنك إرسال وثائق الأدلة الخاصة بك إلينا باستخدام أي من وسائل الاتصال التالية:

الطريقة	أفضل دليل متاح - معلومات الاتصال
المراسلة الكتابية	أفضل دليل متاح PO Box 982980 El Paso, TX 79998
الفاكس	1-855-259-2087
البريد الإلكتروني	BAE/LISmailbox@aetna.com

- عندما نتلقى الدليل الذي يوضح مستوى المشاركة في السداد الخاص بك، فسنقوم بتحديث نظامنا بحيث تتمكن دفع المشاركة في السداد الصحيحة عند حصولك على وصفتك الطبية المقبلة من الصيدلية. وإذا دفعت مبلغًا يزيد عن مقدار المشاركة في التسديد الخاص بك، فإننا سنعوضك عن ذلك. فإما سنرسل لك شيكًا بالمبالغ الزائدة المدفوعة وإما أننا سنخصم من المشاركات في التسديد في المستقبل. وإذا لم تحصل الصيدلية منك على مقدار المشاركة في التسديد وتحملت المشاركة في التسديد كدين مستحق عليك، فقد نسدد المبلغ مباشرة إلى الصيدلية. وإذا دفعت الولاية بالنيابة عنك، فقد ندفع للولاية مباشرة. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أسئلة.

ماذا لو كان لديك مساعدة إضافية (Extra Help) وتتمتع بتغطية من برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP) (المساعدة في أدوية الإيدز)؟
ما هو برنامج AIDS Drug Assistance Program (ADAP)؟
يساعد برنامج المساعدة فيما يخص أدوية الإيدز (ADAP) في ضمان أن الأفراد المؤهلين لبرنامج ADAP الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز سيكون بإمكانهم الوصول إلى أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. الجزء (D) من الأدوية الموصوفة طبيًا من Medicare الموجودة أيضًا في كتيب وصفات الأدوية المغطاة في ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة تقاسم التكلفة للوصفة الطبية من خلال ADAP في ولايتك (أرقام الهواتف في **الملحق (A)** في ظهر هذه المستند). **ملاحظة:** لكي تكون مؤهلاً للاستفادة من برنامج ADAP الذي يعمل في ولايتك، يجب على الأفراد استيفاء معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، والدخل المنخفض كما تحدده الولاية، والحالة غير المؤمن عليها/غير المؤمن عليها بشكل كافٍ. وإذا قمت بتغيير

الخطط، يرجى إبلاغ عامل التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من مواصلة تلقي المساعدة. للحصول على معلومات حول معايير الأهلية أو الأدوية التي تشملها التغطية أو طريقة التسجيل في البرنامج، يرجى التواصل مع برنامج ADAP بالولاية. (يمكنك الرجوع إلى **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على الاسم ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج ADAP في ولايتك).

القسم 8 كيفية الاتصال بلجنة التقاعد من السكك الحديدية

لجنة التقاعد من السكك الحديدية هي وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج مزايا شاملة لعمال السكك الحديدية في البلاد وعائلاتهم. وإذا كنت تتلقى مزايا Medicare عن طريق لجنة التقاعد من السكك الحديدية، فمن المهم إعلامهم إذا انتقلت أو غيّرت عنوانك البريدي. إذا كان لديك أي أسئلة بخصوص المزايا في لجنة التقاعد من السكك الحديدية، فعليك بالاتصال بالوكالة.

الطريقة	لجنة التقاعد من السكك الحديدية - معلومات الاتصال
الاتصال	1-877-772-5772 المكالمات على هذا الرقم مجانية. إذا ضغطت على "0"، يمكنك التحدث مع ممثل RRB من الساعة 9:00 صباحًا الى 3:30 مساءا الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن الساعة 9 صباحًا الى الساعة 12:00 ظهرًا يوم الاربعاء. إذا ضغطت على "1"، يمكنك الوصول إلى خط مساعدة RRB الآلي وتسجيل المعلومات على مدار 24 ساعة، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والأعياد.
الهاتف النصي	1-312-751-4701 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. الاتصال بهذا الرقم ليس مجاني.
موقع الويب	rrb.gov/

الفصل 3
استخدام الخطة للخدمات الطبية والخدمات الأخرى المغطاة

القسم 1 أشياء يجب معرفتها عن الحصول على الرعاية الطبية وغيرها من الخدمات بالنسبة لك كعضو في خطتنا

يشرح هذا الفصل الأشياء التي يجب معرفتها عن الاستفادة من الخطة في الحصول على الرعاية الطبية وغيرها من الخدمات المغطاة. فهو يقدم تعريفات للمصطلحات ويفسر القواعد التي ستحتاج إليها لمتابعة الحصول على العلاجات والخدمات الطبية والمعدات والأدوية الموصوفة طبيًا وأوجه الرعاية الطبية الأخرى التي تغطيها الخطة.

وللحصول على تفاصيل حول أنواع الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا، استعن بمخطط المزايا الوارد في الفصل 4 التالي *(مخطط المزايا الطبية، ما يمكن تغطية تكاليفه)*.

القسم 1.1 ما المقصود بمقدمي خدمات الشبكة والخدمات المغطاة؟

- **مقدمو الخدمات** هم الأطباء وغيرهم من مهنيي الرعاية الصحية الذين تصرّح لهم الولاية بمزاولة الخدمات الطبية والرعاية الصحية. ويتضمن المصطلح "مقدمو الخدمات" المستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى.
- **مقدمو الخدمات في الشبكة** هم الأطباء وغيرهم من مهنيي الرعاية الصحية ومجموعات طبية ومستشفيات ومرافق رعاية صحية أخرى متعاقدة معنا لتقبل مدفوعاتنا كمدفوعات كاملة. لقد رتّبنا الأمور مع مقدمي الخدمات هؤلاء ليقدموا خدمات مغطاة للأعضاء ضمن خطتنا. يحاسبنا مقدمو الخدمات في شبكتنا بوجه عام مباشرة مقابل الرعاية التي يقدمونها لك. عند زيارة مقدم خدمات تابع للشبكة، فإنك لا تدفع أي شيء مقابل الخدمات المغطاة.
- **الخدمات المغطاة** تشمل جميع الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الصحية والمستلزمات والمعدات والأدوية الموصوفة طبيًا التي تشملها تغطية خطتنا. ويمكنك الاطلاع على الخدمات المغطاة بخصوص الرعاية الطبية في مخطط المزايا في الفصل 4. تتم مناقشة الخدمات التي تشملها التغطية الخاصة بأدوية الوصفات في الفصل 5.

القسم 1.2 القواعد الأساسية الخاصة بالحصول على رعايتك الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها الخطة

كخطة صحية تابعة لبرنامج Medicare، يتعين على Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) تغطية جميع الخدمات المغطاة من قِبل Original Medicare وقد توفر خدمات أخرى بالإضافة إلى تلك المغطاة بموجب Original Medicare. (انظر مخطط المزايا الطبية في الفصل 4، القسم 2.1).

وستتكفل Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) بوجهٍ عام بتغطية رعايتك الطبية طالما:

- **تدرج الرعاية التي تتلقاها في مخطط المزايا الطبية للخطة (يتوفر هذا المخطط بالفصل 4 من هذا المستند).**
- **تعتبر الرعاية التي تتلقاها ضرورية من الناحية الطبية.** ويعني مصطلح "ضروري من الناحية الطبية" أن الخدمات، أو المستلزمات أو المعدات أو الأدوية مطلوبة للوقاية، أو التشخيص أو العلاج من حالتك الطبية وتستوفي معايير الممارسة الطبية المعترف بها.
- **يتم توفير مقدم رعاية أولية خاص بالشبكة لتقديم الرعاية لك والإشراف عليها.** وكعضو في خطتنا، ينبغي لك اختيار أحد مقدمي الرعاية الأولية بالشبكة (لمزيد من المعلومات عن ذلك، راجع القسم 2.1 في هذا الفصل).
- **يجب أن تتلقى الرعاية من أحد مقدمي الخدمات بالشبكة** (لمزيدٍ من المعلومات عن ذلك، راجع القسم 2 في هذا الفصل). لن تشمل تغطيتنا في معظم الحالات الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة (مقدم الخدمات غير المنتمي لشبكة خطتنا). ويعني هذا أنه يتعين عليك السداد لمقدم الخدمات بالكامل مقابل الخدمات المقدمة. فيما يلي ثلاثة استثناءات:
  - تغطي الخطة الرعاية في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة العاجلة التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة. لمزيدٍ من المعلومات عن ذلك، ولمعرفة المقصود بحالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة العاجلة، راجع القسم 3 في هذا الفصل.
  - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يطلب برنامج Medicare أن تتم تغطيتها من خلال خطتنا ولكن لا يوجد متخصصون في شبكتنا يقدمون هذه الرعاية، يمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة بنفس التكلفة التي تدفعها عادةً داخل الشبكة. وينبغي الحصول على إذن مسبق من الخطة قبل التماس الرعاية. وفي هذه الحالة، سنغطي

هذه الخدمات كما لو كنت تحصل على الرعاية من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. للحصول على معلومات حول الحصول على الموافقة بزيارة طبيب من خارج الشبكة، راجع القسم 2.4 من هذا الفصل.

- تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا أو عندما يكون مقدم هذه الخدمة غير متاح أو يتعذر الوصول إليه مؤقتًا. لا يمكن للجزء الذي تتحمله من التكلفة عند الدفع لخطة غسيل الكلى أن يتجاوز أبدًا الجزء الذي تتحمله من التكلفة في Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة وتحصل على غسيل الكلى من مقدم خدمات يقع خارج شبكة الخطة، فلا يمكن أن يتجاوز الجزء الخاص بك الذي تتحمله من التكلفة ذلك الجزء من التكلفة الذي تدفعه في الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم الخدمات المعتاد داخل الشبكة لغسيل الكلى غير متاح مؤقتًا واخترت الحصول على خدمات داخل منطقة الخدمة من مقدم خدمات خارج شبكة الخطة، فقد يكون الجزء الذي تتحمله من التكلفة من أجل غسيل الكلى أعلى.

القسم 2 استخدام مقدمي الخدمات في شبكة الخطة للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى

القسم 2.1 يتعين عليك اختيار أحد مقدمي الرعاية الأولية (PCP) لتقديم الرعاية والإشراف عليها

ما المقصود بمقدم الرعاية الأولية وما الذي يفعله من أجلك؟

بصفتك عضوًا في خطتنا، يتعين **أن يكون لك مقدم رعاية أولية (PCP) داخل الشبكة مسجل في الملف** لدينا. من المهم جدًا أن تختار مقدم رعاية أولية (PCP) داخل الشبكة وتخبرنا بمن اخترت. ويمكن لمقدم الرعاية الأولية مساعدتك في البقاء بصحة جيدة وعلاج الأمراض وتنسيق رعايتك مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. سيظهر مقدم الرعاية الأولية (PCP) (أو مكتب مقدم الرعاية الأولية (PCP)) على بطاقة هوية العضو الخاصة بك. إذا لم تُظهر بطاقة هوية العضو الخاصة بك مقدم الرعاية الأولية (PCP) (أو مكتب مقدم الرعاية الأولية (PCP))، أو أن مقدم الرعاية الأولية (PCP) الموجود على بطاقتك ليس هو الذي تريد استخدامه، فيرجى الاتصال بنا على الفور. إذا كنت تستخدم مقدم رعاية صحية أولية (PCP) لم تتم طباعة اسمه (أو اسم المكتب) على بطاقة مُعرّف العضو الخاصة بك، فقد يتم رفض مطالباتك.

بناءً على المكان الذي تعيش فيه، قد تؤدي الأنواع التالية من مقدمي الخدمات دور مقدم الرعاية الأولية:

- الممارس العام
- الطبيب الباطني
- ممارس طب العائلة
- أخصائي طب الشيخوخة
- مساعدو الأطباء (غير متاحين في جميع الولايات)
- الممرضات الممارسات (غير متاحة في جميع الولايات)

يرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو الانتقال إلى موقعنا على الإنترنت على **AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider** للحصول على قائمة كاملة بمقدمي الرعاية الأولية (PCPs) في منطقتك.

ما دور مقدم الرعاية الأولية في تنسيق الخدمات التي تشملها التغطية؟

سوف يوفر مقدم الرعاية الأولي (PCP) معظم رعايتك، وعندما تحتاج إلى مزيد من الخدمات المتخصصة، فسوف يعمل على تنسيق الرعاية الخاصة بك مع مقدمي الخدمات الآخرين. حيث سيساعدك في البحث عن أخصائي وسيقوم بترتيب الخدمات التي تشملها التغطية التي تحصل عليها كعضو في خطتنا. تتضمن بعض الخدمات التي سينسقها مقدم الرعاية الأولية ما يلي:

- الأشعة السينية
- الفحوصات المخبرية
- العلاجات

- الرعاية من الأطباء الأخصائيين
- حالات دخول المستشفى

يتضمن "تنسيق" خدماتك الاستشارة مع مقدمي الخدمات الآخرين بالخطط حول رعايتك وكيفية تقدمها. نظرًا لأن مقدم الرعاية الأولية الخاص بك سيوفر وينسق معظم رعايتك الطبية، فإننا نوصي بإرسال سجلاتك الطبية السابقة إلى مكتب مقدم الرعاية الأولية.

ما دور مقدم الرعاية الأولية في اتخاذ القرارات بشأن الحصول على تصريح مسبق؟ في بعض الحالات، قد يحتاج مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الخدمات الآخر أو أنت كمسجل (عضو) بالخطة للحصول على موافقة مقدمًا من قسم الإدارة الطبية لدينا لأنواع معينة من الخدمات أو الاختبارات (وهذا يطلق عليه الحصول على "تصريح مسبق"). الحصول على التصريح المسبق هو مسؤولية مقدم الرعاية الأولية أو مقدم العلاج أو كعضو. تدرج الخدمات والعناصر التي تتطلب تصريحًا مسبقًا في الفصل 4.

كيف تختار طبيب الرعاية الأولية؟
يمكنك اختيار مقدم الرعاية الأولية الخاص بك (PCP) باستخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، عن طريق الدخول إلى موقعنا عبر **AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider**، أو الحصول على مساعدة من خدمات الأعضاء.

إذا لم تقم باختيار مقدم رعاية صحية أولية (PCP)، فسيتم تعيين مقدم رعاية صحية أولية (PCP) لك. يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية (كما هو موضح لاحقًا في هذا القسم) لأي سبب وفي أي وقت من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء.

تغيير طبيب الرعاية الأولية الخاص بك
يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية لأي سبب وفي أي وقت. كما قد يترك طبيب الرعاية الأولية شبكة مقدمي الخدمات التابعة لخطتنا وسيتعين عليك البحث عن طبيب رعاية أولية جديد. اتصل بنا على الفور، إذا كانت بطاقة هوية العضو الخاصة بك لا تُظهر اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تريد استخدامه. سنقوم بتحديث ملفك وسنرسل لك بطاقة هوية عضو جديدة لتعكس التغيير في مقدم الرعاية الأولية (PCP).

لتغيير مقدم الرعاية الأولية، اتصل بخدمات الأعضاء **قبل** تحديد موعد مع مقدم رعاية أولية جديد. عند الاتصال، تأكد من إخبار خدمات الأعضاء إذا كنت تقابل متخصصين أو تحصل حاليًا على خدمات مغطاة أخرى قام بتنسيقها موفر الرعاية الرئيسية (مثل خدمات الصحة المنزلية والمعدات الطبية طويلة الأمد). وسوف يراجعون ما إذا كان مقدم الرعاية الأولية الذي ترغب في التحويل إليه يقبل مرضى جددا. ستقوم خدمات الأعضاء بتغيير سجل عضويتك لإظهار اسم مقدم الرعاية الأولية الجديد الخاص بك وإعلامك بالتاريخ الفعلي لطلب التغيير الخاص بك والإجابة على أسئلتك حول التغيير.

كما سيرسلون لك بطاقة عضوية جديدة تعرض اسم و/أو رقم هاتف مقدم الرعاية الصحية الأولية (PCP) الجديد.

القسم 2.2 ما أنواع الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها بدون الحصول على إحالة من مقدم الرعاية الأولية؟

يمكنك الحصول على الخدمات المُدرجة أدناه دون الحصول على موافقة مسبقة من طبيب الرعاية الأولية.

- الرعاية الصحية الروتينية للسيدات والتي تتضمن فحوصات الثدي وصور الثدي الشعاعية التشخيصية (الأشعة السينية للثدي) واختبارات باب واختبارات منطقة الحوض طالما كنتِ تحصلين عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة
- خدمات الصحة السلوكية طالما تحصل عليها من مقدمي الخدمات داخل الشبكة. للوصول إلى خدمات الصحة السلوكية، اتصل بالرقم الموجود على بطاقة هوية العضوية الخاصة بك.
- لقاحات الإنفلونزا (أو اللقاحات)، ولقاحات COVID-19، ولقاحات التهاب الكبد الوبائي ب، ولقاحات الالتهاب الرئوي طالما تحصل عليها من أحد مقدمي الخدمات ضمن الشبكة.
- الخدمات الطارئة من مقدمي خدمات الرعاية داخل الشبكة أو من مقدمي خدمات الرعاية خارج الشبكة.
- الخدمات التي تغطيها الخطة والتي تكون هناك حاجة ماسة إليها، وهي الخدمات التي تتطلب عناية طبية فورية وليست حالات طارئة، بشرط أن تكون خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا، أو يكون من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمة في الشبكة الذين تتعاقد معهم الخطة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض

والإصابات الطبية غير المتوقعة أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. ومع ذلك، لا تعتبر الزيارات الروتينية الضرورية طبياً لمقدمي الخدمات، مثل الفحوصات السنوية، ضرورية بشكل عاجل حتى لو كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتًا.

- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة غسيل الكلى الطبية المعتمدة من Medicare عندما تكون مؤقتا خارج منطقة خدمات الخطة. (إن أمكن، يُرجى الاتصال "بخدمات الأعضاء" قبل مغادرتك لمنطقة الخدمة حتى يتسنى لنا تدبير مسألة غسيل الكلى لك أثناء وجودك خارج هذه المنطقة.)

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من الأخصائيين ومقدمي الخدمات الآخرين بالشبكة

الأخصائي هو الطبيب الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. وهناك أنواع كثيرة من الأخصائيين. فيما يلي بعض الأمثلة:

- يعتني أطباء الأورام بمرضى السرطان.
- يعتني أطباء القلب بالمرضى الذين يعانون من أمراض القلب.
- جراحو تقويم العظام الذين يعتنون بالمرضى المصابين بأمراض معينة في العظام أو المفاصل أو العضلات.

ما دور مقدم الرعاية الأولية في إحالة الأعضاء إلى أخصائيين ومقدمي خدمات آخرين؟
سيوفر لك طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك معظم رعايتك وسيساعدك في ترتيب أو تنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو في الخطة.

قد يحيلك مقدم الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك إلى أخصائي، ولكن يمكنك الذهاب إلى أي متخصص في شبكتنا دون إحالة.

عملية التصريح المسبق
في بعض الحالات، قد يحتاج مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الخدمات الآخر، أو أنت كمسجل (عضو) في الخطة، إلى الحصول على موافقة مقدما من قسم الإدارة الطبية لدينا لأنواع معينة من الخدمات أو الاختبارات التي تتلقاها في الشبكة (وهذا يطلق عليه الحصول على "تصريح مسبق"). الحصول على التصريح المسبق هو مسؤولية مقدم الرعاية الأولية أو مقدم العلاج أو كعضو. الخدمات والعناصر التي تتطلب تصريحًا مسبقًا مدرجة في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4، القسم 2.1.

ماذا لو ترك أي أخصائي أو مقدم خدمات آخر بالشبكة خطتنا؟
قد نقوم بإجراء تغييرات على المستشفيات والأطباء والأخصائيين (مقدمو الخدمات) المشاركين في خطتك خلال العام. إذا غادر طبيبك أو الأخصائي خطتك فلديك حقوق وإجراءات حماية معينة نوجزها فيما يلي:

- على الرغم من أن شبكة مقدمي الخدمات التابعة لنا قد تتغير خلال العام، إلا أن برنامج Medicare يشترط علينا ضمان توفير الأطباء والأخصائيين المؤهلين لك دون انقطاع.
- سنخطرك بأن مقدم الخدمات الخاص بك يغادر خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمات جديد.
  - إذا غادر مقدم الرعاية الأولية أو الصحة السلوكية خطتنا، فسنخطرك إذا كنت قد رأيت مقدم الرعاية هذا خلال السنوات الثلاث الماضية.
  - إذا غادر أي من مقدمي الخدمات الآخرين خطتنا، فسوف نخطرك إذا تم تعيينك لمقدم الخدمات، أو تتلقى الرعاية منهم حاليًا، أو رأيتهم خلال الأشهر الثلاثة الماضية.
- سنساعدك في اختيار مقدم خدمات مؤهل جديد داخل الشبكة يمكنك الوصول إليه للحصول على رعاية مستمرة.
- إذا كنت تخضع حاليًا لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمات الحالي الخاص بك، فيحق لك أن تطلب، وسنعمل معك لضمان استمرار العلاج أو العلاجات الضرورية طبيًا التي تتلقاها.
- سنزوّدك بمعلومات حول فترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- سوف نقوم بترتيب أي ميزة مغطاة ضرورية طبيًا خارج شبكة مقدمي الخدمة لدينا، ولكن من خلال تقاسم التكلفة داخل الشبكة، عندما يكون مقدم الخدمات أو الميزة داخل الشبكة غير متاح أو غير مناسب لتلبية احتياجاتك الطبية.

- إذا اكتشفت ترك الطبيب أو الأخصائي الخاص بك لخطتنا، فيُرجى الاتصال بنا حتى نتمكن من مساعدتك في العثور على مقدم خدمات جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نزوّدك بمقدم خدمات مؤهل ليحل محل مقدم الخدمات السابق، أو أن الرعاية التي تتلقاها لا تُدار كما ينبغي، فلديك الحق في تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى QIO، أو تظلم يتعلق بجودة الرعاية للخطة، أو كليهما. يرجى الاطلاع على الفصل 9.

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

بصفتك عضوًا في خطتنا، يجب عليك أن تستخدم مقدمي خدمات الرعاية داخل الشبكة. إذا تلقيت رعاية غير مصرح بها من مقدم خدمات رعاية خارج الشبكة، فقد نرفض التغطية وستكون مسؤولاً عن التكلفة بأكملها. فيما يلي ثلاثة استثناءات:

- تغطي الخطة الرعاية الطارئة أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة. لمزيدٍ من المعلومات عن ذلك، ولمعرفة المقصود بحالات الطوارئ أو الرعاية المطلوبة العاجلة، راجع القسم 3 في هذا الفصل.
- إذا كنت بحاجة إلى الحصول على رعاية طبية يطلب برنامج Medicare من خطتنا تغطيتها في حين يتعذر على مقدمي الخدمات في شبكتنا توفيرها، يمكنك الحصول على هذه الرعاية من أحد مقدمي الخدمات من خارج الشبكة. وينبغي الحصول على إذن مسبق من الخطة قبل التماس الرعاية. في هذه الحالة، إذا تم الموافقة على الرعاية، ستدفع القيمة نفسها التي كنت ستدفعها في حالة حصولك على الرعاية من مقدم الخدمات المنتمي إلى الشبكة. سيتصل مقدم الرعاية الصحية الأولية (PCP) الخاص بك أو مقدم خدمات رعاية آخر داخل الشبكة بنا للحصول على إذن لك لمقابلة مقدم خدمات رعاية خارج الشبكة.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة غسيل الكلى الطبية المعتمدة من Medicare عندما تكون مؤقتا خارج منطقة خدمات الخطة.

يجب أن تطلب من مقدم الخدمات من خارج الشبكة أن يرسل لنا فاتورة أولاً. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية أو إذا أرسل لك مقدم الخدمات من خارج الشبكة فاتورة تعتقد أنه يجب علينا دفعها، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو إرسال الفاتورة إلينا. انظر الفصل7 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبتنا بسداد مبالغ لك سبق أن دفعتها أو دفع فاتورة تلقيتها.

القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات إذا كانت لديك حالة طارئة طبيًا أو حاجة ملحة للرعاية أو في حالة حدوث كارثة

القسم 3.1 الحصول على الرعاية إذا كان لديك حالة طوارئ طبية

ما المقصود "بحالة الطوارئ الطبية" وما الذي ينبغي عليك فعله إذا كنت تمر بإحداها؟
الحالات الطارئة الطبية - تكون حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى العناية الطبية الفورية للحيلولة دون الوفاة (وإذا كنت امرأة حامل، فقد طفل لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو حدوث ضعف خطير بها. يمكن أن تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم حاد أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

إذا كنت تعاني إحدى الحالات الطبية الطارئة:

- **احصل على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل برقم 911 للحصول على مساعدة أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل للحصول على سيارة إسعاف إذا كنت بحاجة إليها. لست بحاجة للحصول على موافقة أو إحالة أولاً من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. لا تحتاج إلى الاستعانة بطبيب تابع للشبكة. قد تحصل على تغطية الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، وفي أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها، ومن أي مقدم خدمات له رخصة الولاية المناسبة حتى لو لم تكن جزءًا من شبكتنا.

- **تأكد بأسرع ما يمكن مما إذا كان برنامجنا قد أُخطر بشأن الحالة الطارئة الخاصة بك.** نحتاج إلى متابعة رعايتك أثناء مرورك بهذه الحالة الطارئة. يجب عليك أنت أو أي شخص آخر الاتصال لإعلامنا برعايتك الطبية الطارئة، عادة في غضون 48 ساعة. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء (تتم طباعة أرقام الهواتف على بطاقة هوية العضو الخاصة بك).

ما الذي تتم تغطيته إذا كنت تعاني من إحدى الحالات الطارئة طبيًا؟
تغطي خطتنا خدمات على مستوى العالم خارج الولايات المتحدة في ظل الظروف التالية:
- الرعاية في حالات الطوارئ
- الرعاية الضرورية العاجلة
- نقل الإسعاف في حالات الطوارئ من مسرح الطوارئ إلى أقرب مرفق علاج طبي

لا تغطى وسائل النقل مرة أخرى إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. لا تغطى الإجراءات الاختيارية أو المقررة مسبقا. انظر مخطط المزايا الوارد في الفصل 4 لمزيد من المعلومات. تأكد من الحصول على نسخة من كافة السجلات الطبية الخاصة بك من مقدم الرعاية في حالات رعاية الطوارئ أو الرعاية العاجلة قبل المغادرة قد تحتاج إليهم لتقديم شكوى أو للمساعدة في معالجة المطالبات. بدون هذه السجلات، قد لا نتمكن من سداد مقابل طلبك.
تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي دخولك إلى غرفة الطوارئ بأي شكل من الأشكال إلى تعريض صحتك للخطر. نغطي أيضًا الخدمات الطبية أثناء حالة الطوارئ.

وسيقرر الأطباء الذي يقدمون لك الرعاية الطارئة متى ستكون حالتك مستقرة وانتهاء حالة الطوارئ الطبية التي تمر بها.

وبعد انتهاء حالة الطوارئ الطبية، يحق لك الحصول على رعاية المتابعة للتأكد من استمرار استقرار حالتك. وسوف يواصل أطباؤك معالجتك حتى يتصل بنا أطباؤك ويضعون خططًا للرعاية الإضافية. وستغطي خطتنا رعاية المتابعة الخاصة بك. وفي حالة حصولك على الرعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة أثناء مرورك بحالة طوارئ طبية، فإننا سنحاول تدبير مقدمي خدمات من داخل الشبكة ليتولوا تقديم الرعاية لك في أقرب وقت تسمح فيه حالتك أو ظروفك الطبية بذلك.

ماذا لو لم تكن حالتي من حالات الطوارئ الطبية؟
قد يكون من الصعب أحيانًا عليك معرفة إذا ما كانت الحالة التي لديك هي حالة طوارئ طبية. على سبيل المثال، قد تدخل إلى المستشفى للحصول على الرعاية المخصصة لحالات الطوارئ، معتقدًا أن صحتك في حالة خطر جسيم، وقد يقرر الطبيب في نهاية المطاف أنك لم تعاني على الإطلاق من أي حالة طوارئ طبية. إذا اتضح أنها ليست حالة طوارئ، وطالما كنت تعتقد بناءً على أسباب منطقية أن صحتك كانت في خطر جسيم، فإننا سنغطي رعايتك.

ومع ذلك، بعد إعلان الطبيب أنها لم تكن حالة طوارئ طبية، فإننا سنغطي الرعاية الإضافية فقط إذا حصلت على الرعاية الإضافية بإحدى هاتين الطريقتين:

- توجهك إلى أحد مقدمي الخدمات بالشبكة للحصول على الرعاية الإضافية.
- – أو – اعتبار الرعاية الإضافية التي تحصل عليها بمثابة "خدمات مطلوبة عاجلة" واتباعك لقواعد الحصول على هذه الرعاية العاجلة (لمزيد من المعلومات حول ذلك، راجع القسم 3.2 أدناه).

القسم 3.2 الحصول على الرعاية إذا كانت لديك حاجة عاجلة للخدمات

ما المقصود "بالخدمات الضرورية العاجلة"؟
الخدمة المغطاة بالخطة والتي تتطلب عناية طبية فورية والتي لا تشكل حالة طارئة هي خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا، أو كان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمة في الشبكة الذين تتعاقد معهم الخطة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. ومع ذلك، لا تعتبر الزيارات الروتينية الضرورية طبياً لمقدمي الخدمات، مثل الفحوصات السنوية، ضرورية بشكل عاجل حتى لو كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتًا.

إذا كنت بحاجة إلى تحديد موقع مرفق رعاية عاجلة، يمكنك العثور على مركز رعاية عاجلة داخل الشبكة بالقرب منك باستخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، أو الانتقال إلى موقعنا الإلكتروني على AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider، أو الحصول على مساعدة من خدمات الأعضاء.

تغطي خطتنا خدمات على مستوى العالم خارج الولايات المتحدة في ظل الظروف التالية:

- الرعاية في حالات الطوارئ
- الرعاية الضرورية العاجلة
- نقل الإسعاف في حالات الطوارئ من مسرح الطوارئ إلى أقرب مرفق علاج طبي

لا تغطى وسائل النقل مرة أخرى إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. لا تغطى الإجراءات الاختيارية أو المقررة مسبقا. انظر مخطط المزايا الوارد في الفصل 4 لمزيد من المعلومات. تأكد من الحصول على نسخة من كافة السجلات الطبية الخاصة بك من مقدم الرعاية في حالات رعاية الطوارئ أو الرعاية العاجلة قبل المغادرة قد تحتاج إليهم لتقديم شكوى أو للمساعدة في معالجة المطالبات. بدون هذه السجلات، قد لا نتمكن من سداد مقابل طلبك.

القسم 3.3 الحصول على الرعاية في حالة حدوث كارثة

في حالة إعلان حاكم ولايتك أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية بالولايات المتحدة أو رئيس الولايات المتحدة عن حالة كوارث أو طوارئ في منطقتك الجغرافية، فإنه لا يزال يحق لك الحصول على رعاية من خطتك.

يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني التالي: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية اللازمة أثناء الكوارث.

إذا تعذر عليك الاستعانة بمقدم خدمات في الشبكة أثناء أي كارثة، فستتيح لك خطتك الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات من خارج الشبكة على أساس تقاسم التكاليف داخل الشبكة. وإذا لم تتمكن من الحصول على الخدمة من صيدلية بالشبكة خلال الكارثة، يمكنك صرف الأدوية الموجودة بوصفتك الطبية من صيدلية خارج الشبكة. لمزيدٍ من المعلومات، انظر القسم 2.5 من الفصل 5.

القسم 4 ماذا لو تمت محاسبتك مباشرة عن إجمالي تكلفة الخدمات التي تشملها خطتنا؟

القسم 4.1 يمكنك مطالبتنا بسداد تكلفة الخدمات المغطاة

إذا دفعت تكلفة خدماتك المغطاة أو إذا تلقيت فاتورة عن الخدمات الطبية المغطاة، فانتقل إلى الفصل 7 (مطالبتنا بدفع فاتورة حصلت عليها مقابل أدوية أو خدمات طبية مغطاة) للحصول على المعلومات عما يجب عليك فعله.

القسم 4.2 ما الذي يجب عليك فعله إذا لم تكن الخدمات مغطاة من قبل خطتنا؟

يغطي برنامج Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) جميع الخدمات الطبية الضرورية كما هو موضح في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4 من هذه الوثيقة. إذا تلقيت خدمات لا تغطيها خطتنا أو خدمات تم الحصول عليها من خارج الشبكة ولم يكن مصرحًا بها، فأنت مسؤول عن دفع التكلفة الكاملة للخدمات. قبل دفع تكلفة الخدمة، اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت الخدمة مغطاة أم لا.

وبالنسبة للخدمات المغطاة محدودة المزايا، فإنك ستدفع أيضًا إجمالي تكلفة أي خدمات تحصل عليها بعد استخدامك لميزة ذلك النوع من الخدمة المغطاة. لا تُحتسب أي مبالغ تسددها مقابل الخدمات بعد الوصول إلى حد المزايا ضمن الحد الأقصى النثري الخاص بك. ويمكنك الاتصال "بخدمات الأعضاء" عند رغبتك في معرفة مدى استخدامك الفعلي لحد المزايا.

القسم 5 كيف تتم تغطية خدماتك الطبية عندما تكون مشاركًا في دراسة بحثية سريرية؟

القسم 5.1 ما المقصود بالدراسة البحثية السريرية؟

الدراسة البحثية السريرية (وتُعرف أيضًا بالتجربة السريرية) هي طريقة يتبعها الأطباء والعلماء لاختبار أنواع جديدة من الرعاية الطبية، مثل فعالية عقار جديد لعلاج السرطان. تتم الموافقة على بعض الدراسات البحثية السريرية من Medicare. عادة ما تطلب الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare من المتطوعين المشاركة في الدراسة.

بمجرد اعتماد Medicare للدراسة وإعرابك عن اهتمامك، سيتصل بك شخص يعمل بالدراسة لشرح المزيد حول الدراسة ومعرفة ما إذا كنت تلبي المتطلبات المحددة من العلماء الذين يديرون الدراسة. ويمكنك المشاركة في الدراسة طالما كنت مستوفيًا لاشتراطات الدراسة وطالما كنت متفهمًا بشكل كامل وتقبل تمامًا ما تنطوي عليه الدراسة حال مشاركتك فيها.

وفي حالة مشاركتك في دراسة وافق عليها Medicare، فإن Original Medicare سيدفع معظم تكاليف الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كجزءٍ من الدراسة. إذا أخبرتنا أنك في تجربة سريرية مؤهلة، فأنت مسؤول فقط عن مشاركة التكلفة داخل الشبكة للخدمات في التجربة. إذا سددت المزيد، على سبيل المثال، إذا قمت بالفعل بسداد مبلغ تقاسم التكلفة من Original Medicare، فسنعوض عن الفرق بين ما سددته وبين تقاسم التكلفة ضمن الشبكة. وعلى الرغم من ذلك، سوف تحتاج إلى تقديم مستندات لتبين لنا مقدار المبلغ الذي سددته. وأثناء مشاركتك في أي دراسة بحثية سريرية، يمكنك البقاء مسجلاً في الخطة والاستمرار في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية غير المتعلقة بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا أردت المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلست بحاجة لإخبارنا أو الحصول على موافقة منا أو من طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. لا يحتاج مقدمو الخدمات الذين يقدمون الرعاية كجزءٍ من الدراسة البحثية السريرية إلى أن يكونوا جزءًا من شبكة مقدمي الخدمات التابعة لخطتنا. يرجى ملاحظة أن هذا لا يشمل المزايا التي تكون خطتنا مسؤولة عنها والتي تشمل، كمكون، تجربة سريرية أو سجلاً لتقييم الميزة. وتشمل هذه المزايا بعض المزايا المحددة بموجب تحديدات التغطية الوطنية التي تتطلب التغطية بدراسات تطوير الأدلة (CED-NCDs) ودراسات الإعفاء من الأجهزة البحثية (IDE) وقد تخضع للحصول على موافقة مسبقة وقواعد خطة أخرى.

على الرغم من أنك لست بحاجة إلى الحصول على إذن خطتنا للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، مغطاة للمسجلين في Medicare Advantage من قِبل Original Medicare، فإننا نشجعك على إخطارنا مسبقًا عندما تختار المشاركة في التجارب السريرية المؤهلة لبرنامج Medicare.

ففي حالة مشاركتك في دراسة لم يوافق عليها Medicare، ستكون مسؤولاً عن دفع جميع تكاليف مشاركتك فيها.

القسم 5.2 عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية، من الذي يدفع ولأي غرض؟

بمجرد التحاقك بدراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، تغطي Original Medicare العناصر والخدمات الروتينية التي تتلقاها كجزء من الدراسة، بما في ذلك:

- الإقامة في المستشفى والوجبات يغطيها برنامج Medicare حتى إن لم تكن جزءًا من الدراسة
- عملية أو إجراء طبي آخر يعد جزءًا من الدراسة البحثية
- علاج الأعراض الجانبية ومضاعفات الرعاية الجديدة

بعد أن يسدد Medicare حصته من التكلفة لهذه الخدمات، سوف تسدد خطتنا الباقي. كما هو الحال بالنسبة لجميع الخدمات المغطاة، لن تدفع شيئًا مقابل الخدمات المغطاة التي تحصل عليها في الدراسة البحثية السريرية. عند مشاركتك في أي دراسة بحثية سريرية، **فلن يدفع برنامج Medicare ولا خطتنا تكاليف ما يلي:**

- بوجهٍ عام، لن يدفع Medicare تكاليف العنصر أو الخدمة الجديدة التي تختبرها الدراسة ما لم يغطِ Medicare العنصر أو الخدمة حتى وإن لم تكن مشتركًا في أي دراسة.
- العناصر أو الخدمات المقدمة فقط لجمع البيانات وغير المستخدمة في رعايتك الصحية المباشرة. على سبيل المثال، لن يدفع Medicare تكاليف الأشعة المقطعية (CT) الشهرية التي أجريت كجزءٍ من الدراسة إذا كانت حالتك الطبية تتطلب فقط إجراء أشعة مقطعية (CT) واحدة.
- العناصر والخدمات التي يقدمها عادة رعاة البحث مجانًا لأي مشترك في التجربة.

هل ترغب في معرفة المزيد؟
يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية من خلال زيارة موقع Medicare الإلكتروني لقراءة أو تنزيل منشور Medicare and Clinical Research Studies (برنامج Medicare والدراسات البحثية السريرية). (يتوفر المنشور على: **www.medicare.gov/Pubs/pdf/02226-Medicare-and-Clinical-Research-Studies.pdf**.) يمكنك أيضًا الاتصال على (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.

القسم 6 قواعد الحصول على الرعاية في منظمة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية

القسم 6.1 ما المقصود بالمنظمة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية؟

المؤسسة الدينية للرعاية الصحية غير الطبية عبارة عن مرفق يقدم الرعاية لحالة يتم علاجها عادةً في إحدى المستشفيات أو مرفق رعاية تمريضية حاذقة. إذا كان الحصول على الرعاية في مستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة مخالفًا للمعتقدات الدينية لأي عضو، فإننا سنقدم بدلاً منها تغطية للرعاية في مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية. وهذه الميزة مقدمة فقط لخدمات المرضى الداخليين ضمن الجزء (A) (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

القسم 6.2 تلقي الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية

للحصول على الرعاية من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية، يتعين عليك توقيع مستند قانوني ينص على أنك وفي كامل قواك العقلية تقر بأنك ضد الحصول على العلاج الطبي **غير المستثنى.**

- الرعاية الطبية أو العلاج الطبي **غير المستثنى** عبارة عن أي رعاية أو علاج طبي تطوعي وغير مطلوب من خلال أي قانون فيدرالي أو خاص بالولاية أو محلي.
- العلاج الطبي **المستثنى** هو الرعاية أو العلاج الطبي الذي تحصل عليه والذي لا يكون تطوعيًا أو مطلوبًا بموجب أي قانون فيدرالي أو خاص بالولاية أو محلي.

ليتم تغطيتك من خلال خطتنا، يلزم ان تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة دينية للرعاية الصحية غير الطبية الشروط التالية:

- يجب اعتماد المرفق الذي يقدم الرعاية من جانب Medicare.
- تقتصر تغطية خدمات خطتنا التي تتلقاها على أوجه الرعاية غير الدينية.
- إذا حصلت على الخدمات المقدمة لك في مرفق ما من هذه المؤسسة، فيلزم تطبيق الشروط التالية:
  - يتعين أن تكون لديك حالة طبية تتيح لك الحصول على خدمات مغطاة فيما يتعلق برعاية المستشفى للمريض الداخلي أو الرعاية التمريضية الحاذقة.

- و - يتعين عليك الحصول على موافقة مسبقة من خطتنا قبل دخولك إلى المرفق وإلا فإن إقامتك ستظل غير مغطاة من الخطة. –

قد يتم تطبيق حدود تغطية Medicare للمرضى الداخليين في المستشفى (انظر مخطط المزايا الطبية في الفصل 4).

القسم 7 قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة

القسم 7.1 هل ستمتلك المعدات الطبية المعمرة بعد دفعك لعدد معين من الدفعات بموجب خطتنا؟

تشتمل المعدات الطبية المعمرة (DME) على عناصر مثل مستلزمات وجهاز الأكسجين والكراسي المتحركة والمشايات وأنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة والعكازات والمستلزمات المتعلقة بداء السكري والأجهزة المساعدة على الكلام ومضخات التسريب الوريدي والرذاذات وأسرَّة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل. يمتلك العضو دائمًا عناصر معينة مثل الأطراف الصناعية. في هذا القسم، نناقش أنواعًا أخرى من المعدات الطبية المعمرة التي يتعين عليك استئجارها.

في Original Medicare، يمتلك الأشخاص الذين يؤجرون أنواعًا معينة من المعدات الطبية المعمرة هذه المعدات بعد دفع مبالغ المشاركة في السداد لهذه القطعة لمدة 13 شهرًا. كعضو Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) تحت ظروف محدودة معينة، سنقوم بنقل ملكية العنصر المتعلق بالمعدات الطبية المعمرة لك. اتصلي بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.

ماذا يحدث للدفعات التي دفعتها مقابل المعدات الطبية المعمرة إذا انتقلت إلى Original Medicare؟
إذا لم تحصل على ملكية عنصر من ضمن المعدات الطبية المعمرة أثناء وجودك كعضو في خطتنا، سيتعين عليك دفع 13 دفعة جديدة متتالية بعد الانتقال إلى Original Medicare لامتلاك هذا العنصر. لا يتم حساب المدفوعات التي قمت بها أثناء تسجيلك في خطتك.

المثال 1: لا يتم احتساب 12 دفعة متتالية التي قمت بها أو أقل للبند الموجود في برنامج Original Medicare. سيتعين عليك إجراء 13 دفعة لخطتنا قبل امتلاك العنصر.

المثال 2: قمت بسداد 12 دفعة أو أقل لهذا البند في Original Medicare ثم انضممت إلى خطتنا. كنت في خطتنا ولكنك لم تحصل على ملكية خطة أثناء عضويتك في خطتنا. ثم تعود إلى Original Medicare. سيتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة على التوالي لامتلاك هذا البند بمجرد الانضمام إلى Original Medicare مرة أخرى. لا يتم حساب جميع المدفوعات السابقة (سواء إلى خطتنا أو إلى Original Medicare).

القسم 7.2 قواعد معدات الأكسجين والمستلزمات والصيانة

ما مزايا الأكسجين التي يحق لك الحصول عليها؟
إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية معدات الأكسجين من Medicare، فستغطي خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) ما يلي:

- تأجير معدات الأكسجين
- توصيل محتويات الأكسجين والأكسجين
- توصيل أنابيب الأكسجين وملحقاتها ذات الصلة لتوصيل محتويات الأكسجين والأكسجين
- صيانة وإصلاح معدات الأكسجين

إذا تركت برنامج Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) أو لم تعد بحاجة إلى معدات الأكسجين لأسباب طبية، فيجب إرجاع معدات الأكسجين.

ماذا يحدث إذا تركت خطتك وعدت إلى برنامج Original Medicare؟

Original Medicare يتطلب مورّد الأكسجين لتوفير الخدمات لك لمدة خمس سنوات. خلال أول 36 شهرًا فإنك تستأجر المعدات. أما خلال الـ 24 شهرًا المتبقية، فيوفر المورّد المعدات والصيانة (ما زلت مسؤولاً عن المشاركة في السداد مقابل الأكسجين). بعد خمس سنوات، يمكنك اختيار البقاء في نفس الشركة أو الذهاب إلى شركة أخرى. عند هذه النقطة، تبدأ دورة الخمس سنوات مرة أخرى، حتى إذا بقيت مع نفس الشركة، مما يتطلب منك سداد مشاركات في السداد لأول 36 شهرًا. في حال انضمامك إلى خطتنا أو تركها، تبدأ دورة الخمس سنوات من جديد.

الفصل 4
مخطط المزايا الطبية (ما يمكن تغطية تكاليفه)

القسم 1 فهم الخدمات المغطاة

يقدم هذا الفصل مخطط المزايا الطبية الذي يسرد الخدمات المغطاة لك كعضو في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). ويمكنك الحصول على معلومات حول الخدمات الطبية غير المغطاة لاحقًا في هذا الفصل. ويوضح أيضًا حدود بعض الخدمات.

القسم 1.1 لا تدفع شيئًا مقابل الخدمات المغطاة

نظرًا لأنك تتلقى مساعدة من Medicaid، فإنك لا تدفع شيئًا مقابل الخدمات المشمولة في التغطية طالما أنك تتبع قواعد الخطة التأمينية للحصول على رعايتك. (راجع الفصل 3 لمزيد من المعلومات حول قواعد الخطة للحصول على الرعاية الخاصة بك.) لفهم معلومات الدفع التي نقدمها لك في هذا الفصل، تحتاج إلى معرفة أنواع التكاليف التي قد تدفعها من تكاليفك النثرية مقابل الخدمات المغطاة لديك.

القسم 1.2 ما أقصى مبلغ ستدفعه مقابل الخدمات الطبية المغطاة ؟

ملاحظة: بسبب حصول أعضائنا أيضًا على مساعدة من Medicaid، ستجد قلة من الأعضاء هم من يصلوا إلى الحد الأقصى من المبالغ النثرية. لن تكون مسؤولاً عن سداد أي من التكاليف النثرية ضمن الحد الأقصى من المبلغ النثري لخدمات الجزء (A) والجزء (B) المغطاة. هناك حد للمبلغ الذي يتعين عليك دفعه من جيبك وأموالك الخاصة كل عام مقابل الخدمات الطبية التي تغطيها خطتنا نظرًا لأنك مسجل في خطة Medicare Advantage Plan. ويسمى هذا الحد بالحد الأقصى للمبلغ المدفوع من الأموال الخاصة (MOOP) من أجل الخدمات الطبية. بالنسبة للسنة التقويمية 2025، يبلغ هذا المبلغ **$9,350**.

أما المبالغ التي سددتها نظير المشاركة في السداد والتأمين عن مجموعة الخدمات المغطاة فتصل إلى الحد الأقصى من التكاليف النثرية. المبالغ التي تسددها نظير أدويتك الموصوفة ضمن الجزء (D) لا تصل لذلك الحد الأقصى من التكاليف النثرية. بالإضافة إلى ذلك، لا يتم احتساب المبالغ التي تدفعها مقابل بعض الخدمات ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك وأموالك الخاصة. يتم تمييز هذه الخدمات بعلامة النجمة في مخطط المزايا الطبية. إذا وصلت إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك وأموالك الخاصة وهو **$9,350**، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف من جيبك لبقية العام مقابل الخدمات المغطاة. ومع ذلك، يتعين عليك مواصلة سداد أقساط الجزء (B) من Medicare (ما لم يُسدد قسط الجزء (B) من Medicaid أو أي جهة خارجية أخرى).

القسم 2 استعن بمخطط المزايا الطبية لمعرفة ما هو مغطى

القسم 2.1 مزاياك الطبية كعضو في الخطة

يسرد مخطط المزايا الطبية الموجود في الصفحات التالية الخدمات التي تغطيها Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). تتم تغطية أدوية الوصفات الطبية الجزء (D) في الفصل 5. وتُغطى الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية فقط عند استيفاء متطلبات التغطية التالية:

- يتعين تقديم الخدمات المغطاة من قبل Medicare وفقًا لإرشادات التغطية المحددة من Medicare.
- يتعين أن تكون خدماتك (بما فيها خدمات الرعاية الطبية والمستلزمات والمعدات والأدوية الموصوفة ضمن الجزء (B)) ضرورية من الناحية الطبية. ويعني مصطلح "ضروري من الناحية الطبية" أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية مطلوبة للوقاية أو التشخيص أو العلاج من حالتك الطبية وتستوفي معايير الممارسة الطبية المعترف بها.
- بالنسبة للمسجلين الجدد، يجب أن توفر خطة الرعاية المنسقة الخاصة بك فترة انتقالية مدتها 90 يومًا على الأقل، وخلال هذه الفترة قد لا تتطلب خطة الرعاية المنسقة الجديدة موافقة مسبقة لأي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت مع مقدم خدمة خارج الشبكة.

- تحصل على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمات من خارج الشبكة، ما لم تكن رعاية طارئة أو عاجلة أو ما لم تكن خطتك أو مقدم الخدمات داخل الشبكة قد أعطاك إحالة. ويعني هذا أنه يتعين عليك السداد لمقدم الخدمات بالكامل مقابل الخدمات المقدمة.
- يتوفر لك مقدم رعاية أولية بالشبكة يختص بتقديم الرعاية لك والإشراف عليها.
- بعض الخدمات الواردة في مخطط المزايا الطبية مغطاة فقط في حالة حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على موافقة مقدمًا (يُطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") منّا. يتم تمييز الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة بملاحظة في مخطط المزايا الطبية.
- إذا كانت خطة الرعاية المنسقة الخاصة بك توفر موافقة على طلب ترخيص مسبق لمسار العلاج، فيجب أن تكون الموافقة صالحة طالما كان ذلك معقولاً من الناحية الطبية وضرورياً لتجنب الاضطرابات في الرعاية وفقًا لمعايير التغطية المعمول بها، وتاريخك الطبي، وتوصية مقدم العلاج.

ومن بين الأشياء المهمة الأخرى التي عليك معرفتها بشأن تغطيتنا:

- أنت تتمتع بالتغطية من خلال كلٍ من Medicare وMedicaid. تغطي Medicare الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة. يغطي برنامج Medicaid مشاركة التكاليف الخاصة بك لخدمات Medicare، بما في ذلك مدفوعات أقساط الجزأين أ و ب من Medicare، ومبلغ الخصم، والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة (باستثناء الجزء د من برنامج Medicare) اعتمادًا على أهليتك لبرنامج Medical Savings Program. قد يغطي برنامج Medicaid أيضًا الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل خدمات الرعاية طويلة الأجل أو الخدمات المنزلية والمجتمعية.
- كما هو الحال مع جميع الخطط الصحية لـ Medicare، فإننا نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. (إذا أردت أن تعرف المزيد عن التغطية وتكاليف خدمات برنامج Original Medicare، فراجع الكتيب *Medicare & You 2025 (Medicare* وأنت لعام *2025)*. يمكنك عرضه عبر الإنترنت على www.medicare.gov أو طلب نسخة من خلال الاتصال برقم 1-800-MEDICARE (1-877-486-2048) على مدار 24 الساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. ويجب لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.)
- بالنسبة لجميع الخدمات الوقائية المغطاة مجانًا ضمن برنامج Original Medicare، فإننا أيضًا نغطيها مجانًا.
- في حالة إضافة Medicare لتغطية لأي خدمات جديدة خلال العام 2025، فستُغطى تلك الخدمات إما من Medicare وإما من خلال خطتنا.
- إذا كنت في خلال فترة الستة أشهر من الأهلية المستمرة المعتبرة بخطتنا، فإننا سنواصل تقديم جميع مزايا Medicare المغطاة لخطة Medicare Advantage. سوف تقع في فترة السماح إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medicaid أو أهليتك لبرنامج Medicare Savings Program. تبدأ فترة السماح في اليوم الأول من الشهر بعد أن تفقد حالة الأهلية المزدوجة. عندما تكون في فترة الأهلية المستمرة، فأنت لا تزال عضوًا في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). ومع ذلك، خلال هذه الفترة، قد تكون مسؤولاً عن بعض التكاليف النثرية التي تم دفعها مسبقًا من خلال مزايا Medicaid الخاصة بك.

تشمل التكاليف التي قد تضطر إلى دفعها أقساط الجزء أ أو ب، اعتمادًا على مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid. قد تضطر أيضًا إلى دفع أقساط الجزء (D) أو حصص تكلفة الأدوية من الجزء (D) بناء على مستوى "المساعدة الإضافية". وأخيرًا، قد تكون مسؤولاً عن حصص التكلفة، بما في ذلك الدفعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات خلال فترة السماح. إذا لم تكن مؤهلاً مرة أخرى للحصول على مزايا Medicaid أو قمت بالتسجيل في خطة Medicare مختلفة في نهاية فترة الستة أشهر، فسنقوم بإلغاء تسجيلك من خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP).

لا تدفع شيئًا مقابل الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية، طالما أنك تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أعلاه.

معلومات المزايا المهمة للمسجلين المؤهلين للحصول على "مساعدة إضافية (Extra Help)":

- إذا تلقيت "مساعدة إضافية (Extra Help)" لدفع تكاليف برنامج الأدوية الموصوفة من Medicare، مثل الأقساط والمبالغ المقتطعة والتأمين المشترك، فأنت مؤهل للحصول على مزايا تكميلية أخرى مستهدفة و/أو مشاركة تكلفة مخفضة مستهدفة.
- لمزيد من التفاصيل، يرجى الانتقال إلى صف **"VBID"** في مخطط المزايا الطبية أدناه.

ستری هذه التفاحة بجانب الخدمات الوقائية في مخطط المزايا.

مخطط المزايا الطبية

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهري فحص بالأشعة فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي الخطة هذا الفحص فقط إذا كنت تعاني عوامل خطر معينة وحصلت على إحالة بشأنها من قِبل الطبيب أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو اختصاصية التمريض السريري.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لهذا الفحص الوقائي.
الوخز الإبري لآلام أسفل الظهر المزمنة تشتمل الخدمات المغطاة: تتم تغطية ما يصل إلى 12 زيارة في 90 يومًا للمستفيدين من برنامج Medicare وفق الظروف التالية: لغرض هذه الميزة، يتم تعريف الآلام المزمنة أسفل الظهر على النحو التالي: • استمرار الآلام لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير محددة، من حيث أنه ليس لها سبب جهازي محدد (على سبيل المثال، غير مرتبطة بمرض منتشر، التهابي، معدي، إلخ)؛ • لا يرتبط الألم بالجراحة و • لا يرتبط بالحمل. سيتم تغطية ثماني جلسات إضافية لأولئك المرضى الذين يظهرون تحسنًا. لا يمكن إعطاء أكثر من 20 علاجًا للوخز الإبري سنويًا. يتعين إيقاف العلاج إذا كان المريض لا يتحسّن أو تتراجع حالته. متطلبات مقدم الخدمة: يمكن للأطباء (على النحو المحدد في عام 1861(r)(1) من قانون الضمان الاجتماعي (القانون) تقديم الوخز الإبري وفقا لمتطلبات الدولة السارية. يمكن لمساعدي الأطباء (PAs)، والممرضين الممارسين (NPs)/ المتخصصين في التمريض السريري (CNS) (على النحو المحدد في 1861(aa)(5) من القانون)، والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا استوفوا جميع متطلبات الحالة المعمول بها ولديهم: • درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من مدرسة معتمدة من قبل لجنة الاعتماد في الوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ و	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لكل زيارة للوخز بالإبر مغطاة ببرنامج Medicare.
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الوخز الإبري لآلام أسفل الظهر المزمنة (يُتبع) • ترخيص حالي وكامل وفعال وغير مقيد لممارسة الوخز بالإبر في ولاية أو إقليم أو Commonwealth (أي Puerto Rico (بويرتوريكو)) بالولايات المتحدة أو مقاطعة Columbia (كولومبيا). يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يؤدون الوخز بالإبر تحت المستوى المناسب من الإشراف من قبل الطبيب أو PA أو CNS / NP الذي تتطلبه لوائحنا في 42 CFR §§ 410.26 و 410.27.	
الخدمات النهارية للبالغين أو خدمات الدعم الأخرى خدمات الرعاية أو الدعم طويلة الأجل التي يقدمها البرنامج النهاري القائم على المجتمع الذي يوفر مجموعة متنوعة من الخدمات الصحية والعلاجية والاجتماعية المصممة لتلبية الاحتياجات المتخصصة للأفراد الذين يعانون من إعاقة والمعرضين لخطر الانضمام إلى مرفق الرعاية التمريضية (NF). تقدم Aetna Better Health of Virginia® هذه الخدمات إذا تبين أنك مؤهل من خلال عملية فحص MLTSS. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
بطاقة المزايا الإضافية من Aetna Medicare من خلال التأهل للتسجيل في هذه الخطة، ستحصل على بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits Card للمساعدة في دفع بعض النفقات اليومية. على هذه البطاقة تحصل على: محفظة دعم إضافية بمبلغ استفادة شهري (بدل). انظر **مخطط المزايا التكميلية الخاصة** انظر القسم في الفصل 4 للمزيد من التفاصيل. **ملاحظة مهمة:** • بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits لا تحل محل بطاقة هوية العضوية الخاصة بك. • سوف تتلقى بطاقة جديدة في البريد. وسوف يتضمن تعليمات حول كيفية تفعيل البطاقة واستخدامها. • تقع على عاتقك مسؤولية التأكد من أن Aetna لديها عنوان البريد المحدث المسجل. لا تتحمل Aetna مسؤولية البريد المرسل بشكل خاطئ أو المفقود أو غير المُسلَّم.	
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
بطاقة المزايا الإضافية من Aetna Medicare *(يُتبع)* • لا تتحمل Aetna مسؤولية البطاقات المفقودة أو المسروقة وأي استخدام مرتبط بالبطاقة بعد ذلك. إذا كنت بحاجة إلى بطاقة بديلة، يرجى الاتصال على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: **711**) لطلب بطاقة جديدة. وفي الوقت نفسه، يمكنك الوصول إلى بعض المزايا من خلال زيارة CVS.com/Aetna. • لا تتحمل Aetna مسؤولية الأموال المفقودة بسبب ظروف شخصية لا يمكنك فيها استخدام مبلغ استحقاقك (على سبيل المثال، الإقامة في المستشفى، السفر، وما إلى ذلك). • لا يمكن استخدام البطاقة إلا لدى تجار التجزئة داخل الشبكة الذين يقبلون Visa®. • لا يمكن استخدام البطاقة لدفع ثمن الأدوية الموصوفة أو المنتجات مثل الكحول والتبغ والقنب والأسلحة النارية وبطاقات الهدايا. • لمزيد من المعلومات يمكنك الاتصال على **1-844-428-8147** (الهاتف النصي: **711**) 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي باستثناء العطلات الفيدرالية أو زيارة CVS.com/Aetna.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على ميزة بطاقة المزايا الإضافية Aetna Medicare.
خدمات الإسعاف • تشمل الخدمات الإسعافية المغطاة، سواء للحالات الطارئة أو غير الطارئة، خدمات الإسعاف بطائرة ثابتة الأجنحة ودوارة الأجنحة والإسعاف الأرضي، حتى أقرب مرفق مناسب يمكنه تقديم الرعاية فقط في حالة تقديمها لأحد الأعضاء الذي من الممكن أن تعرّض وسائل النقل الأخرى صحته للخطر أو عند اعتمادها من الخطة. • إذا لم تكن خدمات الإسعاف المغطاة مخصصة لحالة طارئة، فيجب توثيق أن حالة العضو توضح أن وسائل النقل الأخرى قد تعرّض صحته للخطر وأن النقل بسيارة الإسعاف مطلوب طبيًا. **يلزم الحصول على إذن مسبق للنقل في غير حالات الطوارئ بطائرات ذات أجنحة ثابتة.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات سيارة الإسعاف المغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الفحص البدني الروتيني السنوي يعتبر الفحص البدني الروتيني السنوي فحصا بدنيا مكثفا بما في ذلك مجموعة التاريخ الطبي وقد يشتمل أيضا على أي مما يلي: العلامات الحيوية، ومراقبة المظهر العام، وفحص الرأس والعنق، وفحص القلب والرئة، وفحص البطن، وفحص علاجي العصبية، وفحص الأمراض الجلدية، وفحص الأطراف. تغطى هذه الميزة التي لا يغطيها برنامج Medicare بالإضافة إلى زيارة العافية السنوية المغطاة من Medicare والزيارات الوقائية "مرحبا بكم في Medicare". يمكنك تحديد موعد روتينيتك السنوية مرة واحدة في كل عام تقويمي. تخضع المعامل والفحوصات الوقائية و/ أو الاختبارات التشخيصية التي يتم تلقيها خلال هذه الزيارة لتغطية الاختبارات المخبرية والتشخيصية الخاصة بك. (يرجى الاطلاع على **الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية للمرضى الخارجيين** للحصول علي مزيد من المعلومات.)	المشاركة في السداد بقيمة 0$ للفحوصات البدنية الروتينية السنوية.
زيارة العافية السنوية إذا كنت تتمتع بخدمات الجزء (B) لأكثر من 12 شهرًا، يمكنك الحصول على زيارة عافية سنوية لعمل أو تحديث خطة وقائية مخصصة تستند إلى العوامل الصحية والخطورة الحالية. ستغطي خطتنا زيارة العافية السنوية مرة واحدة في كل عام تقويمي. **ملاحظة:** لا تجوز زيارة العافية السنوية الأولى خلال مدة 12 شهرًا من الوقت الذي تجرى فيه الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare". ومع ذلك، فإنك لست بحاجة إلى تغطية الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare" بالنسبة لزيارات العافية السنوية بعد تغطية خدمات الجزء B لمدة 12 شهرًا.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على زيارة العافية السنوية.
قياس كتلة العظم بالنسبة للأشخاص المؤهلين (وهم بشكل عام الأشخاص المعرضين لخطر فقد أو هشاشة العظام)، تغطى الخدمات التالية كل 24 شهرًا أو بشكل متكرر إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك: ومنها إجراءات تحديد كثافة العظام أو الكشف عن الفقدان العظمي أو تحديد جودة العظام بما في ذلك تحليل الطبيب للنتائج.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة قياس كتلة العظم المغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
فحص سرطان الثدي (صور الثدي الشعاعية) تشتمل الخدمات المغطاة: • صورة ثدي شعاعية أساسية للأعمار ما بين 35 و39 عامًا • فحص الثدي الشعاعي مرة واحدة كل سنة تقويمية للنساء في سن 40 عامًا وما فوق • فحوصات الثدي السريرية مرة واحدة كل 24 شهرًا **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على صور الثدي الشعاعية التشخيصية المغطاة. لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على تصوير الثدي بالأشعة التشخيصية.
مجموعة توسيع الراحة المهدئة يقدم للأعضاء المسنين الذين يعيشون في منشأة رعاية تمريضية أو لديهم تشخيص بالقلق أو الاكتئاب المتوسط إلى الشديد، مجموعة قد تتضمن عناصر مثل جهاز الصوت والعلاج بالروائح ومنتجات العلاج بالضوء والوسائد والبطانيات المرجحة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
خدمات إعادة التأهيل القلبي تكون البرامج الشاملة لخدمات إعادة التأهيل القلبي التي تشمل التمرين والتعليم والاستشارة مغطاة للأعضاء الذين يستوفون ظروفًا صحية معينة مع وجود طلب من الطبيب المختص. وتغطي الخطة أيضًا البرامج المكثفة لإعادة التأهيل القلبي الأكثر دقة وكثافة من البرامج العادية لإعادة تأهيل القلب.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب المغطاة من برنامج Medicare وخدمات إعادة تأهيل القلب المكثفة.
زيارة الحد من خطر الأمراض القلبية الوعائية (علاج للأمراض القلبية الوعائية) نحن نغطي زيارة واحدة كل عام مع طبيب الرعاية الأولية للمساهمة في الحد من خطر الأمراض القلبية الوعائية. وقد يناقش الطبيب معك أثناء هذه الزيارة استخدام الأسبرين (إذا كان مناسبًا)، وقياس ضغط دمك، ويعطيك النصائح للتأكيد على تناولك الطعام الصحي.	لا تطبق رسوم المشاركة في التأمين أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على مزايا العلاج السلوكي المكثف والوقاية من الأمراض القلبية الوعائية.
اختبار الإصابة بالمرض القلبي الوعائي تجرى فحوصات الدم للكشف عن الأمراض القلبية الوعائية (أو الأمور غير الطبيعية المتزامنة مع الخطر المتصاعد للتعرض للأمراض القلبية الوعائية) بمعدل مرة كل 5 أعوام (60 شهرًا).	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الفحص للكشف عن الأمراض القلبية الوعائية المغطاة لمرة واحدة كل 5 أعوام.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
فحص سرطان عنق الرحم والسرطان المهبلي تشتمل الخدمات المغطاة: • لجميع النساء: تتم تغطية اختبارات باب وفحوصات الحوض مرة كل 24 شهرًا • إذا كنتِ معرضة لخطورة عالية للإصابة بسرطان عنق الرحم أو السرطان المهبلي أو كنت في سن الإنجاب كان اختبار باب غير طبيعي خلال آخر 3 سنوات: فيتم إجراء اختبار باب بمعدل مرة كل 12 شهرًا	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الفحص الوقائي لباب والحوض المغطاة من Medicare.
خدمات تقويم العمود الفقري تشتمل الخدمات المغطاة: • نغطي فقط خدمة المعالجة اليدوية للعمود الفقري بغرض تصحيح الخلع الجزئي	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على زيارات العلاج بتقويم العمود الفقري المغطاة من Medicare.
فحص سرطان القولون والمستقيم تتم تغطية الفحوصات التالية: • لا يوجد حد أدنى أو أقصى للعمر فيما يتعلق بتنظير القولون ويتم تغطيته مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو 48 شهرًا بعد التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية بعد فحص القولون بالمنظار السابق أو حقنة الباريوم الشرجية. • التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد خضوع المريض لتنظير القولون الفحصي. مرة واحدة كل 48 شهرًا للمرضى ذوي الخطورة العالية من التنظير السيني المرن الأخير أو حقنة الباريوم. • فحص اختبارات الدم المختفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرتين في السنة التقويمية. • فحص اختبار الدم الخفي في البراز المعتمد على غاياك للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرتين في السنة التقويمية. • الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على فحوصات سرطان القولون والمستقيم المغطاة من Medicare. ويُعرف هذا أيضًا باسم تنظير القولون الوقائي. لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة فحص الحقن الشرجية الباريوم المغطاة من Medicare.
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
فحص سرطان القولون والمستقيم *(يُتبع)* • اختبارات العلامات الحيوية القائمة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. • حقنة الباريوم الشرجية كبديل لتنظير القولون للمرضى المعرضين لخطر كبير ولمدة 24 شهرًا منذ آخر فحص لحقنة الباريوم أو تنظير القولون الأخير. • حقنة الباريوم الشرجية كبديل للتنظير السيني المرن للمرضى غير المعرضين لخطر كبير والذين يبلغون من العمر 45 عامًا أو أكثر. مرة واحدة على الأقل لمدة 48 شهرًا بعد آخر فحص لحقنة الباريوم الشرجية أو فحص التنظير السيني المرن. • تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم متابعة فحص القولون بالمنظار بعد أن أظهر اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم الذي يعتمد على البراز غير الجراحي الذي يغطيه برنامج Medicare نتيجة إيجابية.	
الخدمات المجتمعية للأشخاص الذين يحتاجون إلى رعاية الصحة العقلية للأشخاص الذي بحاجة لرعاية الصحية العقلية المغطاة مجموعة منسقة للغاية من الخدمات التي تقدمها مجموعة من المهنيين الطبيين والصحة السلوكية وإعادة التأهيل في المجتمع الذين يعملون كفريق واحد لتلبية الاحتياجات المعقدة للأفراد. تقدم Aetna Better Health of Virginia® هذه الخدمات إذا تبين أنك مؤهل من خلال عملية فحص MLTSS. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات الأسنان بوجه عام، لا يغطي برنامج Original Medicare خدمات الأسنان الوقائية (مثل تنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية على الأسنان). ومع ذلك، يدفع برنامج Medicare حاليًا مقابل خدمات الأسنان في عدد محدود من الظروف، وتحديدًا عندما تكون هذه الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل بعض الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو خلع الأسنان استعدادًا للعلاج الإشعاعي لسرطان الفك، أو فحوصات الفم التي تسبق زراعة الكلى. بالإضافة إلى ذلك، فإننا نغطي المزايا التالية غير المغطاة من Medicare: **خدمات طب الأسنان الوقائية (غير مغطاة في Medicare):** لمعرفة قائمة الخدمات الوقائية المغطاة، راجع جدول طب الأسنان الذي يبدأ في الصفحة 90. **خدمات طب الأسنان الشاملة (غير مغطاة في Medicare):** لمعرفة قائمة الخدمات الشاملة المغطاة، راجع جدول طب الأسنان الذي يبدأ في الصفحة 90. تحصل على **مبلغ الإستفادة السنوية (المخصص)** $3,000 لتغطية خدمات طب الأسنان الوقائية وخدمات طب الأسنان الشاملة مجتمعة. سيتم دفع الخدمات المغطاة لمقدم الخدمة حتى مبلغ الاستحقاق السنوي (البدل). إذا تجاوزت مبلغ الاستفادة للخدمات المغطاة، فسوف تكون مسؤولاً عن تلك التكاليف ولن يتم تعويضك.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة الأسنان المغطاة من Medicare. **خدمات طب الأسنان الوقائية (غير مغطاة في Medicare):** للحصول على تفاصيل حول تقاسم التكاليف للخدمات الوقائية المغطاة، راجع جدول طب الأسنان الذي يبدأ في الصفحة 90. **خدمات طب الأسنان الشاملة (غير مغطاة في Medicare):** للحصول على تفاصيل حول تقاسم التكاليف للخدمات الشاملة المغطاة، راجع جدول طب الأسنان الذي يبدأ في الصفحة 90.
خدمات الأسنان، *(تُتبع)* راجع جدول طب الأسنان في EOC للحصول على مزيد من التفاصيل. يتم توفير هذه الميزة من خلال DentaQuest. إذا اخترت مقدم خدمات خارج الشبكة، فلن تتم تغطية الخدمات. لتحديد موقع مقدم خدمة الشبكة، يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء DentaQuest على الرقم **1-855-463-0933** (**الهاتف النصي: 711**) أو ابحث في دليل مقدمي خدمات DentaQuest عبر الإنترنت على dentaquest.com/en/members/virginia-medicaid-dental-coverage **تغطية إضافية متاحة من خلال مزايا Medicaid الخاصة بك.**	
فحص الاكتئاب نحن نغطي جلسة واحدة للكشف عن الاكتئاب سنويًا. ويتعين أن يُجرى الفحص في إطار الرعاية الأولية بحيث تتوفر المتابعة العلاجية و/أو الإحالات.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الزيارة السنوية للكشف عن الاكتئاب.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
فحص مرض السكري نغطي هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات السكري الصيامي) إذا كنت تعاني من عوامل الخطورة التالية: ارتفاع ضغط الدم أو سابقة ارتفاع مستويات الكوليسترول وثلاثي الغليسريد (ارتفاع دهون الدم) أو السمنة أو سابقة ارتفاع سكر الدم (السكري). كما يمكن تغطية التحاليل حال انطباق بعض الشروط الأخرى عليك، كالسمنة المفرطة أو سابقة إصابة أحد أفراد العائلة بالسكري. قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين لمرض السكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على اختبارات الكشف عن السكري المغطاة من Medicare.
التدريب علي الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات المقدمة لهم لجميع مرضى السكرى (المعَالجون بالأنسولين وغيره). تشتمل الخدمات المغطاة: • مستلزمات مراقبة جلوكوز الدم، بما في ذلك: مراقبة جلوكوز الدم، وأشرطة اختبارات جلوكوز الدم، والأجهزة الواخِزَة والمباضع، ووسائل مراقبة الجلوكوز المستخدمة في فحص دقة نسبة التحاليل بالأشرطة وأجهزة قياس نسبة السكر. • للأشخاص المصابين بالسكري الذين يعانون من مرض القدم السكري الشديد: توفير زوج من الأحذية العلاجية المخصصة لمرضى السكر كل عام تقويمي (بما في ذلك البطانة المرفقة بتلك الأحذية) وزوجين إضافيين من بطانة الحذاء أو زوج من الأحذية العميقة وثلاثة أزواج من البطانة (لا تشمل البطانة المنزوعة المصممة حسب الرغبة والمرفقة مع هذه الأحذية). تتضمن التغطية اللوازم المطلوبة. • تغطية التدريب على الإدارة الذاتية للسكري تحت ظروف معينة. **ملاحظات:** • نحن نغطي حصريا أجهزة مراقبة جلوكوز الدم LifeScan / OneTouch وشرائط الاختبار كمستلزمات السكري المفضلة لدينا. قد يتم تغطية أجهزة المراقبة غير التابعة لشركة LifeScan وشرائط الاختبار إذا كانت هناك ضرورة طبية لذلك، مثل الخط الكبير أو أجهزة القياس الناطقة للأشخاص الذين يعانون من ضعف البصر. يمكن لك أو لمقدم الخدمة الخاص بك طلب استثناء طبي، حيث يتطلب الأمر الحصول على موافقة مسبقة. • ابتداءً من يناير 2025، يجب عليك الحصول على جهاز قياس نسبة السكر في الدم LifeScan ولوازم الاختبار الأخرى (أجهزة الوخز والإبر وشرائط الاختبار) مباشرة من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة والتي تتطلب وصفة طبية من مقدم الخدمة الخاص بك. تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري المغطى ببرنامج Medicare أو أحذية/معينات مرضى السكري أو خدمات ومستلزمات مرضى السكري.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
التدريب علي الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات المقدمة لهم *(يُتبع)* • وفقًا لـ CMS، يتم تغطية بعض الإمدادات الخاصة بمرض السكري بموجب شراكتنا الحصرية مع LifeScan ضمن التغطية الطبية الخاصة بك وستكون هناك رسوم مشاركة قدرها 0$. لا تتوفر الإمدادات الأخرى لمرضى السكري من خلال LifeScan ويتم تغطيتها بموجب تغطيات الأدوية الموصوفة لك بتكاليف مشتركة تحددها الطبقة التي تنتمي إليها. تتوفر مستلزمات مرضى السكري من LifeScan التي تغطيها التغطية الطبية الخاصة بك مثل أجهزة القياس وشرائط الاختبار في الصيدليات التابعة للشبكة بتكلفة مشاركة قدرها 0$. يمكنك العثور على المستلزمات الخاصة بمرضى السكر والتي تغطيها تغطية الأدوية الموصوفة (مسحات الكحول، والمشارط، والشاش 2 × 2، والإبر والحقن) في دليل النماذج الخاص بخطتك. • تعتبر أجهزة مراقبة الجلوكوز المستمرة (CGMs) من المعدات الطبية المعمرة (DME). **يلزم الحصول على تصريح مسبق لأكثر من جهاز واحد لمراقبة جلوكوز الدم كل عام و/أو شرائط اختبار تزيد عن 100 شريط لكل 30 يومًا. قد يلزم الحصول على إذن مسبق للأحذية والملحقات الخاصة بمرضى السكر. يعتبر التصريح المسبق هو مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	
المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة (للاطلاع على تعريف "المعدات الطبية المعمرة"، انظر الفصل 12 وكذلك الفصل 3، القسم 7 من هذا المستند.) نغطي العناصر التالية: • الكراسي المتحركة • العكازات • أنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة • مستلزمات مرض السكري • أسرَّة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل • مضخات وقطب الحقن الوريدي (IV) • الأجهزة المساعدة على الكلام • جهاز الأكسجين والمستلزمات • الرذاذات • المشايات • مقبض قياسي منحنى أو عكاز رباعي والمستلزمات البديلة • مسحب الرقبة (المعلق في الباب) • محفز العظام • معدات العناية لغسيل الكلى	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	
المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة *(يُتبع)* قد تتم تغطية عناصر أخرى. تتوفر أجهزة مراقبة الجلوكوز المستمرة (CGMs) والمستلزمات من خلال مقدمي خدمات DME المشاركين. للحصول على قائمة بمقدمي خدمات DME، قم بزيارة www.aetna.com/dsepublicContent/assets/pdf/en/DME_National_Provider_Listing.pdf. تتوفر أيضا أجهزة مراقبة ومستلزمات الجلوكوز المستمرة من Dexcom و FreeStyle Libre في الصيدليات المشاركة. **يجب** على مقدم الخدمة الحصول على تصريح لجهاز مراقبة الجلوكوز المستمر. يمكن الحصول على أجهزة الاستشعار دون الحصول على إذن مسبق من الخطة. نغطي جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Original Medicare. إذا كان المورد في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو علامة تصنيع معينة، يمكنك أن تسأله إن كان بإمكانه عمل طلب خاص بها من أجلك. تتوفر أحدث قائمة للصيدليات ومقدمي الخدمات المشاركين على موقعنا الإلكتروني على AetnaBetterHealth.com/mydsnp. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل المعدات الطبية المعمرة المغطاة ببرنامج Medicare والمستلزمات ذات الصلة.
الحيوانات الأليفة الإلكترونية يمكن للأعضاء الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر والذين يعانون من مشكلات في الذاكرة (مثل الزهايمر أو الخرف) أو اضطرابات النمو الفكري (IDD)، والذين تتراوح أعمارهم بين 5 و17 عامًا، الحصول على قطة أو كلب أو طائر إلكتروني واحد طوال حياتهم.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الرعاية في حالات الطوارئ رعاية الطوارئ يقصد بها الخدمات التالية: • التي يقدمها مقدم خدمات مؤهل لتقديم الخدمات في حالة الطوارئ، و • المطلوبة لتقييم أو استقرار حالة طبية طارئة. تحدث حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن لديك أعراضًا طبية تتطلب عناية طبية فورية لمنع فقدان الحياة (وإذا كنتِ امرأة حامل، فقد جنين لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف. يمكن أن تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم حاد أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة. المشاركة في التكلفة الخاصة بالخدمات اللازمة في حالات الطوارئ المقدمة من خارج الشبكة مماثلة لنفس الخدمات المقدمة من داخل الشبكة. بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضا: • الرعاية في حالات الطوارئ (على مستوى العالم) • خدمات الإسعاف في حالات الطوارئ (على مستوى العالم) الحد الأقصى السنوي للاستفادة من حالات الطارئة في جميع أنحاء العالم، وسيارة الإسعاف الطارئة، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل هو 50,000$. قد يتعين عليك دفع المبلغ لمقدم الخدمة في وقت تقديم الخدمة وتقديمه للحصول على المبلغ المسترد. سيتم تعويضك بما يصل إلى الحد الأقصى لمبلغ الاستفادة السنوي مطروحًا منه أي مشاركة في التكلفة أو تقاسم التكاليف.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لرعاية الطوارئ داخل الولايات المتحدة. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لرعاية الطوارئ في جميع أنحاء العالم (أي خارج الولايات المتحدة). لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لخدمات الإسعاف في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم (أي خارج الولايات المتحدة). إذا كنت تتلقى الرعاية الطارئة في مستشفى من خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيتعين أن تحصل على رعاية المرضى الداخليين في المستشفى من خارج الشبكة المصرح بها بموجب الخطة وتكون التكلفة التي تتكبدها عبارة عن مبلغ تقاسم التكلفة الذي ستدفعه في المستشفى المغطاة ضمن الشبكة.
اللغة الإنجليزية كلغة ثانية (ESL) يتلقى الأعضاء الذين تتراوح أعمارهم بين 18 عامًا وما فوق مبلغ 250$ لدروس اللغة الإنجليزية كلغة ثانية للمساعدة في التواصل في المنزل/ المجتمع.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الوقاية من السقوط ستحصل على مبلغ استفادة سنوي قدره 150$ (بدل) لشراء منتجات السلامة المنزلية والحمام المعتمدة. يمكن أن تساعدك هذه المنتجات في إدارة الإعاقات الجسدية وتحسين قدرتك على التحرك في منزلك. لمعرفة المزيد عن هذه الميزة وطلب المنتجات المعتمدة، اتصل على **1-866-799-3832** (**الهاتف النصي: 711**) من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي. أو يمكنك زيارة **CVS.com/benefits**. يرجى ملاحظة ما يلي: • لا يمكنك تقديم أكثر من 3 طلبات في السنة. • لا يمكنك الدفع من تكاليفك النثرية إذا كانت قيمة مشترياتك أعلى من مبلغ المزايا الخاص بك. • يمكن شراء المنتجات فقط عبر الإنترنت أو عبر الهاتف. سيتم شحن المنتجات إليك مباشرةً، وستكون مسؤولاً عن أي تجميع أو تثبيت مطلوب.	المشاركة في السداد بقيمة 0$ لمنتجات السلامة المعتمدة في المنزل والحمام.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
اللياقة عضوية اللياقة البدنية السنوية أنت مغطى للحصول على عضوية أساسية في مرفق اللياقة البدنية المشاركة SilverSneakers® . إذا كنت لا تقيم بالقرب من منشأة مشاركة، أو تفضل ممارسة التمارين الرياضية في المنزل، تتوفر دروس عبر الإنترنت ومعدات اللياقة البدنية في المنزل. يمكنك طلب مجموعة لياقة واحدة كل عام من خلال SilverSneakers. بالإضافة إلى عضويتك الأساسية في SilverSneakers، سيكون لديك أيضًا إمكانية الوصول إلى فصول إثرائية عبر الإنترنت لدعم صحتك وعافيتك، بالإضافة إلى لياقتك العقلية. تشمل فصول الصحة والعافية على سبيل المثال لا الحصر: الطبخ والطعام والتغذية واليقظة. تشمل فصول اللياقة العقلية على سبيل المثال لا الحصر: المهارات الجديدة والتنظيم والمساعدة الذاتية والبقاء على اتصال. يمكن الوصول إلى هذه الفصول عبر الإنترنت من خلال زيارة SilverSneakers.com. للبدء، تحتاج إلى رقم معرف SilverSneakers الخاص بك. يرجى الزيارة SilverSneakers.com أو اتصل بـ SilverSneakers على الرقم 1-855-627-3795 (**الهاتف النصي: 711**) للحصول على رقم الهوية هذا. بعد ذلك أحضر رقم المعرف هذا معك عند زيارة أحد مرافق اللياقة البدنية المشاركة. يمكن العثور على معلومات حول المنشآت المشاركة باستخدام موقع SilverSneakers أو عن طريق الاتصال SilverSneakers. مهم: يمكنك الحصول على عضوية أساسية في أي موقع من مواقع SilverSneakers المشاركة. قد تختلف وسائل الراحة حسب الموقع المشارك بما في ذلك على سبيل المثال لا الحصر ساعات العمل والأيام وأنواع الفصول الدراسية.	المشاركة في السداد بقيمة 0$ لعضوية النادي الصحي الأساسية/فصول اللياقة البدنية في مواقع SilverSneakers المشاركة.
برامج التثقيف المتعلقة بالصحة والعافية • **خط التمريض على مدار 24 ساعة** يمكنك التحدث إلى ممرضة مسجلة على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع على خط الرعاية النمريضية 7/24. يمكنهم مساعدتك في الأسئلة المتعلقة بالصحة عندما لا يكون طبيبك متاحًا. اتصل على الأرقام التالية 1-855-463-0933 (**الهاتف النصي: 711**) لا يجوز لموظفي التمريض المسجلين تشخيص أو وصف أو تقديم المشورة الطبية. إذا كنت بحاجة إلى رعاية عاجلة أو طارئة، اتصل برقم 911 و/أو طبيبك على الفور. • **التثقيف الصحي:** يمكنك مقابلة معلم صحي معتمد أو متخصص صحي مؤهل آخر للتعرف على موضوعات الصحة والعافية مثل: إدارة مرض السكري، والاستشارة الغذائية، والتثقيف حول الربو، والمزيد. لديك خيار الاجتماع بشكل فردي، أو في مجموعة، أو افتراضيًا. اطلب من مقدم الخدمة الخاص بك معلومات حول كيفية مساعدة هذه الخدمات لك.	المشاركة في سداد بقيمة 0$ لمزايا خط التمريض المتاح على مدار 24 ساعة. المشاركة في سداد بقيمة 0$ للتعليم الصحي.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات السمع يتولى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك تشخيص أمراض السمع وتقييمات التوازن وهو المنوط به تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي مغطى كعلاج خارجي يقدمه أحد الأطباء أو أخصائي السمع أو أي مقدم خدمات مؤهل آخر. بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضا: • فحص السمع و 1500$ لأجهزة السمع بالإضافة إلى 60 بطارية سنويًا. نتشارك مع NationsHearing لتقديم ميزة فحص السمع والمعينات السمعية الخاصة بك. يجب أن ترى مقدم خدمة في شبكة NationsHearing لتغطية فحص السمع والمعينات السمعية. لا يمكن استخدام مبلغ المزايا المعينات السمعية إلا لشراء المعينات السمعية من خلال مقدم خدمة ضمن شبكة NationsHearing. يتم تطبيق مبلغ المزايا على المعينات السمعية في وقت الشراء. إذا كانت التكلفة أكثر من مبلغ المزايا، فستدفع الفرق. يمكنك تحديد موعد لفحص السمع أو المعينات السمعية مع مقدم خدمة NationsHearing عن طريق الاتصال بالرقم **1-877-225-0137** (**الهاتف النصي: 711**). **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة السمع المغطاة من Medicare. المشاركة في السداد بقيمة 0$ مقابل كل اختبار سمع غير مغطى ببرنامج Medicare. المشاركة في السداد بقيمة 0$ لكل تركيب/تقييم لمعينات السمع. أجهزة السمع: 0$ رسوم إضافية
فحص فيروس نقص المناعة البشرية بالنسبة للأشخاص الذين يطلبون تحليل للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية أو الأكثر عرضة للإصابة به، فإننا نغطي: • فحصًا واحدًا كل 12 شهرًا بالنسبة للحوامل، فنحن نغطي: • ما يصل إلى ثلاثة فحوصات كحد أقصى خلال فترة الحمل	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لتغطية Medicare للفحص الوقائي المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية وكالة الصحة المنزلية يجب على الطبيب، قبل منحك خدمات صحية بالمنزل، أن يشهد بحاجتك إلى الحصول على خدمات صحية بالمنزل تُطلب من مؤسسة لتقديم الخدمات الصحية بالمنزل. ومن ثم يجب أن تكون من ملازمي المنزل، مما يعني أن مغادرتك للمنزل سترهقك. الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات التمريض الماهرة بدوام جزئي أو متقطع والمساعدة الصحية المنزلية (تتم تغطيتها بموجب ميزة الرعاية الصحية المنزلية، ويجب ألَّا يزيد إجمالي خدمات التمريض الماهر والمساعدة الصحية المنزلية لديك عن 8 ساعات يوميًا و35 ساعة أسبوعيًا.) • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق • الخدمات الاجتماعية والطبية • المعدات والمستلزمات الطبية **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لتغطية Medicare للرعاية الصحية المنزلية المغطاة. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات المغطاة ببرنامج Medicare.
العلاج بالتسريب المنزلي يشمل العلاج الحقن في المنزل إعطاء الأدوية أو المواد البيولوجية عن طريق الوريد أو تحت الجلد للفرد في المنزل. تشمل المكونات اللازمة لإجراء الحقن في المنزل الدواء (على سبيل المثال، الأدوية المضادة للفيروسات، والجلوبيولين المناعي)، والمعدات (على سبيل المثال ، مضخة)، والإمدادات (على سبيل المثال، الأنابيب والقسطرة). قبل تلقي خدمات الحقن المنزلي، يتعين أن يطلبها الطبيب ويتم تضمينها في خطة الرعاية الخاصة بك. الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، مصممة وفقًا لخطة الرعاية • تدريب المرضى وتثقيفهم لا تشملهم مزايا المعدات الطبية المعمرة • المراقبة عن بعد • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالحقن في المنزل	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الخدمات المهنية للعلاج بالتسريب المنزلي المغطاة ببرنامج Medicare (بما في ذلك مقدمي التسريب المنزلي المعتمدين) والتدريب والتعليم والمراقبة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية المحتضرين وتستحق الاستفادة من رعاية المحتضرين عندما يمنحك طبيبك تشخيصًا نهائيًا يفيد بأنك مريض بمرض خطير وأن لديك فرصة للعيش لمدة 6 أشهر أو أقل إذا سلك مرضك دورته الطبيعية. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية من أي برنامج من برامج Medicare المعتمدة لرعاية المحتضرين. تلتزم خطتك بمساعدتك في العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من Medicare في منطقة خدمات الخطة، بما في ذلك تلك التي تملكها مؤسسة MA أو عناصر التحكم أو لديها مصلحة مالية فيها. يمكن لطبيب المرضى المحتضرين أن يكون مقدم خدمات داخل الشبكة أو خارجها. تشتمل الخدمات المغطاة: • أدوية للتحكم في الأعراض وتخفيف الألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية <u>بالنسبة لخدمات رعاية المحتضرين والخدمات المغطاة في الجزء أ أو ب من برنامج Medicare التي تتعلق بحالتك المتأخرة:</u> ستسدد Original Medicare (بدلاً من خطتنا) لمقدم الرعاية التلطيفية الخاص بك تكلفة خدمات رعاية المحتضرين المقدمة لك وأي خدمات في الجزأين (A) و (B) وفقًا لتشخيصك النهائي. سيقوم مقدم خدمات المحتضرين أثناء استفادتك من البرنامج بتحميل Original Medicare تكلفة الخدمات التي ستسددها Original Medicare. ستتم محاسبتك على تقاسم التكلفة من Original Medicare. <u>بالنسبة للخدمات المغطاة بموجب الجزء (A) أو (B) من Medicare والتي لا تتعلق بحالتك المتأخرة:</u> إذا كنت بحاجة للخدمات الضرورية غير الطارئة أو العاجلة المغطاة بموجب الجزء (A) أو (B) من Medicare والتي لا تتعلق بحالتك المتأخرة، تعتمد تكلفة تلك الخدمات على حالة الاستعانة بمقدم الخدمات في شبكة خطتنا وتتبع قواعد الخطة (مثل وجود طلب بالحصول على تصريح مسبق). • في حال حصولك على الخدمات التي تشملها التغطية من مقدم خدمات تابع للشبكة واتباعك لقواعد الخطة للحصول على الخدمة، فإنك تسدد فقط مبلغ تقاسم التكلفة للخطة نظير الخدمات التابعة للشبكة • في حالة حصولك على الخدمات المغطاة من خلال مقدم خدمات من خارج الشبكة، فإنك ستسدد فقط تكلفة المشاركة في السداد في برنامج Medicare للرسوم مقابل الخدمة (Original Medicare)	عندما تكون مسجلاً في برنامج Medicare المعتمد لرعاية المحتضرين، تسدد Original Medicare خدمات رعاية المحتضرين وخدمات الجزأين (A) و(B) المتعلقة بحالتك المتأخرة، وليس خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP). تتضمن الاستشارات الخاصة برعاية المحتضرين كجزء من رعاية المستشفى للمرضى الداخليين.
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية المحتضرين *(يُتبع)* بالنسبة للخدمات التي تغطيها خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) ولكن لا يغطيها الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare: ستستمر خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) في تغطية الخدمات المغطاة من قِبل الخطة غير المشمولة بالتغطية بموجب الجزء (A) أو (B) سواء كانت ذات صلة أو لا بتشخيصك النهائي. عليك دفع مبلغ "المشاركة في التكلفة" الخاص بالخطة مقابل هذه الخدمات. بالنسبة للأدوية التي قد تُغطى بموجب الاستفادة بالجزء (D) من الخطة: إذا كانت هذه الأدوية غير متعلقة برعاية المحتضرين النهائية فإنك تسدد تقاسم التكلفة. إذا كانت متعلقة بحالتك الخاصة برعاية المحتضرين النهائية، يمكنك سداد تقاسم التكلفة لـ Original Medicare. لا تتم مطلقًا تغطية الأدوية من قِبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيدٍ من المعلومات، يرجى مراجعة القسم 9.3 من الفصل 5 *(ماذا لو كنت ملتحقًا ببرنامج لرعاية المحتضرين معتمدًا من Medicare؟)*. **ملاحظة:** إذا كنت بحاجة إلى رعاية لا تتعلق بالمحتضرين (خدمات العناية غير المرتبطة بحالتك المتأخرة)، عليك التواصل معنا لترتيب الخدمات. تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية للمحتضرين (مرة واحدة فقط) للمصابين بمرض عضال الذين لم يختاروا ميزة رعاية المحتضرين.	
التطعيمات الخدمات المغطاة في الجزء (B) من Medicare، تشمل: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا (أو اللقاحات)، مرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات إضافية للإنفلونزا/الإنفلونزا (أو لقاحات) إذا لزم الأمر طبيًا • لقاحات التهاب الكبد B إذا كنت معرضًا لخطر الإصابة بالتهاب الكبد B بدرجة عالية أو متوسطة • لقاحات COVID-19 • اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا للخطر وكانت تستوفي قواعد التغطية الخاصة بالجزء (B) من Medicare نحن نغطي أيضًا معظم اللقاحات الأخرى للبالغين بموجب ميزة الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) من خطتنا.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على لقاحات الالتهاب الرئوي والإنفلونزا ومرض التهاب الكبد الوبائي "B" ولقاحات COVID-19. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لجميع اللقاحات الأخرى التي يغطيها الجزء (B) من برنامج Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى تشمل خدمات الرعاية الحرجة وإعادة التأهيل ومستشفيات تقديم الرعاية طويلة الأمد وأنواع الخدمات الأخرى للمرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه قبولك رسميًا في المستشفى بطلب من الطبيب. ويكون اليوم السابق ليوم خروجك هو اليوم الأخير لبقائك في المستشفى. الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا) • الوجبات بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة (مثل الرعاية المركزة أو وحدات الرعاية التاجية) • الأدوية والعقاقير • الفحوصات المخبرية • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى • مستلزمات العمليات الجراحية والطبية الضرورية • الاستفادة من الأجهزة مثل الكراسي المتحركة • تكاليف غرف العمليات والاستشفاء • العلاج البدني والمهني وعلاج التخاطب • خدمات اضطراب تعاطي المواد للمرضى الداخليين	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المغطاة. إذا تلقيت رعاية المرضى الداخليين المعتمدة في مستشفى خارج المجموعة بعد استقرار حالتك الطارئة، فإن تكلفتها هي تقاسم التكلفة الذي ستسدده في مستشفى تابعة للمجموعة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الرعاية داخل المستشفى *(يُتبع)* • في بعض الحالات، تتم تغطية الأنواع التالية من عمليات الزراعة: القرنية والكلية والكلية\البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب\الرئة ونخاع العظم والخلايا الجزعية ومعوي\متعدد الطبقات الحشوية. إذا كنت بحاجة إلى زراعة عضو، فسنعمل على ترتيب مراجعة حالتك بواسطة مركز زراعة الأعضاء المعتمد من Medicare ويقرر ما إذا كنت مرشحًا لعملية زراعة العضو. قد يكون مقدمو خدمات زراعة الأعضاء من داخل أو خارج منطقة الخدمات. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل الشبكة خارج نمط الرعاية الخاص بالمجتمع، فإنه يجوز لك إجراؤها محليًا طالما قبِل مقدمو خدمات زراعة الأعضاء المحليين الأسعار المقررة من Original Medicare. في حالة توفير خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) لخدمات زراعة الأعضاء في موقع بعيد خارج نمط رعاية عمليات زراعة الأعضاء في مجتمعك واختيارك للحصول على عمليات الزراعة في هذا المكان البعيد، فإننا سنعمل على ترتيب أو سداد تكاليف الإقامة والنقل المناسبين لك ولمرافقك. • الدم – بما في ذلك التخزين والاستخدام. تبدأ تغطية الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة من النصف لتر الأول الذي تحتاج إليه. أما مكونات الدم الأخرى فتبدأ تغطيتها من أول كيس دم منقول. • خدمات الأطباء **ملاحظة:** للحصول على خدمات داخلية بالمستشفى، يتعين على مقدم الخدمات إصدار أمر بدخولك رسميًا للمستشفى كمريض داخلي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. وإذا لم تكن متأكدًا من كونك مريضًا داخليًا أم خارجيًا، فعليك بسؤال موظفي المستشفى عن ذلك. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare بعنوان هل أنت مريض داخلي أو مريض خارجي في المستشفى؟ إذا كانت لديك تساؤلات، فاطرحها على *Medicare!* تتوفر هذه النشرة الإخبارية على شبكة الإنترنت على medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو عن طريق الاتصال برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.** تغطية إضافية بموجب جزء Medicaid من مزايا الخطة.	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية تتضمن الخدمات المغطاة خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تطلب إقامة في المستشفى الأيام المغطاة: يوجد حد لمدة 190 يومًا من العمر لخدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية. لا تنطبق فترة الـ 190 يومًا على خدمات الصحة العقلية للمرضى الداخليين المقدمة في وحدة الطب النفسي بالمستشفى العامة. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على رعاية الصحة العقلية للمرضى الداخليين المغطاة من Medicare. تبدأ مزايا المرضى الداخليين في اليوم الأول في كل مرة يتم فيها إدخالك أو إلى نوع مرفق معين. يعتبر النقل داخل أو إلى منسأة بما في ذلك مرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ومرافق الرعاية الحادة طويلة الأجل (LCONNECT) ومرافق الرعاية الحادة للمرضى الداخليين ومرافق الطب النفسي للمرضى الداخليين دخولا جديدا.
إقامة المرضى الداخليين: خدمات مغطاة يتم تلقيها في مستشفى أو مرفق رعاية تمريضية حاذقة (SNF) خلال إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة إذا استنفد مزايا المرضى الداخليين أو مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة أو إذا كانت إقامتك الداخلية أو في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة غير منطقية وغير ضرورية، فحينها لن نغطي إقامتك الداخلية. إلا أنه في بعض الحالات سوف نتحمل تكلفة الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF). الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات الأطباء • الاختبارات التشخيصية، مثل (الفحوصات المخبرية) • العلاج بالأشعة السينية والراديوم والتنظير، بما في ذلك الخدمات والمواد الخاصة بالفني • الضمادات الجراحية • الشرائح والجبائر والأجهزة الأخرى المستخدمة للتقليل من شدة الكسور وحالات الخلع • الأجهزة التعويضية والتقويمية (بخلاف أجهزة الأسنان) التي تحل مكان أحد أعضاء الجسم الداخلية أو جزء منه (بما في ذلك الأنسجة المجاورة)، أو التي تؤدي وظيفة كلية أو جزئية لأحد أعضاء الجسم الذي به خلل دائم، بما في ذلك تبديل أو تقويم تلك الأجهزة. • دعامات الأرجل والأذرع والرقبة وأحزمة الفتق والأرجل والأذرع والأعين الصناعية بما في ذلك إجراء التعديلات والتقويمات والتبديلات الضرورية بسبب الكسر أو الاهتراء أو الفقد أو تغير الحالة البدنية للمريض • العلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج المهني **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الخدمات المغطاة أثناء إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
صندوق أمان لحفظ الأدوية تحت عنوان "الحفاظ على سلامة الأطفال" يوفر lockbox للأعضاء الذين تبلغ أعمارهم 18 عامًا أو أكثر والذين يتناولون المواد الأفيونية الموصوفة ولديهم أطفال في منازلهم.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
الخدمات القانونية والدعم للإسكان يمكن للأعضاء الذين تزيد أعمارهم عن 18 عامًا والذين هم مستأجرون الحصول على 300$ للمساعدة القانونية من خلال Legal Shield في حالات الإخلاء ومشاكل المستأجرين أو استرداد وديعة الضمان. يغطي مبلغ 300$ العضوية السنوية في Legal Shield التي توفر ما يصل إلى 60 ساعة من الخدمة القانونية.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
ميزة الوجبة (بعد الخروج من المستشفى) بعد خروجك من الإقامة المؤهلة في المستشفى، قد تكون مؤهلاً للحصول على ما يصل إلى 14 وجبة يتم توصيلها إلى المنزل خلال فترة 7 أيام بعد خروجك من المستشفى. يتم توفير الوجبات من خلال Mom's Meals.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
العلاج بالتغذية الطبية يستفيد من ذلك الأشخاص المصابون بداء السكري وأمراض الكلى (باستثناء الذين يجرون الغسيل الكلوي) أو بعد عملية زراعة الكلى عند الطلب من طبيبك المختص. ونغطي 3 ساعات من الخدمات الاستشارية المباشرة خلال العام الأول من تلقيك خدمات علاج التغذية الطبية من خلال Medicare (بما في ذلك خطتنا أو أي خطة Medicare Advantage أخرى أو خطة Original Medicare) بالإضافة إلى ساعتين كل عام بعد استنفاد الساعات المغطاة. وفي حال تغير حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فإنه يمكنك الحصول على ساعات إضافية من العلاج من خلال طلب الطبيب. ويجب على الطبيب وصف هذه الخدمات وتجديد طلبه كل عام في حال كان علاجك ضروريًا في العام التقويمي التالي. تغطية إضافية بموجب جزء Medicaid من مزايا الخطة.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لخدمات علاج التغذية الطبية المغطاة بواسطة Medicare.
برنامج الوقاية من السكري من Medicare (MDPP) تتم تغطية خدمات MDPP للمستفيدين المؤهلين لبرامج Medicare بموجب جميع خطط Medicare الصحية. MDPP هو تدخل مُنظّم للتغيّر في السلوك الصحي حيث يوفر تدريبًا عمليًا في التغيير طويل المدى في النظام الغذائي والنشاط البدني المتزايد وإستراتيجيات حل المشاكل للتغلب على التحديات التي تواجه فقدان الوزن المستدام ونمط الحياة الصحي.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على ميزة MDPP.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare هذه الأدوية تشملها تغطية الجزء (B) من Original Medicare. يتمتع أعضاؤنا بتغطية لهذه الأدوية من خلال خطتنا. الأدوية المغطاة تتضمن: • الأدوية التي لا يتعاطاها المريض بمفرده وتحقن أو تنقط عند قدومك إلى الطبيب أو عيادات المستشفى الخارجية أو خدمات مراكز الجراحة المتنقلة. • يتم توفير الأنسولين من خلال عنصر المعدات الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل الرذاذات) المعتمدة بموجب الخطة • دواء الزهايمر Leqembi® (اسم الدواء الجنيس lecanemab)، والذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد. بالإضافة إلى تكاليف الدواء، قد تحتاج إلى فحوصات واختبارات إضافية قبل و/أو أثناء العلاج، مما قد يزيد من تكاليفك الإجمالية. تحدث مع طبيبك حول الفحوصات والاختبارات التي قد تحتاجها كجزء من علاجك • عوامل التجلط التي تحقنها لنفسك إن كنت تعاني مرض الهيموفيليا • زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare العلاج الدوائي لعملية زرع الأعضاء إذا كان برنامج Medicare يدفع تكاليف عملية زرع الأعضاء الخاصة بك. يجب أن يكون لديك الجزء (A) في وقت إجراء عملية زرع الأعضاء المغطاة، ويجب أن يكون لديك الجزء (B) في الوقت الذي تحصل فيه على الأدوية المثبطة للمناعة. ضع في اعتبارك أن تغطية الأدوية في برنامج Medicare (الجزء (D)) تغطي الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان الجزء (B) لا يغطيها • أدوية هشاشة العظم القابلة للحقن في حال بقيت في منزلك وكان لديك كسر بالعظم وصدّق الطبيب على أنه له علاقة بهشاشة العَظْمِ التَّالِي للإيَاس ولا يمكنك حقن الدواء بنفسك • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا قام الطبيب بإعدادها وقام شخص مُعلم بشكل صحيح (قد تكون أنت المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare. قد تخضع أدوية الجزء (B) لمتطلبات العلاج المرحلي.
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare *(يُتبع)* • بعض الأدوية المضادة للسرطان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان الفموية التي تتناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن أو كان الدواء عبارة عن دواء مساعد (شكل فموي من الدواء، والذي عند تناوله يتحلل إلى نفس المادة الفعالة الموجودة في الدواء القابل للحقن) من الدواء القابل للحقن. وبما أن أدوية جديدة لعلاج سرطان الفم تصبح متاحة، فإن الجزء ب قد يغطيها. إذا لم يغطيها الجزء ب، فإن الجزء د يغطيها • الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل أو أثناء أو خلال 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو تم استخدامها كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان عن طريق الوريد • بعض أدوية مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن وتغطيه ميزة مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) الجزء (B) • الأدوية التي تحاكي الكالسيوم في ظل نظام دفع مرض الكلى في مراحله النهائية، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv® والدواء الفموي Sensipar® • بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، وهو الترياق للهيبارين، عندما يكون ذلك ضروريًا طبيًا، والمخدرات الموضعية • عوامل تحفيز تكون كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare حقن الإريثروبويتين إذا كنت تعاني من مرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD) أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Epogen®، أو Procrit®، أو Retacrit®، أو Epoetin Alfa، أو Aranesp®، أو Darbepoetin Alfa، أو Mircera®، أو Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta) • الجلوبولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأساسية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية الوريدية والأنبوبية)	
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare *(يُتبع)* سينقلك الرابط التالي إلى قائمة أدوية الجزء (B) من برنامج Medicare التي قد تخضع للعلاج التدريجي: **AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions** نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب الجزء (B) لدينا ومعظم اللقاحات للبالغين بموجب ميزة الأدوية الموصوفة بموجب الجزء (D). يوضح الفصل 5 مزايا أدوية الوصفات الطبية بالجزء (D)، بما في ذلك القواعد التي عليك اتباعها لضمان تغطية الوصفات الطبية. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	
رعاية دور التمريض إذا تم تحديدك أنك تلبي معايير التغطية للرعاية في مرافق الرعاية التمريضية وكنت مقيمًا في مرفق رعاية تمريضية، فيمكنك الانتقال من مرفق الرعاية التمريضية إلى منزلك وتلقي الخدمات المنزلية والمجتمعية إذا أردت ذلك. تقدم Aetna Better Health of Virginia® هذه الخدمات إذا تبين أنك مؤهل من خلال عملية فحص MLTSS. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.
فحص السمنة والعلاج لتعزيز فقدان الوزن المستدام إذا كان مؤشر كتلة الجسم 30 أو أكثر، فسندفع مقابل الاستشارة لمساعدتك في فقدان الوزن. وتغطى هذه الاستشارة حال الحصول عليها في مراكز الرعاية الصحية الأساسية، حيث يمكن إتاحة ذلك من خلال خطة الوقاية الشاملة. تحدث إلى ممارس أو طبيب الرعاية الأولية لمعرفة المزيد.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على فحص وعلاج السمنة الوقائي.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات برنامج علاج الأفيونيات يمكن لأعضاء خطتنا المصابين باضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD) الحصول على تغطية للخدمات لعلاج OUD من خلال برنامج علاج المواد الأفيونية (OTP) الذي يتضمن الخدمات التالية: • ناهض الأفيون المعتمد من إدارة الغذاء والدواء (FDA) الأمريكية وأدوية العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) • صرف وإدارة أدوية MAT (حسب الاقتضاء) • استشارة استخدام المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار السموم • أنشطة كمية المدخول • التقييمات الدورية **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لخدمات برنامج علاج المواد الأفيونية.
الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية للمريض الخارجي الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديوم والتنظير) بما في ذلك المستلزمات والمواد الخاصة بالفني • المستلزمات الجراحية مثل الضمادات • الشرائح والجبائر والأجهزة الأخرى المستخدمة للتقليل من شدة الكسور وحالات الخلع • الفحوصات المخبرية • الدم – بما في ذلك التخزين والاستخدام. تبدأ تغطية الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة من النصف لتر الأول الذي تحتاج إليه. أما مكونات الدم الأخرى فتبدأ تغطيتها من أول كيس دم منقول. • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمريض الخارجي **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الاختبارات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية المغطاة من برنامج Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
مراقبة المرضى الخارجيين بالمستشفى خدمات المراقبة هي خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفى التي يتم تقديمها لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى أن يتم قبولك كمريض داخلي أو يمكنك الخروج. لكي تتم تغطية خدمات مراقبة العيادات الخارجية بالمستشفى، يجب أن تستوفي معايير Medicare وأن تعتبر معقولة وضرورية. يتم تغطية خدمات المراقبة فقط عندما يتم تقديمها بأمر من طبيب أو فرد آخر مخول له، بموجب قانون ترخيص الولاية والقوانين الداخلية بشأن موظفي المستشفى، إدخال المرضى في المستشفى أو طلب إجراء فحوصات للمرضى الخارجيين. **ملاحظة:** ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا لدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت مريض خارجي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا ، فعليك أن تسأل موظفي المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare بعنوان هل أنت مريض داخلي أو مريض خارجي في المستشفى؟ إذا كانت لديك تساؤلات، فاطرحها على *Medicare!* تتوفر هذه النشرة الإخبارية على شبكة الإنترنت على medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو عن طريق الاتصال برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الاستشفاء للملاحظة للمرضى الخارجيين المغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين نحن نغطي الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى سواء لتشخيص أم لعلاج مرض أو إصابة. الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات في قسم الطوارئ أو عيادات المرضى الخارجيين، مثل خدمات المراقبة أو الجراحة للمرضى الخارجيين • الفحوص المخبرية والتشخيصية التي تحاسب عليها المستشفى • الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج بالمستشفى الجزئي إذا صدّق الطبيب أن العلاج الداخلي سيكون مطلوبًا بدونه • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي تطالب المستشفى بتكلفتها • المستلزمات الطبية مثل الشرائح والجبائر • بعض الأدوية والمواد البيولوجية التي لا يمكنك استخدامها بنفسك **ملاحظة:** ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا لدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت مريض خارجي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا ، فعليك أن تسأل موظفي المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare بعنوان هل أنت مريض داخلي أو مريض خارجي في المستشفى؟ إذا كانت لديك تساؤلات، فاطرحها على *Medicare!*تتاح صحيفة الوقائع على الويب على **medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf** أو بالاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. ويجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الاستشفاء للمرضى الخارجيين المغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين تشتمل الخدمات المغطاة: تُقدم خدمات الصحة العقلية من أخصائي نفسي أو طبيب محلى معتمد، أو طبيب نفسي سريري، أو أخصائي اجتماعي سريري، أو متخصص تمريض سريري، أو مستشار مهني مرخص (LPC) أو معالج الزواج والأسرة المرخّص (LMFT) أو ممرضة ممارسة (NP)، أو طبيب مساعد (PA) أو أي من مهني تقديم الرعاية الصحية العقلية المؤهلين لبرنامج Medicare على النحو الذي تسمح به قوانين الولاية المعمول بها. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لخدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين المغطاة ببرنامج Medicare.
خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين تتضمن الخدمات المغطاة: العلاج البدني والمهني والتخاطب. يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين في أماكن متنوعة لهم مثل أقسام المستشفى الخارجية، ومكاتب المعالجين المستقلين، ومرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORFs).	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين المغطاة من Medicare.
خدمات اضطراب تعاطي المواد للمرضى الخارجيين تغطيتنا مماثلة لتغطية Original Medicare التي هي تغطية للخدمات التي يتم تقديمها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى للمرضى الذين تم إخراجهم، على سبيل المثال، من إقامة المرضى الداخليين لعلاج تعاطي المواد أو الذين يحتاجون إلى علاج لكن لا يتطلب توفر وحدة الخدمات الموجودة فقط في مكان إقامة المستشفى للمرضى الداخليين. تخضع التغطية المتاحة لهذه الخدمات لنفس القواعد السارية عمومًا على تغطية خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين. تشتمل الخدمات المغطاة: • التقييم والتقويم والعلاج للاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد من قبل مقدم خدمة مؤهل لـ Medicare لتحديد شدة تعاطي المواد بسرعة وتحديد المستوى المناسب للعلاج. • التدخلات القصيرة أو النصائح التي تركز على زيادة البصيرة والتوعية فيما يتعلق بتعاطي المواد والدافع نحو التغيير السلوكي. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات اساءة استخدام المواد للمرضى الخارجيين المغطاة من قبل برنامج Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
جراحة العيادة الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في المرافق الجراحية في العيادات الخارجية والمراكز الجراحية المتنقلة **ملاحظة:** إذا كنت ستخضع لإجراء جراحة بأحد مرافق المستشفى، فعليك بسؤال مقدم الخدمات عن كونك حينها مريضًا خارجيًا أم داخليًا. ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا لدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت مريض خارجي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل جراحة العيادات الخارجية المغطاة ببرنامج Medicare والمقدمة في منشأة مستشفى للمرضى الخارجيين أو مركز جراحي متنقل.
خدمات الاستشفاء الجزئي وخدمات العيادات الخارجية المكثفة الاستشفاء الجزئي هو برنامج مهيكل يتألف من علاج نفسي نشط يُقدم كخدمة من خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات أو من خلال المراكز المجتمعية للصحة العقلية، وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في مكتب طبيبك، أو معالجك، أو معالج الزواج والعائلة المرخص (LMFT)، أو مكتب المستشار المهني المرخص، وهو بديل لدخول المستشفى للمرضى الداخليين. خدمة العيادات الخارجية المكثفة هو برنامج منظم للعلاج السلوكي النشط (العقلي) الصحي المقدم في قسم العيادات الخارجية في المستشفى، أو مركز الصحة العقلية المجتمعي، أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا، أو عيادة صحية ريفية وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في مكتب طبيبك، أو معالجك، أو معالج الزواج والأسرة المرخص (LMFT)، أو مكتب المستشار المهني المرخص ولكن أقل كثافة من الاستشفاء الجزئي. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الاستشفاء الجزئية المغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب تشتمل الخدمات المغطاة: • خدمات الرعاية الطبية الضرورية أو الخدمات الجراحية التي تجرى في عيادة الطبيب أو أحد مراكز الجراحة المتنقلة المعتمدة أو أقسام المستشفى الخارجية أو في أي مكان آخر • الاستشارة والتشخيص والعلاج من جانب الاختصاصي • اختبارات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها مقدم الرعاية الأولية أو الأخصائي المتابع لحالتك شريطة أن يطلب ذلك طبيبك لتقييم مدى احتياجك للعلاج الطبي • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد طالما يمكن لمقدم الخدمات الخاص بك تقديم هذه الخدمات عبر خدمات telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد)، بما في ذلك: ◦ خدمات طبيب الرعاية الأولية ◦ خدمات أخصائي الأطباء ◦ خدمات التدريب الإدارة الذاتية لمرض السكري ◦ خدمات التعليم الخاص بمرض الكلى	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل خدمات الطبيب/الممارس المغطاة ببرنامج Medicare (بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية عن بعد، والخدمات المهنية للتسريب الوريدي المنزلي، والخدمات المطلوبة بشكل عاجل). لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لبعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد الإضافية.
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب *(يُتبع)* ◦ خدمات الصحة النفسية (جلسات فردية) ◦ خدمات الصحة النفسية (جلسات جماعية) ◦ خدمات المعالجة المهنية ◦ خدمات العلاج المؤثرات الأفيونية ◦ خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد في العيادات الخارجية (جلسات فردية) ◦ خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد في العيادات الخارجية (جلسات جماعية) ◦ خدمات العلاج الطبيعي وتقويم النطق ◦ خدمات الطب النفسي (جلسات فردية) ◦ خدمات الطب النفسي (جلسات جماعية) ◦ الخدمات المطلوبة العاجلة • هذه التغطية بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية عن بعد الموضحة أدناه. لمزيد من التفاصيل حول التغطية الإضافية لـ telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد)، يرجى مراجعة تغطية الرعاية الصحية عن بُعد الخاصة بك من Aetna Medicare على **AetnaMedicare.com/Telehealth**. ◦ لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن بُعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد ، فيجب عليك استخدام موفر شبكة يقدم الخدمة عن بُعد. لا يقدم جميع مقدمي الخدمات خدمات telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد). ◦ يجب عليك الاتصال بطبيبك للحصول على معلومات حول خدمات الرعاية الصحية عن بعد التي يقدمونها وطريقة تحديد موعد لزيارة الرعاية الصحية عن بعد. اعتمادًا على الموقع، قد يكون لديك أيضًا خيار جدولة زيارة عن بعد على مدار 24 ساعة في اليوم، و7 أيام في الأسبوع عبر Teladoc أو MinuteClinic Video Visit أو أي مقدم رعاية آخر يقدم خدمات الرعاية الصحية عن بعد المشمولة بخطتك. يمكنك الوصول إلى Teladoc من خلال **Teladoc.com/Aetna** أو عبر الاتصال على الرقم 1-855-TELADOC (**1-855-835-2362**) (**الهاتف النصي: 711**). يمكنك معرفة ما إذا كانت زيارات فيديو MinuteClinic متوفرة في منطقتك على **CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit**. • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد المقدمة من Medicare بما في ذلك الاستشارة والتشخيص والعلاج التي يقوم بها المرضى في بعض المناطق الريفية أو غيرها من الأماكن أحد الأطباء أو الممارسين	
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب *(يُتبع)* • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) للزيارات الشهرية ذات الصلة بأمراض الكلى في نهاية المرحلة لأعضاء غسيل الكلى في المنزل في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز غسيل الكلى في المستشفى عند دخول الحالات الحرجة أو مرفق غسيل الكلى أو منزل العضو • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) لتشخيص أعراض السكتة الدماغية وتقييمها وعلاجها، بغض النظر عن موقعك • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد أو اضطراب الصحة العقلية المتزامن، بغض النظر عن موقعهم • خدمات الرعاية الصحية عن بعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها في الحالات التالية: ◦ كانت لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل زيارة telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) الأولى الخاصة بك ◦ كانت لديك زيارة شخصية كل 12 شهرًا أثناء تلقي خدمات telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) هذه ◦ يمكن إجراء استثناءات لما سبق لظروف معينة • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) لزيارات الصحة العقلية المقدمة من العيادات الصحية الريفية ومراكز الصحة المؤهلة فيدراليًا • عمليات تسجيل الوصول الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو محادثة فيديو) مع الطبيب لمدة 5-10 دقائق **في الحالات التالية**: ◦ لم تكن مريضًا جديدًا **و** ◦ لا يتعلق تسجيل الوصول بزيارة العيادة في آخر 7 أيام **و** ◦ لا يؤدي تسجيل الوصول إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/ أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك، والترجمة والمتابعة من قبل طبيبك في غضون 24 ساعة **في الحالات التالية**: ◦ لم تكن مريضًا جديدًا **و** ◦ لا يتعلق التقييم بزيارة العيادة في آخر 7 أيام **و** ◦ لا يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • استشارة طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني • يصدر الرأي الثاني مقدم خدمات آخر بالشبكة قبل إجراء الجراحة • العناية غير الروتينية بالأسنان (حيثُ تقتصر الخدمات المغطاة فيها على جراحات الفك أو أجزاء الفم الأخرى أو الكسور الموضعية بالفك أو عظام الوجه أو خلع الأسنان بغرض إعداد الفك للعلاج الإشعاعي من الأورام السرطانية أو الخدمات المغطاة عند تقديمها من جانب الطبيب) **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
خدمات علاج القدم تشتمل الخدمات المغطاة: • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي للإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهاميز العقب) • رعاية القدمين الروتينية للأعضاء المصابين بحالات طبية معيّنة تؤثر على الأطراف السفلية بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضا: • خدمات علاج القدم الإضافية غير المغطاة من Medicare: ما يصل إلى ثلاث زيارة كل عام	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة علاج الأرجل المغطاة من Medicare. المشاركة في السداد بقيمة 0$ مقابل كل زيارة لعلاج الأرجل غير مغطاة ببرنامج Medicare.
فحوصات سرطان البروستاتا للرجال في الفئة العمرية التي تبلغ 50 عامًا أو أكثر، فسندفع نظير الحصول على الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهرًا: • فحص مستقيمي رقمي • اختبار مستضد البروستاتة النوعي (PSA)	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على اختبار مستضد البروستاتة النوعي السنوي. لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على اختبارات المستقيم الرقمية المغطاة.
الأجهزة التعويضية والتقويمية واللوازم ذات الصلة الأجهزة التعويضية (بخلاف الأسنان) تحل محل عضو من أعضاء الجسم أو وظيفة من وظائفه كليًا أو جزئيًا. وتشمل هذه، على سبيل المثال لا الحصر، الاختبار أو التجهيز أو التدريب على استخدام الأجهزة الاصطناعية والتقويمية؛ فضلاً عن: أكياس فغرة القولون والمستلزمات الخاصة بالعناية بفغرة القولون، وأجهزة ضبط نبضات القلب، ودعامات تقويم الأسنان، والأحذية التعويضية، والأطراف الصناعية والثدي الاصطناعي (بما في ذلك حمالة الصدر الطبية بعد عملية استئصال الثدي). تتضمن بعض الإمدادات المتعلقة بالأجهزة الاصطناعية والتقويمية، وإصلاح و/أو استبدال الأجهزة الاصطناعية والتقويمية. بالإضافة إلى توفير جزءٍ من التغطية بعد إجراء عملية إزالة المياه البيضاء، لمزيدٍ من المعلومات راجع لاحقًا **العناية بالنظر** الواردة في هذا القسم. **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم للأجهزة الاصطناعية والتقويمية المغطاة ببرنامج Medicare والمستلزمات ذات الصلة.
خدمات إعادة التأهيل الرئوي تتم تغطية برامج شاملة لإعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) الذي يتفاوت ما بين المعتدل والحاد مع طلب لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب المعالج لأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة إعادة التأهيل الرئوي المغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الفحص والاستشارة لتقليل إساءة استخدام الكحول نحن في Medicare نغطي الفحص الطبي الخاص بإساءة استخدام الكحول للبالغين (بما في ذلك الحوامل) المسرفين في تناول الكحول، ويستثنى من ذلك المدمنين. وإذا شُخّصت حالتك بإساءة استخدام الكحول، فيمكنك الحصول على 4 جلسات استشارة وجيزة مباشرة كل عام (إذا كنت قادرًا ومنتبهًا أثناء الاستشارات) بواسطة ممارس أو طبيب رعاية أولية مؤهل في مكان رعاية أولية.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الفحص الطبي والاستشارة بغرض الاستفادة الوقائية للحد من إساءة تناول الكحول التي يغطيها Medicare.
فحص سرطان الرئة من خلال التصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT) بالنسبة للأفراد المؤهلين، تتم تغطية LDCT كل 12 شهرًا. **الأعضاء المؤهلون هم:** الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من 50 إلى 77 عامًا والذين لا توجد بهم أي علامات أو أعراض لسرطان الرئة، ولكنهم لديهم تاريخ من تدخين التبغ يُقدر على الأقل بعدد 20 علبة سجائر خلال سنوات والذين يدخنون حاليًا أو أقلعوا عن التدخين خلال آخر 15 عامًا أو الذين يتلقون أمرًا للتصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT) خلال استشارة فحص سرطان الرئة وزيارة اتخاذ القرار بصورة مشتركة التي تفي بمعايير Medicare لمثل هذه الزيارات، علاوة على تقديمها من قِبل طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب. بالنسبة لفحوصات سرطان الرئة من خلال التصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة *(LDCT)* بعد الفحص من خلال *LDCT* الأولي: يتعين على العضو تلقي أمر خاص بفحص سرطان الرئة من خلال التصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT)، والذي يمكن تقديمه خلال أي زيارة مناسبة بواسطة طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب. في حالة اختيار طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب لتقديم استشارة فحص سرطان الرئة وزيارة اتخاذ القرار بصورة مشتركة لفحوصات سرطان الرئة اللاحقة من خلال LDCT، يجب أن تفي الزيارة بمعايير Medicare لمثل هذه الزيارات.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع للاستشارات المغطاة من Medicare و زيارة اتخاذ القرار بصورة مشتركة أو لـ LDCT.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
فحص الأمراض المنقولة جنسيًا (STI) والاستشارة للوقاية منها نحن نغطي خدمات فحص الأمراض المنقولة جنسيًا مثل الكلاميديا، والسيلان، والزهري والالتهاب الكبدي ب. وتغطي خدمات الفحص الحوامل والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض المعدية حين يطلب مقدم الرعاية الأساسية إجراء اختبارات. وسنقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل. سنغطي أيضًا جلستي استشارة سلوكية مكثفة مباشرة تتراوح مدة الواحدة منهما ما بين 20 إلى 30 دقيقة، وذلك في كل عام للبالغين الناشطين جنسيًا والمعرضين لمخاطر متزايدة للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا. وسنغطي فقط جلسات الاستشارة هذه كنوع من الخدمات الوقائية شريطة أن تُقدم من مقدم الرعاية الأولية وفي أحد أماكن تقديم الرعاية الأولية، كعيادات الأطباء.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على خدمات الفحص الطبي عن الأمراض المنقولة جنسيًا والاستشارة للحيلولة دون الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا التي يغطيها Medicare.
خدمات علاج مرض الكلى تشتمل الخدمات المغطاة: • خدمات التعريف بمرض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدة الأعضاء في اتخاذ قرارات صحيحة بشأن رعايتهم. بالنسبة للأعضاء الذين وصلوا للمرحلة الرابعة من أمراض الكلى المزمنة، فإننا نغطي بحد أقصى ست جلسات تعليمية حول أمراض الكلى طوال الحياة وذلك عند الإحالة من قِبل الطبيب • علاج الغسيل الكلوي بالعيادات الخارجية (بما في ذلك علاج الغسيل الكلوي في حالة وجود المريض خارج منطقة نطاق الخدمة بشكل مؤقت، كما هو موضح في الفصل 3 أو عندما يكون مقدم الخدمات الخاص بك لهذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو غير قابل للوصول) • علاجات غسيل الكلى للمريض الداخلي (إذا تم إدخالك كمريض داخلي إلى مستشفى للرعاية الخاصة) • تدريب غسيل الكلى الذاتي (بما في ذلك التدريب بالنسبة لك ولأي شخص يساعدك في علاجات الغسيل بالمنزل) • مستلزمات وأجهزة الغسيل الكلوي المنزلي • أجهزة دعم منزلية معينة (مثل الزيارات اللازمة من عمال الغسيل الكلوي المدربين لمتابعتك بشأن الغسيل الكلوي المنزلي وللمساعدة في حالات الطوارئ ولفحص أجهزة الغسيل الكلوي وإمداد المياه) تغطى بعض الأدوية المستخدمة في عملية غسيل الكلى بموجب Medicare للاستفادة من أدوية الجزء (B). للمزيد من المعلومات حول تغطية أدوية الجزء (B)، يرجى الانتقال إلى قسم "الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare". **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare لعلاج أمراض الكلى وحالاتها. لا يوجد تأمين مشترك ولا مشاركة في السداد ومبالغ الخصم لغسيل الكلى للمرضى الخارجيين المقدمة في Medicare وتدريب الغسيل الذاتي وبعض خدمات الدعم المنزلي وأجهزة ومستلزمات الغسيل المنزلي. لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المغطاة. إذا تلقيت رعاية المرضى الداخليين المعتمدة في مستشفى خارج المجموعة بعد استقرار حالتك الطارئة، فإن تكلفتها هي تقاسم التكلفة الذي ستسدده في مستشفى تابعة للمجموعة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية مرفق الرعاية التمريضية المتخصصة الماهرة (لتعريف عبارة "رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة"، راجع الفصل 12 من هذا المستند. كما يرمز أحيانًا إلى مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة بالاختصار "SNF"). الأيام المغطاة: حتى 100 يوم لكل فترة مزايا. لا يلزم إقامة سابقة في المستشفى. سوف نغطي إقامتك فقط في حال تلبيتك لإرشادات Medicare وكانت إقامتك ضرورية طبيًا. الخدمات المغطاة تشمل على سبيل المثال لا الحصر: • غرفة نصف خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك لضرورة طبية) • الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة • خدمات الرعاية التمريضية الحاذقة • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق • الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة رعايتك (تتضمن المواد التي توجد في الجسم بشكل طبيعي، مثل عوامل تخثر الدم). • الدم – بما في ذلك التخزين والاستخدام. تبدأ تغطية الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة من النصف لتر الأول الذي تحتاج إليه. أما مكونات الدم الأخرى فتبدأ تغطيتها من أول كيس دم منقول. • المستلزمات الطبية والجراحية المقدمة بشكلٍ أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • الفحوص المخبرية المقدمة بشكلٍ أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى المقدمة بشكلٍ أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • استخدام المعدات كالكراسي المتحركة المقدمة بشكلٍ أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • خدمات الأطباء/الممارسين	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لرعاية مرافق التمريض الحاذقة (SNF) المغطاة ببرنامج Medicare. تبدأ فترة المزايا من اليوم الذي تنتقل فيه إلى المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة. تنتهي فترة المزايا عندما لا تتلقى أي عناية للمرضى الداخليين بالمستشفى (أو العناية المتخصصة في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة) لمدة 60 يومًا على التوالي. في حالة الانتقال إلى المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة بعد انتهاء فترة المزايا، تبدأ فترة مزايا جديدة. لا يوجد حد لعدد فترات الاستحقاق التي يمكنك الحصول عليها.
تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية	

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF) *(يُتبع)* ستحصل عادة على رعايتك من مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة التابعة للشبكة. ومع ذلك، يمكنك في ظل ظروف معينة الحصول على خدمات رعايتك من مرفق ليس من مرافق تقديم الخدمات في الشبكة شريطة أن يقبل ذلك المرفق بخطة أسعارنا. • دار تمريض أو مجتمع الرعاية المستمرة للمتقاعدين حيث تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة). • SNF الذي يعيش فيه زوجك/تعيش فيه زوجتك أو رفيق سكنك في وقت مغادرتك للمستشفى **قد يكون التصريح المسبق مطلوبا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.**	
التوقف عن التدخين والتبغ (أخذ المشورة للتوقف عن التدخين أو التبغ) <u>إذا كنت تتعاطى التبغ، ولكن ليس لديك علامات أو أعراض لمرض يتعلق بالتبغ:</u> فنحن نغطي استشارتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية مجانية لك. تشمل كل استشارة أربع زيارات وجهًا لوجه. <u>إذا كنت تتعاطى التبغ وأُصبت بأحد الأمراض المرتبطة بالتبغ، أو كنت تتناول دواءً قد يُحدث التبغ تأثيرًا عليه:</u> فنحن نغطي خدمات استشارات الإقلاع عن التدخين. نحن نغطي استشارتين للإقلاع عن التدخين في فترة 12 شهرًا، ومع ذلك، فإنك ستسدد مصاريف المشاركة في التكلفة المقررة. تشمل كل استشارة أربع زيارات وجهًا لوجه. بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضا: • جلسات استشارية إضافية فردية وجماعية وجهاً لوجه متوسطة ومكثفة (غير مغطاة من قبل Medicare): عدد غير محدود من الزيارات كل عام	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على المزايا الوقائية للتوقف عن التدخين والتبغ المغطاة من Medicare. المشاركة في السداد بقيمة 0$ لكل زيارة إضافية للإقلاع عن التدخين والتبغ غير مغطاة من Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET) تتم تغطية SET للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض. تتم تغطية ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة مدتها 12 أسبوعًا في حالة تلبية متطلبات برنامج SET. يتعين أن ينطبق ما يلي على برنامج SET: • يتكون من جلسات تستمر لمدة 30 إلى 60 دقيقة، وتتضمن برنامجًا علاجيًا للتدريب على التمارين لـ PAD بالنسبة للمرضى المصابين بالعرج • يُجرى في العيادات الخارجية في المستشفيات أو عيادة الطبيب • يُقدم بواسطة موظف مساعد مؤهل لازم لضمان تجاوز الفوائد للأضرار، ومُدرب في التمرين الرياضي العلاجي لـ PAD • يكون تحت إشراف مباشر لطبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة/متخصص تمريض سريري يتعين أن يكون مدربًا في أساليب دعم الحياة الأساسية والمتقدمة قد تتم تغطية SET لأكثر من 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا لعدد 36 جلسة إضافية على مدار فترة زمنية ممتدة إذا تم اعتبارها ضرورية من الناحية الطبية من قِبل مقدم رعاية صحية.	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة العلاج بالتمرين تحت الإشراف المغطاة من Medicare.
خدمات النقل (غير طارئة) يحق لك إستخدام وسائل النقل غير محدودة إلى المواعيد الطبية والصيدليات. بالإضافة إلى ذلك، تتوفر رحلات مجانية (30 رحلة ذهابًا وإيابًا أو 60 رحلة ذهابًا فقط كل عام) إلى متاجر البقالة، وأسواق المزارعين، وبنوك الطعام، ومخازن الطعام، وأماكن العبادة، والمكتبات، والصالات الرياضية أو فصول التمارين الرياضية، ومكاتب DSS، وDMV، وWIC، والضمان الاجتماعي. يتم ترتيب جميع وسائل النقل غير الطارئة من خلال شركة النقل، Modivcare. لجدولة النقل، اتصل بـ Modivcare على الرقم **1-844-452-9375** (**الهاتف النصي: 711**). يمكنك أيضًا أن تطلب من مدير الرعاية مساعدتك في ترتيب هذه الخدمة. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات على الرقم 1-855-463-0933 (الهاتف النصي: **711**). ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم إذا كنت مؤهلًا للحصول على مزايا Medicaid الكاملة.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الخدمات المطلوبة العاجلة الخدمة المغطاة بالخطة والتي تتطلب عناية طبية فورية والتي ليست حالة طارئة هي خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا، أو حتى إذا كنت داخل منطقة خدمة الخطة، فمن غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الشبكة الذين تتعاقد معهم الخطة. يجب أن تغطي خطتك الخدمات المطلوبة بشكل عاجل ولا تفرض عليك سوى رسوم مشاركة التكلفة داخل الشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. ومع ذلك، لا تعتبر الزيارات الروتينية الضرورية طبياً لمقدمي الخدمات، مثل الفحوصات السنوية، ضرورية بشكل عاجل حتى لو كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتًا. بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضا: • الرعاية العاجلة (على مستوى العالم) الحد الأقصى السنوي للاستفادة من الرعاية الطارئة في جميع أنحاء العالم، وسيارة الإسعاف الطارئة، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل هو 50,000$. قد يتعين عليك دفع المبلغ لمقدم الخدمة في وقت تقديم الخدمة وتقديمه للحصول على المبلغ المسترد. سيتم تعويضك بما يصل إلى الحد الأقصى لمبلغ الاستفادة السنوي مطروحًا منه أي مشاركة في التكلفة أو تقاسم التكاليف.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم للخدمات المطلوبة بشكل عاجل في الولايات المتحدة. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لكل زيارة رعاية عاجلة في جميع أنحاء العالم (أي خارج الولايات المتحدة).
نموذج تصميم التأمين القائم على القيمة (VBID) من خلال التأهل للتسجيل في هذه الخطة، تصبح مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية. يرجى الاطلاع على **مخطط المزايا التكميلية الخاصة** بعد مخطط المزايا الطبية.	انظر **مخطط المزايا التكميلية الخاصة** للحصول على معلومات.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
رعاية النظر تشتمل الخدمات المغطاة: • خدمات الأطباء للمرضى الخارجيين لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين، بما في ذلك علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي برنامج Original Medicare فحوصات العين الروتينية (انكسار العين) بغرض تركيب نظارة/عدسات. • بالنسبة للأشخاص المعرضين لنسبة عالية من خطورة الإصابة بالمياه الزرقاء، سوف نغطي فحصًا واحدًا للمياه الزرقاء كل عام. يشتمل الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالمياه الزرقاء على: الأشخاص الذين لديهم تاريخ وراثي لمرض المياه الزرقاء والمصابين بداء السكري والأفارقة الأمريكان الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا وأكبر والأمريكيون من أصل لاتيني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر. • بالنسبة للأشخاص المصابين بالسكري، تتم تغطية اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في العام. • زوج من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل عملية لإزالة المياه البيضاء بما في ذلك زراعة عدسة داخل العين. (في حالة إجرائك لعمليتي جراحة منفصلتين لإزالة المياه البيضاء من العين، بذلك تكون قد استنفدت ميزة العملية الأولى وستتحمل في الثانية تكاليف زوجي النظارات). بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضا: • متابعة فحص العين لمرضى السكري • تدفع خطتنا ما يصل إلى 125$ سنويًا مقابل النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة. لقد تعاوننا مع VSP لتوفير هذه الميزة. يجب عليك زيارة مقدم خدمة من VSP لاستخدام مبلغ المزايا الخاص بك. إذا اخترت نظارات تكلف أكثر من مبلغ المزايا الخاص بك، فستحتاج فقط إلى دفع الفرق. للعثور على مقدم خدمة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الخدمات عبر الإنترنت على vsp.com/eye-doctor أو الاتصال بالرقم الموجود على بطاقة هوية العضوية الخاصة بك.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل فحوصات العيون المغطاة ببرنامج Medicare أو فحوصات الجلوكوما أو النظارات. المشاركة في السداد بقيمة 0$ لكل فحص متابعة للعين السكري.
مرحبًا بكم في Medicare بالزيارة الوقائية تغطي الخطة الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare" لمرة واحدة. تشمل الزيارة فحص حالتك الصحية، بالإضافة إلى تقديم الدروس والمشورة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك بعض الفحوصات والحقن (أو اللقاحات)، بالإضافة إلى إحالات لأقسام الرعاية الأخرى عند الحاجة لذلك. **ملاحظة مهمة:** نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare" فقط خلال أول 12 شهرًا يكون لديك فيها الجزء B من برنامج Medicare. وعند تحديد موعدك، أخبر عيادة طبيبك بأنك تريد تحديد موعد لزيارتك الوقائية الخاصة بـ "مرحبًا بكم في Medicare".	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare". لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لفحص تخطيط القلب المغطاة ببرنامج Medicare على الزيارة الوقائية مرحبًا بكم في Medicare.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

الخدمات المغطاة لك	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
الشعر المستعار ستحصل على مبلغ فائدة (بدل) قدره 400$ سنويًا لتغطية الشعر المستعار اللازم لتساقط الشعر بسبب العلاج الكيميائي. للحصول على مساعدة في شراء شعر مستعار، يرجى الاتصال برقم الهاتف الموجود على بطاقة هوية العضوية الخاصة بك للتحدث إلى خدمات الأعضاء أو مدير الرعاية الخاص بك.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم للشعر المستعار لتساقط الشعر المرتبط بالعلاج الكيميائي.

ملاحظة: تستند المشاركة في تحمل تكاليف خدمات *Medicare* على مستوى استحقاقك لنظام *Medicaid*.

مخطط المزايا التكميلية الخاصة

تقدم خطتنا مزايا إضافية للأعضاء المؤهلين للتسجيل في هذه الخطة. يوضح الرسم البياني أدناه المزايا الإضافية المتاحة.

Aetna Assist Program (AAP)	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
محفظة الدعم الإضافية ستحصل على محفظة دعم إضافية بمبلغ استفادة شهري (بدل) قدره 350$ على بطاقة المزايا الإضافية من Aetna Medicare لدفع: • الأطعمة الصحية بما في ذلك اللحوم والمنتجات الزراعية ومنتجات الألبان وغيرها ◦ يمكن شراء الأطعمة الصحية المعتمدة في المتاجر المشاركة وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711). ◦ تشمل أمثلة المنتجات غير المؤهلة التبغ والكحول والحلوى والمشروبات الغازية والمنتجات غير الغذائية. • منتجات الصحة والعافية المعتمدة التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC) بما في ذلك أدوية الحساسية ومسكنات الألم ولوازم الإسعافات الأولية والمزيد تتضمن هذه الميزة بعض علاجات استبدال النيكوتين. ◦ يمكن شراء المنتجات المعتمدة التي لا تستلزم وصفة طبية في المتاجر المشاركة بما في ذلك مواقع بيع التجزئة CVS® (باستثناء المواقع داخل المتاجر الأخرى) وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711). • النقل بما في ذلك البنزين من محطة بنزين، والمواصلات العامة، وبعض خدمات مشاركة الركوب ◦ يجب شراء الغاز من المضخة عن طريق تمرير البطاقة واختيار الائتمان كنوع من الدفع. ◦ لا يمكن استخدام البطاقة لشراء البنزين أو المنتجات داخل المتجر في محطة البنزين. ◦ تخضع عمليات شراء الغاز للحجز وقد لا تكون الأموال متاحة أثناء معالجة هذه المعاملة. ◦ بالنسبة لخدمات مشاركة الرحلات، ستحتاج إلى تنزيل التطبيق المناسب وإضافة بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits كنوع الدفع الخاص بك. • المرافق بما في ذلك الغاز والكهرباء والمياه والصرف الصحي والهاتف الأرضي والهاتف المحمول وخدمة الإنترنت ◦ يجب على مقدم الخدمة قبول Visa®. يجب دفع مصاريف المرافق مباشرةً إلى مقدم خدمات المرافق باستخدام البطاقة. • منتجات العناية الشخصية بما في ذلك المناشف الورقية والشامبو والصابون والمزيد ◦ يمكن شراء منتجات العناية الشخصية المعتمدة التي لا تستلزم وصفة طبية في المتاجر المشاركة بما في ذلك مواقع بيع التجزئة CVS® (باستثناء المواقع داخل المتاجر الأخرى) وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711).	لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع لمحفظة الدعم الإضافي.

Aetna Assist Program (AAP)	ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات
سيكون مبلغ استحقاقك الشهري متاحًا على بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits في اليوم الأول من كل شهر. تأكد من استخدام مبلغ المزايا الكامل كل شهر، لأن أي مبلغ مزايا غير مستخدم لن يتم ترحيله إلى الشهر التالي ولن يتم ترحيله إلى سنة الخطة التالية. لا توجد استثناءات لطلب إضافة أموال إضافية أو غير مستخدمة إلى بطاقتك. **ملاحظة مهمة:** لا تتحمل Aetna مسؤولية الرسوم المرتبطة بالتأخر في دفع فواتير الخدمات العامة. لمزيد من المعلومات حول بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits، راجع قسم بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits في الفصل 4.	
الأدوية الموصوفة التي يغطيها برنامج Medicare الجزء (D) بقيمة $0 لن تدفع أي دولار ($0) مقابل الأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D) المغطاة من خلال برنامج Aetna Rx Cost Support Program خلال جميع مراحل التغطية عند استخدام صيدلية داخل الشبكة.	المشاركة في السداد بقيمة $0 للأدوية الموصوفة ضمن الجزء (D).
الأهلية لنموذج المزايا أو برامج المكافآت والحوافز (RI) بموجب نموذج تصميم التأمين على أساس القيمة (VBID) ليست مضمونة وسيتم تحديدها بواسطة Aetna بعد التسجيل، بناءً على المعايير ذات الصلة (على سبيل المثال، التشخيص السريري، ومعايير الأهلية، والمشاركة) في برنامج إدارة حالة المرض.	

2025 DentaQuest Wrap
جدول مزايا طب الأسنان

يتمتع أعضاء Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) بـ **$3,000** الحد الأقصى السنوي الذي ينطبق على جميع المزايا المغطاة. يعتمد الحد الأقصى السنوي على السنة التقويمية، من يناير إلى ديسمبر. يمكن تقديم الخدمات المغطاة المدرجة ضمن هذا القسم بحد أقصى **$3,000** سنويًا. أنت مسؤول عن دفع أي خدمات تتجاوز الحد الأقصى السنوي البالغ **$3,000**.

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
الخدمات التشخيصية			
D0277	أشعة مقطعية للأسنان عمودية - 7 إلى 8 أفلام	لا	مجموعة واحدة لكل 3 سنوات
D0322	المسح المقطعي للأسنان	لا	غير محدودة
D0415	مجموعة من الكائنات الحية الدقيقة	لا	غير محدودة
D0417	جمع وإعداد عينة اللعاب	لا	غير محدودة
D0418	تحليل عينة اللعاب	لا	غير محدودة
D0425	اختبار الاستعداد للتَّسَوُّس	لا	غير محدودة
D0460	اختبار حيوية اللب	لا	غير محدودة
D0472	الفحص الإجمالي والإعداد والتقرير	لا	غير محدودة
D0474	الفحص الجزئي لهوامش الطفرة	لا	غير محدودة
D0475	إجراء إزالة الكلس	لا	غير محدودة
D0476	البقع المحددة للكائنات الحية الدقيقة	لا	غير محدودة
D0477	البقع المحددة التي ليست للكائنات الحية الدقيقة	لا	غير محدودة
D0478	البقع المناعية الهيستوكيميائية	لا	غير محدودة
D0479	تهجين الأنسجة في الموقع	لا	غير محدودة
D0480	إعداد وتقرير مسحة السيتوباث	لا	غير محدودة
D0481	المجهر الإلكتروني	لا	غير محدودة
D0482	التألق المناعي المباشر	لا	غير محدودة
D0483	التألق المناعي غير المباشر	لا	غير محدودة
D0484	استشارة إعداد الشرائح في مكان آخر	لا	غير محدودة
D0485	استشارة شركة إعداد الشرائح	لا	غير محدودة
D0486	الوصول إلى عينة ترانسيب سيتول	لا	غير محدودة
D0502	إجراءات أمراض الفم الأخرى	لا	غير محدودة
الخدمات الوقائية			
D1310	استشارة التغذية-– السيطرة على التسوس	لا	غير محدودة
D1330	تعليمات نظافة الفم	لا	غير محدودة
الخدمات الترميمية			

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
D2410	رقائق الأسنان الذهبية 1 سطح	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D2420	رقائق الأسنان الذهبية ذات السطحين	لا	
D2430	رقائق الأسنان الذهبية ذات 3 أسطح	لا	
D2510	حشوة الأسنان المعدنية ذات السطح الواحد	لا	
D2520	حشوة الأسنان المعدنية ذات السطحين	لا	
D2530	حشوة الأسنان المعدنية ذات 3 أسطح أو أكثر	لا	
D2542	حشوات الأسنان المعدنية ذات السطحين	لا	
D2543	طبقة معدنية على الأسنان 3 أسطح	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D2544	حشوات الأسنان المعدنية ذات 4 أسطح أو أكثر	لا	
D2610	حشوة داخلية البورسلين/السيراميك سطح واحد	لا	
D2620	حشوة داخلية- خزف/سيراميك سطحين	لا	
D2630	حشوات الأسنان من البورسلين/السيراميك 3 أسطح أو أكثر	لا	
D2642	حشوات الأسنان من البورسلين/السيراميك على سطحين	لا	
D2643	حشوات الأسنان من البورسلين/السيراميك ذات 3 أسطح	لا	
D2650	حشوة داخلية مركب/راتنجي سطح واحد	لا	
D2651	حشوة داخلية مركب/راتنج سطحين	لا	
D2652	حشوة الأسنان المركبة/الراتنجية 3 أسطح أو أكثر	لا	
D2662	راتنج ترصيع الأسنان 2 أسطح	لا	
D2663	راتنج ترصيع الأسنان 3 أسطح	لا	
D2664	حشوة الأسنان الداخلية على 4 أسطح أو أكثر	لا	
D2712	تاج ¾ مركب قائم على الراتنج (غير مباشر)	لا	
D2780	التاج ¾ مصبوب من المعدن النبيل العالي	لا	
D2781	التاج ¾ مصبوب بشكل أساسي من المعدن الأساسي	لا	
D2782	تاج مغطى 4/3 بالمعدن النبيل	لا	
D2783	تاج مغطى 4/3 بورسلين/سيراميك	لا	
D2799	التاج المؤقت	لا	غير محدودة
D2953	كل عمود إضافي - نفس السن	لا	غير محدودة
D2955	بعد الخلع	لا	غير محدودة
D2957	كل مادة مصبوبة إضافية قبل التصنيع	لا	غير محدودة
D2960	راتنج القشرة الشفوية مباشرة	لا	غير محدودة
D2961	راتنج القشرة الشفوية غير مباشرة	لا	غير محدودة
D2971	إضافة بورسلان لبناء تاج جديد	لا	غير محدودة
D2975	ترميم	لا	غير محدودة
D2980	إصلاح التاج	لا	غير محدودة
خدمات علاج جذور الأسنان			
D3222	اللب الجزئي لتكوين القمة	لا	غير محدودة
D3331	علاج انسداد قناة الجذر، الوصول إليها من دون إجراء جراحة	لا	غير محدودة

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
D3332	العلاج اللبي غير المكتمل	لا	غير محدودة
D3333	إصلاح الجذر الداخلي	لا	غير محدودة
D3450	بتر الجذر	لا	غير محدودة
D3460	زرع اللبية الداخلي	لا	غير محدودة
D3470	إعادة الزرع المتعمد	لا	غير محدودة
D3910	عزل - سن مع سد مطاطي	لا	غير محدودة
D3920	تقسيم الأسنان	لا	غير محدودة
D3950	إعداد القناة/ تركيب مسمار	لا	غير محدودة
علم دواعم السِّن			
D4230	التعرض التشريحي للتاج - 4 أو أكثر لكل ربع	لا	غير محدودة
D4231	التعرض التشريحي للتاج - 1-3 لكل ربع	لا	غير محدودة
D4241	إجراء قلّب اللثة، بما في ذلك تخطيط الجذر - من سن واحد إلى 3 أسنان مجاورة أو المساحات المحددة للأسنان لكل ربع	لا	غير محدودة
D4245	قلّب متمركز على قمة القمة	لا	غير محدودة
D4265	Bio mtrls to aid soft/os reg	لا	غير محدودة
D4266	تجديد الأنسجة الموجهة، والأسنان الطبيعية - حاجز قابل للامتصاص	لا	غير محدودة
D4267	تجديد الأنسجة الموجهة، والأسنان الطبيعية - حاجز غير قابل للامتصاص	لا	غير محدودة
D4381	التسليم الموضعي مضاد للميكروبات	لا	غير محدودة
D4920	تغيير الضمادات بدون موعد	لا	غير محدودة
خدمات تقويم الأسنان			
D5670	استبدال الأسنان والاكريليك على الإطار المعدني	لا	غير محدودة
D5671	استبدال الأسنان والاكريليك الفك السفلي	لا	غير محدودة
D5710	طقم أسنان إعادة قاعدة كاملة للفك العلوي	لا	واحد من (D5710، D5730 أو D5750) لكل تاريخ خدمة لكل مريض
D5711	طقم أسنان إعادة قاعدة كاملة للفك السفلي	لا	واحد من (D5711، D5731، D5751) لكل تاريخ خدمة لكل مريض
D5720	أطقم الأسنان إعادة تأسيس الفك العلوي الجزئي	لا	واحد من (D5720، D5740، D5760) لكل تاريخ خدمة لكل مريض
D5721	أطقم الأسنان إعادة تأسيس الفك السفلي الجزئي	لا	واحد من (D5721، D5741، D5761) لكل تاريخ خدمة لكل مريض
D5810	طقم أسنان مؤقت كامل للفك العلوي	لا	غير محدودة
D5811	طقم أسنان مؤقت كامل للفك السفلي	لا	غير محدودة

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
D5820	طقم أسنان مؤقت جزئي للفك العلوي	لا	غير محدودة
D5821	طقم أسنان مؤقت جزئي للفك السفلي	لا	غير محدودة
D5862	ملحق دقيق	لا	غير محدودة
D5867	استبدال الملحق الدقيق	لا	غير محدودة
D5875	تعديل تقويم الأسنان	لا	غير محدودة
D5899	إجراءات تقويم الأسنان القابلة للإزالة	لا	غير محدودة
D5911	تجميل الوجه المقطعي	لا	غير محدودة
D5912	تجميل الوجه الكامل	لا	غير محدودة
D5913	تقويم الأنف	لا	غير محدودة
D5914	تقويم الأذن	لا	غير محدودة
D5915	تقويم المداري	لا	غير محدودة
D5916	تقويم العين	لا	غير محدودة
D5919	تقويم الوجه	لا	غير محدودة
D5922	تقويم الحاجز الأنفي	لا	غير محدودة
D5923	تقويم العين المؤقت	لا	غير محدودة
D5924	تقويم الجمجمة	لا	غير محدودة
D5925	زراعة تكبير الوجه	لا	غير محدودة
D5926	استبدال تقويم الأنف	لا	غير محدودة
D5927	استبدال تقويم الأذن	لا	غير محدودة
D5928	استبدال التقويم المداري	لا	غير محدودة
D5929	استبدال تقويم الوجه	لا	غير محدودة
D5931	السداد الجراحي	لا	غير محدودة
D5932	السداد ما بعد الجراحة	لا	غير محدودة
D5933	تجديد السداد	لا	غير محدودة
D5934	تقويم شفة الفك السفلي	لا	غير محدودة
D5935	تقويم طقم أسنان الفك السفلي	لا	غير محدودة
D5936	تقويم السدادة المؤقتة	لا	غير محدودة
D5937	جهاز تريزموس	لا	غير محدودة
D5952	مساعدات النطق للأطفال	لا	غير محدودة
D5953	مساعدات الكلام للبالغين	لا	غير محدودة
D5954	تقويم متراكب	لا	غير محدودة
D5955	تقويم رفع الحنك	لا	غير محدودة
D5958	فك الفم (Intraoral con def infer palate)	لا	غير محدودة
D5959	فك الفم (Intraoral con def mod palate)	لا	غير محدودة
D5960	تعديل تقويم المساعدة على الكلام	لا	غير محدودة
D5983	قضيب الإشعاع	لا	غير محدودة
D5984	درع الإشعاع	لا	غير محدودة

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
D5985	محدد موقع مخروط الإشعاع	لا	غير محدودة
D5986	أداة تطبيق الفلورايد	لا	غير محدودة
D5987	جبيرة كوميشور	لا	غير محدودة
D5991	مرض الحويصلة الفقاعية	لا	غير محدودة
D6010	زرع بطانة الأسنان	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6012	زرع باطني	لا	
D6040	زرع الأسنان (الغرسة الخلفية)	لا	
D6050	زرع الأسنان (الغرسة عبر العظم)	لا	
D6055	شريط توصيل الزرع	لا	غير محدودة
D6056	دعامة مسبقة الصنع	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6057	دعامة مخصصة	لا	
D6058	دعامة التاج المدعوم	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6059	تاج معدني مدعوم بدعامة	لا	
D6060	تاج معدني مدعوم بدعامة	لا	
D6061	تاج معدني مدعوم بدعامة	لا	
D6062	تاج معدني مدعوم بدعامة	لا	
D6063	تاج معدني مدعوم بدعامة	لا	
D6064	تاج معدني مدعوم بدعامة	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6065	تاج مدعوم بالزرع	لا	
D6066	تاج معدني مدعوم بالزرع	لا	
D6067	تاج معدني مدعوم بالزرع	لا	
D6068	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	
D6069	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6070	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	
D6071	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	
D6072	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	
D6073	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	
D6074	التجنيب مدعوم بدعامة	لا	
D6075	التجنيب المدعوم بالزرع	لا	
D6076	التجنيب المدعوم بالزرع	لا	
D6077	التجنيب المدعوم بالزرع	لا	
D6080	صيانة زرع الأسنان	لا	غير محدودة
D6090	إصلاح زرع الأسنان	لا	غير محدودة
D6091	استبدال الملحق الدقيق/شبه الدقيق	لا	غير محدودة
D6092	تاج دعم التلقي	لا	غير محدودة
D6093	طقم أسنان جزئي للدعم	لا	غير محدودة
D6094	تاج التيتانيوم الداعم	لا	غير محدودة

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
D6095	إصلاح دعامة الزرع، عن طريق الابلاغ	لا	غير محدودة
D6100	الاستئصال الجراحي لجسم الزرع	لا	غير محدودة
D6190	مؤشر الزرع الإشعاعي / الجراحي	لا	غير محدودة
D6194	دعم التجنيب التيتانيوم	لا	غير محدودة
D6199	إجراء الزرع	لا	غير محدودة
D6253	بونتيك مؤقت	لا	غير محدودة
D6600	صب البورسلين/السيراميك على سطحين	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6601	صب البورسلين/السيراميك على 3 أسطح أو أكثر	لا	
D6602	صب المعادن النبيلة المصبوبة على سطحين	لا	
D6603	صب معدن نبيل عالي الجودة على 3 أسطح أو أكثر	لا	
D6604	صب المعدن الأساسي المصبوب على سطحين	لا	
D6605	صب المعدن الأساسي المصبوب على 3 أسطح أو أكثر	لا	
D6606	صب المعادن النبيلة المصبوبة على سطحين	لا	
D6607	صب المعادن النبيلة المصبوبة على 3 أسطح أو أكثر	لا	
D6608	حشوة على طبقات البورسلين/السيراميك على سطحين	لا	
D6609	حشوة على طبقات البورسلين/السيراميك على 3 أسطح أو أكثر	لا	
D6610	حشوة على الأسنان - معدن عالي النبل مصبوب، سطحين	لا	
D6611	حشوة على الأسنان - معدن عالي النبل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	لا	
D6612	حشوة على الأسنان - مصبوب في الغالب معدن قاعدي، سطحين	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6613	حشوة على الأسنان - مصبوب في الغالب من المعدن القاعدي، ثلاثة أسطح أو أكثر	لا	
D6614	حشوة على الأسنان - معدن نبيل مصبوب، سطحين	لا	
D6615	حشوة على الأسنان - معدن نبيل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	لا	
D6624	حشوة داخل الأسنان من التيتانيوم	لا	
D6634	حشوة على الأسنان من التيتانيوم	لا	
D6780	تاج 4/3 معدن نبيل عالي	لا	مرة واحدة لكل سن كل خمس سنوات
D6781	تاج 4/3 معدن قاعدي مصبوب	لا	
D6782	تاج مغطى 4/3 بالمعدن النبيل	لا	
D6783	تاج مغطى 4/3 بورسلين/سيراميك	لا	
D6793	تاج التجنيب المؤقت	لا	غير محدودة
D6920	شريط موصل الأسنان	لا	غير محدودة
D6940	وصلة مخففة للضغط	لا	غير محدودة
D6950	ملحق دقيق	لا	غير محدودة
D6980	إصلاح جزئي ثابت	لا	غير محدودة

رمز CDT		التصريح المسبق مطلوب	القيود
D6985	طقم أسنان جزئي للأطفال، ثابت	لا	غير محدودة
جراحة الفم			
D7272	زرع الأسنان	لا	غير محدودة
D7290	إعادة وضع الأسنان	لا	غير محدودة
D7292	لوحة الاحتفاظ بالمسمار	لا	غير محدودة
D7293	جهاز تثبيت مؤقت مع غطاء	لا	غير محدودة
D7294	جهاز تثبيت مؤقت مع/بدون غطاء	لا	غير محدودة
D7953	طعم استبدال العظام	لا	غير محدودة
D7998	وضع جهاز التثبيت داخل الفم	لا	غير محدودة
تقويم الأسنان			
D8010	محدودية طب الأسنان tx الأساسي	لا	غير محدودة
غير روتيني			
D9210	التخدير الموضعي ليس بالتزامن مع الجراحة أو العملية الجراحية	لا	غير محدودة
D9211	التخدير الكتلي الموضعي	لا	غير محدودة
D9212	التخدير الكتلي الثلاثي التوائم	لا	غير محدودة
D9215	التخدير الموضعي	لا	غير محدودة
D9410	الاتصال بطبيب الأسنان من المنزل	لا	غير محدودة
D9430	زيارة المكتب خلال ساعات العمل	لا	غير محدودة
D9450	عرض الحالة tx خطة	لا	غير محدودة
D9911	تطبيق راتنج مزيل للتحسس	لا	غير محدودة
D9941	تصنيع حارس رياضي	لا	غير محدودة
D9942	إصلاح/إعادة تبطين واقي الإطباق	لا	غير محدودة
D9950	تحليل الانسداد	لا	غير محدودة
D9970	كشط المينا الدقيق	لا	غير محدودة

القسم 3 ما الخدمات غير المغطاة من قبل الخطة؟

القسم 3.1 الخدمات التي لا تغطيها الخطة

يحيطك هذا القسم علمًا بالخدمات "المستثناة" من Medicare.

يصف المخطط الموضح أدناه بعض الخدمات والبنود التي ليست مغطاة ضمن الخطة تحت أي ظرف من الظروف أو المغطاة ضمن الخطة تحت ظروف معينة فقط.

في حال حصولك على خدمات مستثناة (غير مشمولة في التغطية)، يتعين عليك سداد ثمنها بنفسك، باستثناء الشروط المحددة المدرجة أدناه. حتى إذا تلقيت الخدمات المستثناة في مرفق طوارئ، فإن الخدمات المستبعدة لم تتم تغطيتها حتى الآن ولن تسدد خطتنا مقابلها. الاستثناء الوحيد هو إذا تم التماس الخدمة وتم تحديدها عند الالتماس لتكون خدمة طبية يجب أن ندفع ثمنها أو نغطيها بسبب حالتك

الخاصة. (للمزيد من المعلومات حوال الالتماس بشأن قرار عدم تغطيتنا لإحدى الخدمات الطبية، راجع الفصل 9، القسم 3.6 من هذا المستند.)

جميع الاستثناءات والقيود المفروضة على الخدمات مدرجة في مخطط المزايا الطبية أو المخطط الموضح أدناه.

الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare	الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف	الخدمات المغطاة فقط تحت ظروف معينة
الوخز الإبري		متاح للأشخاص الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة في ظل ظروف معينة.
الجراحات أو العمليات التجميلية		• تغطى في حالة الإصابات العرضية أو في حالة تحسين وظائف أحد أعضاء الجسم المشوه. • تغطى لجميع مراحل بناء الثدي بعد عملية استئصاله، بالإضافة إلى الثدي السليم ليظهر بشكل متناسق.
الرعاية الوصائية الرعاية الوصائية هي الرعاية الشخصية التي لا تتطلب الرعاية الطبية الدائمة من قِبَل أطباء أو مساعدي أطباء مُدربين، مثل الرعاية التي تتضمن مساعدة في القيام بالأنشطة الحياتية اليومية، كالاستحمام أو تغيير الملابس.		مشمول بجزء Medicaid من مزايا خطتك.
الإجراءات الطبية والجراحية التجريبية والمعدات والأدوية. الإجراءات والأدوات التجريبية هي تلك الأدوات والإجراءات المحددة في برنامج Original Medicare التي لا يقبل بها المجتمع الطبي بشكل عام.		من الممكن تغطيتها في برنامج Original Medicare تحت مسمى الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare أو في خطتنا. (انظر الفصل 3، القسم 5 لمزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية).
الرسوم المستحقة للرعاية المقدمة بواسطة أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	
وجبات التوصيل إلى المنازل		
تشمل خدمات تدبير المنزل المساعدات المعيشية الأساسية، بما فيها التدابير المنزلية الخفيفة أو إعداد الوجبات الخفيفة.	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	
خدمات العلاج الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة)	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	

رعاية الأسنان غير الروتينية		يمكن تغطية خدمات العناية بالأسنان بغرض معالجة أمراض أو إصابات الأسنان في العيادات الداخلية أو الخارجية.
الأحذية الطبية أو الأجهزة الداعمة للقدم		الأحذية التي تشكل جزءًا من سناد القدم والمدرجة في تكلفة الدعامة. تخصص الأحذية الطبية أو العلاجية للمصابين بداء القدم السكري.
الأدوات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة مثل الهاتف أو التلفزيون	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	
غرفة خاصة في مستشفى		تغطى فقط عند الضرورة الطبية.
مقدمو الخدمات المحظور تغطيتهم بموجب برنامج Medicare لأي سبب من الأسباب.	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	
عكس إجراءات التعقيم و/أو إمدادات وسائل منع الحمل غير الموصوفة طبيًا.	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	
رعاية تقويم العمود الفقري الروتينية		تتم تغطية المعالجة اليدوية للعمود الفقري بغرض تصحيح الخلع الجزئي.
رعاية الأسنان الروتينية، مثل التنظيف أو الحشوات أو أطقم الأسنان.		توفر خطتنا بعض التغطية لخدمات طب الأسنان كما هو موضح في مخطط المزايا الطبية.
فحوصات العين الروتينية والنظارات وبضع القرنية الشعاعي وجراحة الليزك وغيرها من مساعدات ضعف البصر الأخرى.		تغطى فحوصات العين وزوج من النظارات (أو العدسات اللاصقة) للأشخاص المجرى لهم عملية إزالة المياه البيضاء.
الرعاية الروتينية للقدم		توفر خطتنا بعض التغطية لرعاية القدمين الروتينية كما هو موضح في مخطط المزايا الطبية.
فحوصات السمع الروتينية أو المعينات السمعية أو الفحوصات التي تناسب المعينات السمعية.	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	
الخدمات التي لا تعتبر معقولة وضرورية، وفقًا لمعايير Original Medicare.	**الخدمات غير المغطاة تحت أي ظرف**	

الفصل 5
استخدام تغطية الخطة فيما يتعلق بالأدوية الموصوفة ضمن الجزء *(D)*

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف أدويتك؟

نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medicaid، فأنت أيضًا مؤهل للانضمام والحصول على برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف خطة أدويتك الموصوفة. نظرًا لأنك مشارك في برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، **فإن بعض المعلومات في دليل التغطية هذا حول تكاليف أدوية وصفات الجزء (D) قد لا تنطبق عليك.** لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، بعنوان ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون "مساعدةً إضافية" *(Extra Help)* لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية (والذي يُعرف أيضًا باسم ملحق إعانة ذوي الدخل المنخفض أو ملحق *LIS)*، والذي سيوضح لك تغطية أدويتك. إن لم يكن لديك تلك النشرة، فيرجى الاتصال على خدمات الأعضاء واطلب منهم "ملحق إعانة ذوي الدخول الأقل". (تتم طباعة أرقام هاتف خدمات الأعضاء على الغلاف الخلفي لهذا المستند.)

القسم 1 مقدمة

يوضح هذا الفصل **قواعد الاستفادة بتغطيتك لأدوية الجزء (D).** يرجى الاطلاع على الفصل 4 لمزايا أدوية الجزء (B) من Medicare ومزايا أدوية المحتضرين.

بالإضافة إلى الأدوية المغطاة من قِبل Medicare، فهناك مجموعة من الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن مزايا نظام Medicaid. يرجى الاتصال بوكالة Medicaid التابعة للولاية المدرجة في **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على معلومات حول الأدوية التي تغطيها بموجب تغطية Medicaid الخاصة بك.

القسم 1.1 القواعد الأساسية لتغطية الأدوية الواردة بالجزء د

تغطي الخطة بشكل عام أدويتك طالما أنت ملتزم بهذه القواعد الأساسية:

- يتعين أن يكتب لك مقدم الخدمات (طبيب أو طبيب أسنان أو واصف دواء آخر) وصفة طبية يتعين أن تكون صحيحة بموجب قانون الولاية الساري.
- يجب ألا يكون واصف الدواء مدرجًا في قوائم المنع أو الحظر الخاصة بـ Medicare.
- وبوجه عام، يتعين عليك استخدام صيدلة تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية. (يرجى الاطلاع على القسم 2 من هذا الفصل.) أو يمكنك صرف الوصفة الطبية الخاصة بك من خلال خدمة الطلب بالبريد الخاصة بالخطة.
- يجب أن تكون أدويتك مدرجة على قائمة الأدوية المغطاة في الخطة *(كتيب الوصفات)* (وهو ما نسميه اختصارًا "بقائمة الأدوية"). (يرجى الاطلاع على القسم 3 من هذا الفصل.)
- يجب استخدام الدواء لداعي استعمال مقبول طبيًا. يراد بمصطلح "مقتضى مقبول طبيًا" أن استخدام الدواء إما معتمد من إدارة الغذاء والدواء أو مدعوم بمراجع معينة. (انظر القسم 3 في هذا الفصل لمزيد من المعلومات حول الأدوية المستخدمة لدواعي مقبولة طبيًا).
- قد يتطلب دوائك الموافقة قبل أن نقوم بتغطيته. (راجع القسم 4 في هذا الفصل للحصول على مزيد من المعلومات حول القيود المفروضة على تغطيتك.)

القسم 2 صرف أدويتك من إحدى الصيدليات التابعة للشبكة أو من خلال خدمات الطلب بالبريد الواردة بالخطة.

القسم 2.1 استخدام صيدلية تابعة للشبكة

في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية فقط في حالة صرفها من صيدليات الشبكة التابعة للخطة. (راجع القسم 2.5 للمعلومات حول الأوقات التي نغطي فيها الوصفات المصروفة في صيدليات غير تابعة للشبكة.)

الصيدلية التابعة للشبكة هي إحدى الصيدليات المتعاقدة مع خطتنا لتوفير وصفات أدويتك المغطاة. يقصد بالمصطلح "الأدوية المغطاة" جميع الأدوية الموصوفة بالجزء (D) الموجودة بقائمة الأدوية الخاصة بالخطة.

القسم 2.2 الصيدليات التابعة للشبكة

كيف تصل إلى إحدى الصيدليات التابعة للشبكة بمنطقتك؟
للعثور على صيدلية داخل الشبكة، يمكنك البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، وزيارة موقعنا الإلكتروني (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider)، و/أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

يمكنك الذهاب لأي صيدلية تابعة لشبكتنا.

ماذا لو انفصلت الصيدلية التي تستخدمها عن بقية الصيدليات التابعة للشبكة؟
إذ انفصلت الصيدلية التي تستخدمها عن بقية الصيدليات التابعة للشبكة، فعليك التعامل مع صيدلية جديدة من الصيدليات التابعة للشبكة. للعثور على صيدلية أخرى تابعة للشبكة في منطقتك، يمكنك الحصول على مساعدة من خدمات الأعضاء أو استخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات. ويمكنك أيضًا البحث عن المعلومات على موقعنا على الويب عبر الرابط AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider.

ماذا لو كنت تحتاج إلى صيدلية متخصصة؟
يتعين صرف بعض الوصفات الطبية من صيدلة متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة:

- الصيدليات التي تقدم الأدوية للعلاج بالحقن المنزلي.
- الصيدليات التي تورد الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأمد (LTC). عادة ما يكون لمرفق الرعاية طويلة الأمد (LTC) (كدار التمريض) صيدليته الخاصة. إذا واجهتك أية صعوبة في الحصول على مزاياك الواردة بالجزء (D) في أحد مرافق الرعاية طويلة الأمد، فيرجى التواصل مع خدمات الأعضاء.
- الصيدليات الخاصة بخدمات الصحة الهندية / برنامج الصحة الهندية القبلي / الحضري (غير متاح في (بويرتوريكو)). يسمح في حالة الطوارئ فقط للسكان الأصليين بأمريكا أو ألاسكا بالدخول إلى الصيدليات التابعة للشبكة.
- الصيدليات التي توزع الأدوية المقيدة من قِبل FDA في مواقع معينة أو التي تتطلب معالجة خاصة أو تنسيقًا مع مقدم الخدمات أو التثقيف بشأن استخدامها. لتحديد موقع صيدلية متخصصة، انظر في دليل مقدمي الخدمات والصيدليات (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider) الخاص بك أو اتصل بخدمات الأعضاء.

القسم 2.3 استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بالخطة

لأنواع محددة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمات الطلب عبر البريد التابعة لشبكة الخطة. عمومًا، تمثل الأدوية المتاحة من خلال الطلب عبر البريد، الأدوية التي تأخذها بشكل منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل. يتم تمييز هذه الأدوية باعتبارها الأدوية المطلوبة عبر البريد **"MO"** في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد بالخطة طلب **إمداد يصل إلى 100 يوم**

للحصول على نماذج الطلبات ومعلومات حول صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني (https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/members/hmo-snp/rxdrugs) أو اتصل بخدمات الأعضاء. ملاحظة: يتعين أن يكون لديك طريقة للدفع مسجّلة.

عادة، سيتم تسليم طلب الصيدلية عبر البريد لك في غضون ما لا يزيد عن 10 أيام. إذا توقعت صيدلية الطلب عبر البريد تأجيل الطلب، فسوف تخطرك بهذا التأخير. إذا كنت بحاجة لطلب أمر مستعجل بسبب تأخير الطلب عبر البريد، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لمناقشة الخيارات التي قد تتضمن الصرف من صيدلية بيع بالتجزئة محلية أو التعجيل بطريقة الشحن. وفر للممثل رقم هويتك ورقم

(أرقام) الوصفات الطبية. في حال رغبتك في توصيل أدويتك في اليوم الثاني أو اليوم التالي، يمكنك طلب ذلك من ممثل خدمات الأعضاء مقابل رسوم إضافية.

وصفات طبية جديدة تتلقاها الصيدلية مباشرةً من عيادة الطبيب.
ستقوم الصيدلية بصرف وتوصيل وصفات جديدة تتلقاها من مقدمي الرعاية الصحية تلقائيًا، دون التحقق من الأمر معك أولاً، في أي من الحالتين التاليتين:

- سبق لك استخدام خدمات الطلب عبر البريد من خلال هذه الخطة، أو
- قمت بالاشتراك في التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الجديدة التي يتم تلقيها مباشرة من مقدمي الرعاية الصحية. يمكنك طلب التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الجديدة الآن أو في أي وقت من خلال استمرار طبيبك في إرسال وصفاتك الطبية إلينا. لا يلزم طلب خاص. أو يمكنك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء لإعادة تشغيل خدمة التوصيل التلقائي إذا قمت في السابق بإيقافها.

إذا سبق لك استخدام الطلب عبر البريد ولا ترغب في أن تقوم الصيدلية بصرف كل وصفة جديدة وشحنها تلقائيًا، فيرجى التواصل معنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء.

إذا لم تستخدم أبدًا تسليم الطلب عبر البريد و/أو قررت إيقاف عمليات الصرف التلقائية للوصفات الطبية الجديدة، فستتصل بك الصيدلية في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية جديدة من مقدم الرعاية الصحية لمعرفة إذا كنت تريد صرف الدواء وشحنه على الفور. من المهم أن ترد في كل مرة تتصل بك فيها الصيدلية، لإعلامهم برغبتك في شحن أو تأخير أو إلغاء الوصفة الطبية الجديدة.

إعادة صرف للوصفات الطبية عبر الطلب بالبريد. لتجديد أدويتك، لديك خيار الاشتراك للحصول على برنامج تجديد تلقائي.
بموجب هذا البرنامج سنبدأ في معالجة عملية إعادة التعبئة التالية الخاصة بك تلقائيًا عندما تعرض سجلاتنا أنك قد قاربت على نفاد دوائك منك. سوف تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل عملية إعادة صرف للتأكد من أنك تحتاج إلى مزيد من الأدوية، ويمكنك إلغاء عمليات إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الأدوية أو إذا تم تغيير دوائك.

إذا اخترت عدم صرف الوصفات الطبية من خلال البرنامج الخاص بنا، لكنك لا تزال ترغب في أن ترسل لك الصيدلية المطلوبة عبر البريد الوصفة الطبية، فيرجى الاتصال على الصيدلية قبل 15يومًا من نفاد الوصفة الطبية الحالية الخاصة بك. ويضمن ذلك شحن الطلب إليك في الوقت المناسب.

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بإعداد عمليات إعادة الصرف من خلال البريد، يرجى تسجيل الدخول إلى حساب Caremark.com أو الاتصال بنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء.

القسم 2.4 كيف يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل من الأدوية؟

توفر الخطة طريقتين للحصول على إمداد طويل الأجل (يطلق عليه أيضًا "الإمداد الممتد") من أدوية "المداومة" المدرجة على قائمة الأدوية بخطة الخدمات. (أدوية المداومة هي أدوية تأخذها على أساس منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.)

1. تتيح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة بالشبكة الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. يخبرك دليل مقدمي الخدمات/الصيدليات AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-providery بالصيدليات التابعة للشبكة التي يمكنها أن تقدم لك إمدادًا طويل الأجل من أدوية المداومة. يمكنك أيضًا الاتصال بقسم خدمات الأعضاء للحصول على مزيد من المعلومات.
2. تتلقى أيضًا أدوية المداومة من خلال برنامج الطلب عبر البريد الخاص بنا. يرجى الاطلاع على القسم 2.3 لمزيد من المعلومات.

القسم 2.5 متى يمكنك استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة الخطة؟

يمكن تغطية وصفتك في حالات معينة

عمومًا، نغطي الأدوية التي تُصرف في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلية تابعة للشبكة. لمساعدتك، لدينا صيدليات تشملها الشبكة خارج منطقة الخدمة، حيث يمكنك من خلالها صرف الوصفات الطبية كعضو في خطتنا. **يرجى التحقق أولاً من قسم خدمات الأعضاء** للتعرف على ما إذا كان هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة. قد تُطالب بسداد الفرق بين ما سددته نظير حصولك على الدواء من صيدلية خارج الصيدليات التابعة للشبكة وتكلفة التغطية بإحدى الصيدليات التابعة للشبكة.

فيما يلي الظروف التي نغطي خلالها الوصفات الطبية التي تصرف من صيدلية خارج الشبكة:

- الوصفة الطبية هي لحالة طبية طارئة أو رعاية عاجلة.
- لا يمكنك الحصول على دواء مغطى في وقت الحاجة لأنه لا توجد صيدليات ضمن الشبكة تعمل على مدار 24 ساعة ضمن مسافة قيادة معقولة.
- الوصفة الطبية لدواء غير متوفر في صيدلية بيع بالتجزئة أو صيدلية خدمة بريدية ضمن الشبكة والتي يمكن الوصول إليها (بما في ذلك الأدوية عالية التكلفة والفريدة من نوعها).
- إذا تم إجلاؤك أو نزوحك من منزلك بسبب كارثة فيدرالية أو إعلان طارئ للصحة العامة.

إذا كنت بحاجة إلى الذهاب إلى صيدلية خارج الشبكة لأي من الأسباب المذكورة أعلاه، فستغطي الخطة إمدادًا يصل إلى 10 أيام من الأدوية.

كيف تطالب برد فرق التكلفة بموجب خطة الخدمات؟
إذا كان يجب عليك استخدام صيدلية غير تابعة للشبكة، فسيتعين عليك عمومًا دفع التكلفة الكاملة في الوقت الذي تصرف فيه وصفتك الطبية. يحق لك مطالبتنا بسداد. (يوضح الفصل 7، القسم 2 كيف تطالب برد فرق التكلفة بموجب خطة الخدمات.)

القسم 3 يجب أن تكون أدويتك مدرجة على "قائمة الأدوية" الواردة بالخطة

القسم 3.1	تحدد لك "قائمة الأدوية" الأدوية المغطاة بالجزء (D).

تتضمن الخطة قائمة الأدوية المغطاة *(كتيب الوصفات)*. نطلق عليه في دليل التغطية هذا، قائمة الأدوية اختصارًا.

الأدوية المدرجة في هذه القائمة اختارتها الخُطة بمساعدة فريق من الأطباء والصيادلة. تلبي هذه القائمة متطلبات Medicare وقد تمت الموافقة عليها من قبل Medicare.

تتضمن "قائمة الأدوية" الأدوية المغطاة بموجب الجزء (D) من برنامج Medicare. بالإضافة إلى الأدوية المغطاة من قِبل Medicare، فهناك مجموعة من الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن مزايا نظام Medicaid. يرجى الاتصال بوكالة Medicaid التابعة للولاية المدرجة في **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على معلومات حول الأدوية التي تغطيها بموجب تغطية Medicaid الخاصة بك.

سنقوم عامة بتغطية الأدوية المدرجة في "قائمة الأدوية" فور امتثالك لقواعد التغطية الأخرى الموضحة في هذا الفصل واستخدام هذا الدواء لمقتضى مقبول طبيًا. يقصد "بالمقتضى المقبول طبيًا" استخدام الأدوية التي ينطبق عليها أي مما يلي:

- تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء للتشخيص أو الحالة التي يتم وصفه لها، أو
- مدعومًا بمراجع معينة، مثل معلومات أدوية خدمة الوصفات الطبية للمستشفى الأمريكي ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

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

الدواء الذي يحمل اسم العلامة التجارية هو دواء وصفة طبية يُباع تحت اسم علامة تجارية مملوك للشركة المصنعة للأدوية. المنتجات البيولوجية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية. في "قائمة الأدوية"، عندما نشير إلى "الأدوية"، قد يعني ذلك دواءً أو منتجًا بيولوجيًا.

الدواء الجنيس هو أحد أدوية الوصفات الذي يحتوي على نفس المواد الفعالة مثل الدواء ذي الاسم التجاري. المنتجات البيولوجية لها بدائل تسمى المنتجات الحيوية المماثلة. بشكل عام، تعمل الأدوية العامة والبيولوجية المماثلة بنفس كفاءة العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي وعادة ما تكون تكلفتها أقل. تتوفر بدائل عامة للأدوية للعديد من العلامات التجارية للأدوية وبدائل حيوية مماثلة لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض المنتجات الحيوية المماثلة هي منتجات حيوية مماثلة قابلة للتبديل، وبناءً على قانون الولاية، يمكن استبدالها بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا كما يمكن استبدال الأدوية الجنيسة بالأدوية ذات العلامات التجارية.

راجع الفصل 12 للحصول على تعريفات لأنواع الأدوية التي قد تكون موجودة في قائمة الأدوية.

ما الذي ليس مدرجًا في قائمة الأدوية؟
لا نغطي جميع الأدوية الموصوفة طبيًا.

- في بعض الحالات، لا يسمح القانون لأي خطة Medicare بتغطية أنواع معينة من الأدوية. (ويمكنك الاطلاع على القسم 7.1 من هذا الفصل للحصول على مزيدٍ من المعلومات.)
- في حالات أخرى، قررنا ألا نضم دواءً مخصصًا متاحًا في قائمة الأدوية. في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير مدرج في قائمة الأدوية. (لمزيد من المعلومات، يرجى الاطلاع على الفصل 9.)

القسم 3.2 كيف يمكنك العثور على الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية؟

لديك أربع طرق لمعرفة ذلك:

1. تحقق من قائمة الأدوية الأحدث التي قدّمناها إلكترونيًا.
2. تفضل بزيارة موقع الخطة على الويب (**AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary**). قائمة الأدوية المتوفرة على الموقع الإلكتروني دائمًا ما تكون هي الأحدث.
3. اتصل بقسم خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان الدواء واردًا في قائمة الأدوية الخاصة بالخطة أو لطلب نسخة من القائمة.
4. استخدم "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بالخطة على بوابة الأعضاء **Caremark.com**. باستخدام هذه الأداة، يمكنك البحث عن الأدوية في "قائمة الأدوية" للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في "قائمة الأدوية" يمكنها علاج نفس الحالة.

القسم 4 هناك قيود على تغطية بعض الأدوية

القسم 4.1 لماذا بعض الأدوية لها قيود؟

بالنسبة لبعض الأدوية الموصوفة طبيًا، تُقيِّد بعض القواعد الخاصة من كيفية تغطية الخطة لها ووقت تلك التغطية. وقد وضع فريق من الأطباء والصيادلة هذه القواعد لتشجيعك أنت ومقدم الخدمات لديك على استخدام الأدوية بطريقة أكثر فعالية. لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو تريد تناوله، فتحقق من قائمة الأدوية. في حالة عمل دواء آمن وأقل تكلفة، والذي من شأنه أن يعمل طبيًا بنفس الكفاءة التي يعمل بها نظير له تكلفة أعلى، فإن قواعد الخطة مُصممّة لتشجيعك أنت ومقدم الخدمات على استخدام الخيار الأقل تكلفة.

يُرجى العلم بأنه أحيانًا قد يرد الدواء أكثر من مرة على قائمة أدويتنا. يرجع ذلك إلى أن نفس الأدوية يمكن أن تتفرق استنادًا إلى قوة أو مقدار أو شكل الدواء الموصوف من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، وتنطبق مختلف القيود أو تقاسم التكلفة على الإصدارات المختلفة للدواء (على سبيل المثال، 10 ملغ مقابل 100 ملغ، مرة في اليوم مقابل مرتين في اليوم، قرص مقابل سائل).

القسم 4.2 ما أنواع القيود؟

الأقسام التالية تُخبرك بالمزيد حول أنواع القيود التي نستخدمها لبعض الأدوية.

إذا كانت هناك قيود على دوائك، فهذا يعني عادة أنك أو مقدم الخدمات لك سيتعين عليكُما اتخاذ خطوات إضافية من أجل أن نتمكن من تغطية الدواء. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما الذي تحتاج أنت أو مقدم الخدمات الخاص بك القيام به للحصول على التغطية الخاصة بالدواء. إذا أردنا أن نتخلى عن القيود لأجلك، فستحتاج لاستخدام عملية قرار التغطية وأن تطلب منا استثناءً. ربما نوافِق أو لا نوافِق على التخلي عن القيود لأجلك. (انظر الفصل 9)

الحصول على موافقة الخطة مقدمًا
بالنسبة لأدوية معينة، تحتاج أنت أو مقدم الخدمات لك الحصول على موافقة الخطة قبل موافقتنا على تغطية الدواء لك. وهذا يُطلق عليه **الإذن المسبق**. يتم وضع هذا لضمان سلامة الأدوية والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لأدوية معينة. في حال عدم حصولك على هذه الموافقة، رُبما لا تُغطي الخطة دواءك.

تجربة دواء مختلف أولاً
هذا الشرط يُشجِّعك على تجربة أدوية أقل تكلفة ولكنها عادةً بنفس الفعالية قبل تغطية الخطة لدواء آخر. على سبيل المثال، إذا كان الدواء (A) والدواء (B) يعالجان الحالة الطبية نفسها، فقد تطلُب منك الخطة أن تُجرِّب الدواء (A) أولاً. إذا لم يجدي الدواء (A) معك، فعندئذٍ ستغطي الخطة الدواء (B). ويُسمّى هذا الشرط لتجربة دواء مُختلف **العلاج المرحلي.**

حدود الكمية
بالنسبة لأدوية معينة، نقوم تقييد كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفتك الطبية. فعلى سبيل المثال، إذا كان آمنًا عادة أن تحصل على قرص واحد فقط يوميًا من دواء معين، فربما نحدد التغطية لوصفتك الطبية بما لا يتجاوز قرصًا واحدًا يوميًا.

القسم 5 ماذا لو لم يكن أحد أدويتك مُغطى بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها؟

القسم 5.1 هناك أشياء يمكنك فعلها إذا لم يُغطّ دواؤك بالطريقة التي تريدها

هناك حالات يوجد فيها دواء موصوف تتناوله أو دواء تعتقد أنت ومقدم الخدمات لك أنه ينبغي لك أن تتناوله، ضمن كتيب الوصفات لدينا أو يكون بكتيب الوصفات مع وجود قيود. على سبيل المثال:

- رُبما لا يُغطى الدواء على الإطلاق. أو ربما يُغطى إصدار جنيس من الدواء، ولكن لن يُغطى الإصدار ذو الاسم التجاري الذي تريد تناوله.
- يُغطى الدواء، ولكن هناك قواعد أو قيود إضافية على تغطية ذلك الدواء، كما هو موضح في القسم 4.
- توجد أمور يمكنك فعلها إذا لم تتم تغطية دوائك بالطريقة التي تريدها. **إذا لم يكن دواؤك ضمن قائمة الأدوية أو في حال كان عليه قيود، طالع القسم 5.2 لمعرفة ما يُمكنك القيام به.**

القسم 5.2 ما الذي يُمكنك القيام به في حال لم يكن دواءك على قائمة الأدوية أو إذا كان مُقيَّدًا بطريقة ما؟

إذا لم يكن دواؤك ضمن قائمة الأدوية أو كان عليه قيود، فستجد فيما يلي الخيارات:

- قد تتمكن من الحصول على إمداد مؤقت للدواء.
- يمكنك التغيير إلى دواء آخر.
- يُمكنك طلب **استثناء** وأن تطلب من الخطة تغطية الدواء أو إزالة القيود على الدواء.

ربما تتمكن من الحصول على إمدادات من الأدوية مؤقتة

في ظروف معينة، يتعين أن تقدم الخطة إمدادًا مؤقتًا لدواء تتناوله بالفعل. يتيح لك هذا العرض المؤقت الوقت للتحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك بشأن التغيير.

لتكون مؤهلاً لإمداد مؤقت، يجب ألا يكون الدواء الذي تتناوله **مدرجًا في قائمة أدوية** الخطة أو **مقيدًا الآن بطريقة ما.**

- **إذا كنت عضوًا جديدًا،** فسنقوم بتغطية إمداد مؤقت لدوائك خلال أول **90 يومًا** من عضويتك في الخطة.
- **إذا كنت في الخطة خلال العام الماضي،** فسنقوم بتغطية إمداد مؤقت لدوائك خلال أول **90 يومًا** من العام التقويمي.
- يكون هذا الإمداد المؤقت إمدادًا لمدة أقصاها 30 يومًا. إذا كانت الوصفة الطبية الخاصة بك مكتوبة لأيام أقل، فسنسمح بعدة حالات صرف لتوفير إمداد يصل إلى 30 يومًا كحد أقصى من الأدوية. يجب أن تقوم بصرف وصفتك الطبية من صيدلية بالشبكة. (يُرجى ملاحظة أن صيدلية الرعاية طويلة المدى قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لمنع حدوث أي هدر للكميات.)
- **لأولئك الأعضاء الذين كانوا في الخطة لمدة تتجاوز 90 يومًا ومقيمين في أحد مرافق الرعاية طويلة الأجل، ويحتاجون لإمدادات على الفور:** سنقوم بتغطية إمداد طارئ واحد لمدة 31 يومًا لدواء معيّن، أو أقل في حال كانت وصفتك لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت الموضح أعلاه.
- إذا واجهت تغييرًا في وضع الرعاية الخاص بك (مثل الخروج من المستشفى أو قبولك في مرافق الرعاية طويلة الأجل) ، فيمكن لطبيبك أو الصيدلية طلب إلغاء وصفة طبية لمرة واحدة. سيوفر لك هذا التجاوز لمرة واحدة إمدادًا مؤقتًا (إمدادًا لمدة 30 يومًا على الأقل) للدواء (الأدوية) المعمول به.

للاستفسارات حول إمداد مؤقت، اتصل بخدمات الأعضاء.

خلال الوقت الذي تستخدم فيه إمداد مؤقت من أحد الأدوية، ينبغي لك التحدُّث إلى مقدم الرعاية لك للتوصُل إلى قرار بشأن ما ينبغي عليك القيام به عندما تنفد الإمدادات المؤقتة. لديك خياران:

1. يمكنك التغيير إلى دواء آخر
تحدث مع مقدم الخدمات الخاص بك حول ما إذا كان هناك دواء مختلف مشمول بالتغطية من قبل الخطة قد يعمل بنفس الكفاءة بالنسبة لك. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب قائمة أدوية مغطاة تعالج نفس الحالة الطبية. حيث يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات لديك في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.

2. يمكنك طلب استثناء
أو يمكنك أن تطلب من الخطة أنت ومقدم الخدمات لديك إجراء استثناء وتغطية الدواء بالطريقة التي ترغب في تغطيته بها. إذا قال مقدم الخدمات لك أن لديك أسباب طبية تُبرر لنا طلبك للحصول على استثناء، فيُمكن لمقدم الخدمات لك أن يُساعدك في طلب استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب من الخطة تغطية أحد الأدوية وإن لم يكن مُدرجًا ضمن قائمة أدوية الخطة. أو يُمكنك أن تطلب من الخطة أن تمنحك استثناءً وتغطي الدواء من دون قيود.

إذا كنت عضوًا حاليًا وستتم إزالة الدواء الذي تتناوله من كتيب الوصفات أو تقييده بطريقة ما للعام المقبل، فإننا سنخبرك بأي تغيير قبل العام الجديد. يمكنك إجراء استثناء قبل العام القادم وسنمنحك الإجابة في غضون 72 ساعة بعد استلامنا طلبك (أو بيان داعم من الواصف الخاص بك). إذا وافقنا على طلبك، فسنأذن بالتغطية قبل سريان مفعول التغيير.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمات لك في طلب أي استثناء، انظر الفصل 9، القسم 7.4 للتعرف على كيفية القيام بذلك. حيث يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددتها Medicare للتأكد من معالجة طلبك على الفور وبشكل عادل.

القسم 6 ماذا لو تغيرت التغطية التي تحصُل عليها لأحد أدويتك؟

القسم 6.1 يُمكن أن تتغير قائمة الأدوية خلال العام

معظم التغييرات في تغطية الأدوية تحدث في بداية كل عام (الأول من يناير). وعلى الرغم من ذلك، خلال العام، يمكن للخطة إجراء بعض التغييرات على قائمة الأدوية. على سبيل المثال، ربما تقوم الخطة بما يلي:

- **إضافة أو حذف أدوية من قائمة الأدوية.**
- **زيادة أو إزالة قيد يتعلق بتغطية دواء.**
- **استبدال دواء ذي اسم تجاري بنسخة دواء جنيس.**
- **استبدل منتجًا بيولوجيًا أصليًا بنسخة متشابهة بيولوجيًا قابلة للتبديل من المنتج البيولوجي.**

يتعين علينا اتباع متطلبات Medicare قبل تغيير قائمة أدوية الخطة.

راجع الفصل 12 للحصول على تعريفات لأنواع الأدوية التي تمت مناقشتها في هذا الفصل.

القسم 6.2 ماذا يحدث إذا تغيرت التغطية لدواء تتناوله؟

معلومات حول التغييرات التي تطرأ على تغطية الأدوية

عند حدوث تغييرات على قائمة الأدوية، فإننا ننشر معلومات على موقعنا على الويب بخصوص هذه التغييرات. نقوم أيضًا بتحديث قائمة الأدوية الخاصة بنا عبر الإنترنت بانتظام. يصف هذا القسم أنواع التغييرات التي قد نجريها على قائمة الأدوية ومتى ستتلقى إخطارًا مباشرًا إذا تم إجراء تغييرات على الدواء الذي تتناوله.

التغييرات التي قد نجريها على قائمة الأدوية والتي تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية

- **إضافة أدوية جديدة إلى قائمة الأدوية و في الحال حذف أو إجراء تغييرات على دواء مماثل في قائمة الأدوية.**
  - عند إضافة إصدار جديد من الدواء إلى قائمة الأدوية، قد نقوم على الفور بحذف دواء مماثل من قائمة الأدوية، أو نقل الدواء المماثل إلى مستوى مختلف من مشاركة التكاليف، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. النسخة الجديدة من الدواء ستكون بنفس القيود أو أقل.
  - سوف نقوم بإجراء هذه التغييرات الفورية فقط إذا أضفنا إصدارًا جنيسًا جديدًا من علامة تجارية أو أضفنا إصدارات معينة جديدة من المنتجات البيولوجية الأصلية التي كانت موجودة بالفعل في قائمة الأدوية.
  - قد نقوم بإجراء هذه التغييرات على الفور وإخبارك لاحقًا، حتى لو كنت تتناول الدواء الذي نقوم بحذفه أو إجراء تغييرات عليه. إذا كنت تتناول الدواء نفسه في الوقت الذي نجري فيه التغيير، فسوف نخبرك بأي تغيير محدد أجريناه.
- **إضافة الأدوية إلى قائمة الأدوية وحذف أو إجراء تغييرات على دواء مماثل في قائمة الأدوية مع إخطار مسبق.**
  - عند إضافة إصدار آخر من الدواء إلى قائمة الأدوية، قد نقوم بحذف دواء مماثل من قائمة الأدوية، أو نقله إلى مستوى مختلف من مشاركة التكاليف، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. ستكون نسخة الدواء التي نضيفها بنفس القيود أو قيود أقل.
  - سوف نقوم بإجراء هذه التغييرات فقط إذا أضفنا إصدارًا جنيسًا جديدًا من دواء ذا علامة تجارية أو أضفنا إصدارات معينة جديدة من المنتجات البيولوجية الأصلية التي كانت موجودة بالفعل في قائمة الأدوية.
  - سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير، أو سنخبرك بالتغيير ونغطي فترة صرفه لمدة 30 يومًا من إصدار الدواء الذي تتناوله.
- **إجراء تغييرات أخرى على الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية**
  - قد نجري تغييرات أخرى بمجرد بدء العام مما يؤثر على الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، بناءً على التحذيرات الموجودة في مربعات إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو الإرشادات السريرية الجديدة التي يعترف بها برنامج Medicare.
  - سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء هذه التغييرات أو سنخبرك بالتغيير ونغطي فترة صرف إضافية لمدة *30* يومًا من الدواء الذي تتناوله.

إذا أجرينا أيًا من هذه التغييرات على أي من الأدوية التي تتناولها، فتحدث مع طبيبك حول الخيارات التي قد تناسبك بشكل أفضل، بما في ذلك التغيير إلى دواء مختلف لعلاج حالتك، أو طلب قرار تغطية لتلبية أي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله. يمكن لك أو للطبيب

المعالج أن يطلب منا استثناءً لمواصلة تغطية الدواء أو نسخة الدواء التي كنت تتناولها. لمزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرار التغطية، بما في ذلك الاستثناء، راجع الفصل 9.

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

قد نجري تغييرات معينة على قائمة الأدوية غير الموضحة أعلاه. في هذه الحالات، لن ينطبق التغيير عليك إذا كنت تتناول الدواء عند إجراء التغيير. وعلى الرغم من ذلك، من المرجح أن تؤثر عليك هذه التغييرات بدءًا من 1 يناير من سنة الخطة التالية في حال بقائك في نفس الخطة.

بشكل عام، التغييرات التي لن تؤثر عليك خلال سنة الخطة الحالية هي:

- وضعنا قيودًا جديدة على استخدام الدواء الخاص بك.
- نقوم بإزالة دوائك من قائمة الأدوية.

إذا حدثت أي من هذه التغييرات لدواء تتناوله (باستثناء السحب من السوق أو حلول دواء جنيس محل دواء يحمل اسمًا تجاريًا أو تغيير آخر مذكور في الأقسام أعلاه)، فعندئذٍ لن يؤثر التغيير على استخدامك أو ما تدفعه باعتباره حصتك من التكلفة حتى 1 يناير من العام المُقبِل.

لن نخبرك عن أنواع التغييرات هذه مباشرة خلال سنة الخطة الحالية. ستحتاج إلى التحقق من قائمة الأدوية لسنة الخطة التالية (عندما تكون القائمة متوفرة خلال فترة التسجيل مفتوحة) لمعرفة ما إذا كان تم إجراء أي تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي من شأنها التأثير عليك خلال سنة الخطة التالية.

القسم 7 ما أنواع الأدوية غير المغطاة من الخطة؟

القسم 7.1 أنواع الأدوية التي لا نغطيها

يتناول هذا القسم الأنواع المستثناة من الأدوية الموصوفة طبيًا. يعني هذا أن برنامج Medicare لن يدفع تكاليف هذه الأدوية.

إذا تم العثور على الالتماس المقدم منك والدواء المطلوب غير مستثنى بموجب الجزء (D)، فسنسدد مقابله أو نغطيه. (لمزيد من المعلومات بشأن الالتماس على قرار، انتقل إلى الفصل 9.) إذا كان الدواء المستبعد من خطتنا مستبعدًا أيضًا من Medicaid، فيتعين عليك دفع تكلفته بنفسك.

إليك ثلاث قواعد عامة عن الأدوية التي لن تغطيها خطط Medicare للأدوية ضمن الجزء (D):

- لا يمكن لتغطية أدوية الجزء (D) بخطتنا أن تغطي دواءً يمكن أن يكون ضمن الجزء (A) أو (B) لـ Medicare.
- لا يمكن لخطتنا تغطية الدواء الذي يتم شراؤه من خارج الولايات المتحدة أو أراضيها.
- خطتنا لا يمكن أن تغطي استخدام الدواء خارج التسمية عندما لا يكون الاستخدام مدعومًا بمراجع معينة، مثل معلومات أدوية خدمة الوصفات الطبية للمستشفى الأمريكي ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX. استعمال الأدوية لغير الأغراض التي رخصت لها يعني أي استعمال للدواء لدواعٍ بخلاف المذكورة على عبوته والمعتمدة من إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية.

إضافة إلى ذلك، وبموجب القانون، فئات الأدوية التالية الواردة أدناه لا تشملها تغطية برنامج Medicare. ومع ذلك، قد يمكن تغطية بعض هذه الأدوية لك ضمن تغطية الأدوية في خطة Medicaid. يرجى الاتصال بوكالة Medicaid التابعة للولاية المدرجة في **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على معلومات حول الأدوية التي تغطيها بموجب تغطية Medicaid الخاصة بك.

- الأدوية غير الموصوفة (تُعرف أيضًا بالأدوية التي لا تحتاج إلى وصفة طبيب)
- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لعلاج السعال أو أعراض البرد
- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لدعم نمو الشعر

- الفيتامينات والمنتجات المعدنية الموصوفة باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة وجلسات الفلورايد لتقوية الأسنان
- الأدوية المستخدمة لعلاج الخلل الوظيفي الجنسي أو الانتصابي.
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادة الوزن؛
- أدوية المرضى الخارجيين التي تسعى الشركة المُصنعة من ورائها إلى اشتراط شراء الاختبارات المتصلة بها أو خدمات المراقبة حصريًا منها كشرط لبيعها

إذا كنت تتلقى "مساعدة إضافية" لدفع مقابل الوصفات الطبية، فإن برنامج "المساعدة الإضافية" لن يدفع مقابل الأدوية التي لا تتم تغطيتها عادة. ومع ذلك، إذا كانت لديك تغطية للأدوية من خلال Medicaid، فقد يغطي برنامج Medicaid بالولاية بعض الأدوية الموصوفة طبيًا التي لا تتم تغطيتها عادة في خطة أدوية Medicare. يرجى الاتصال ببرنامج Medicaid بالولاية لتحديد تغطية الأدوية التي قد تتوفر لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج Medicaid في **الملحق A** في ظهر هذا المستند.)

القسم 8 صرف وصفة طبية

القسم 8.1 تقديم معلومات عضويتك

لصرف الوصفة الطبية، وفر معلومات عضويتك في الخطة، والتي يمكن العثور عليها على بطاقة عضويتك في الصيدلية التابعة للشبكة التي تختارها. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة تلقائيًا بمحاسبة خطة دوائك.

القسم 8.2 ماذا لو لم تكن لديك معلومات حول عضويتك معك؟

إذا لم تكن لديك معلومات عن عضويتك في الخطة عند صرف الوصفة الطبية، يمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بالخطة للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات التسجيل في الخطة.

إذا كانت الصيدلية غير قادرة على الحصول على المعلومات الضرورية، **فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند تلقيها.** (يمكنك حينها **مطالبتنا بتعويضك.** انظر الفصل 7، القسم 2، للحصول على معلومات حول كيفية مطالبة الخطة بالسداد.)

القسم 9 تغطية أدوية الجزء (D) في حالات خاصة

القسم 9.1 ماذا لو كنت في مستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا؟

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا، فسنغطي بوجه عام تكلفة أدويتك الموصوفة طبيًا أثناء إقامتك. بمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، فستغطي الخطة أدويتك الموصوفة طالما أن الأدوية تستوفي جميع قواعدنا الخاصة بالتغطية الموضحة في هذا الفصل.

القسم 9.2 ماذا لو كنت مقيمًا في إحدى مرافق الرعاية طويلة الأمد (LTC)؟

عادة، يكون لدى أي مرفق للرعاية طويلة الأجل (LTC) (مثل دار التمريض) صيدليته الخاصة أو يستخدم الصيدلية التي تورّد الأدوية لكل المقيمين به. إذا كنت مقيمًا في أحد مرافق الرعاية طويلة الأجل (LTC)، فقد تحصل على أدويتك الموصوفة طبيًا من صيدلية المرفق أو التي تتعامل معها طالما كانت جزءًا من شبكتنا.

تحقق من دليل مقدمي الرعاية/الصيدليات **AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider** لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق LTC الخاص بك أو الصيدلية التي تستخدمها جزءًا من شبكتنا. وإن لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من

المعلومات أو المساعدة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء. إذا كنت تتلقى الرعاية في مرفق رعاية طويلة الأجل، فعلينا التأكد من قدرتك على الحصول على مزاياك الواردة بالجزء (D) بشكل روتيني من خلال مجموعة الصيدليات التابعة لمرافقنا المقدمة للرعاية طويلة الأجل.

ماذا إذا كنت مقيمًا في مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC) وكنت تحتاج إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية أو مقيد بطريقة ما؟
يرجى الرجوع إلى القسم 5.2 بشأن إمداد مؤقت أو طارئ.

القسم 9.3 ماذا لو كنت في مستشفى رعاية معتمد من قبل Medicare؟

لا يغطي مأوى رعاية المحتضرين وخطتنا نفس الدواء في نفس الوقت. في حال تسجيلك في مأوى رعاية المحتضرين الخاص بـ Medicare وكنت تطلب أدوية معينة (على سبيل المثال، أدوية مضادة للغثيان أو ملين أو دواء للألم أو أدوية مضادة للقلق) غير مغطاة من رعاية المحتضرين لأنه غير متعلق بمرضك الخطير والحالات ذات الصلة، يتعين أن تتلقى خطتنا إشعارًا من الطبيب الواصف أو مقدم رعاية المحتضرين بأن الدواء ليس له علاقة بمرضك قبل أن تقوم خطتنا بتغطية الدواء. لمنع عمليات التأخير في استلام الأدوية هذه والتي يجب أن تغطيها خطتنا، اطلب من مقدم رعاية المحتضرين أو الطبيب الواصف لك تقديم إخطار قبل صرف الوصفة الطبية.

في حالة إلغائك لعضويتك في برنامج المحتضرين أو خروجك من مستشفى المحتضرين، فإنه يجب على خطتنا تغطية جميع أدويتك كما موضح في هذا المستند. لمنع حدوث أي تأخيرات لدى الصيدلية عند انتهاء مزايا برنامج رعاية المحتضرين التابع لـ Medicare، فيجب تقديم الوثائق للصيدلية للتحقق من أنك قد ألغيت عضويتك في البرنامج أو خرجت من مستشفى المحتضرين.

القسم 10 برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها

القسم 10.1 برامج تساعد الأعضاء على استخدام الأدوية بطريقة آمنة

أجرينا مراجعات لاستعمال الأدوية لأعضائنا لمساعدتهم على التأكد من حصولهم على الرعاية الآمنة والمناسبة.

نقوم بإجراء مراجعة في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية. كما أننا نراجع السجلات بصفة دورية. خلال هذه المراجعات، نبحث عن المشكلات المحتملة مثل:

- الأخطاء المحتملة في استعمال الأدوية
- الأدوية التي قد لا تكون ضرورية لأنك تتناول دواءً مشابهًا آخر لعلاج نفس الحالة
- الأدوية التي قد لا تكون آمنة أو مناسبة لسنك أو جنسك
- مجموعات معينة من الأدوية التي قد تلحق بك الضرر إذا استعملتها معًا في نفس الوقت
- الوصفات الطبية لأدوية قد تحتوي على مكونات لديك حساسية ضدها
- الأخطاء المحتملة في كمية (جرعة) أي دواء تستعمله
- كميات غير آمنة من أدوية تخفيف الألم أفيونية المفعول

في حال اكتشافنا لأي مشكلة محتملة في استعمالك للأدوية الموصوفة طبيًا، فسنعمل مع مقدم الخدمات لك لتصحيحها.

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

لدينا برنامج يساعد في التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بأمان المواد الأفيونية الموصوفة، وغيرها من الأدوية التي يساء استخدامها بشكل متكرر. يُعرف هذا البرنامج باسم برنامج إدارة الأدوية (DMP). إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة أطباء أو صيدليات، أو إذا كنت قد تناولت جرعة زائدة من المواد الأفيونية مؤخرًا، فقد نتحدث إلى الأطباء الذين وصفوا لك الأدوية للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. من خلال العمل مع واصف الوصفة الطبية، إذا قررنا استخدام أدويتك الأفيونية أو أدويتك من

فئة البنزوديازيبينات الغير آمنة، فقد نعمل على تقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا وضعناك في برنامج DMP، فقد تكون القيود هي:

- مطالبتك بالحصول على جميع أدويتك الموصوفة للأدوية الأفيونية أو الأدوية من فئة البنزوديازيبينات من صيدلية (صيدليات) معين
- مطالبتك بالحصول على جميع أدويتك الموصوفة للأدوية الأفيونية أو الأدوية من فئة البنزوديازيبينات من واصف الوصفة الطبية (الواصفين) معين
- تقييد مقدار الأدوية الأفيونية أو الأدوية من فئة البنزوديازيبينات التي سنغطيها لك

إذا خططنا للحد من طريقة حصولك على هذه الأدوية أو المقدار الذي يمكنك الحصول عليه، فسنرسل لك خطابًا مقدمًا. ستخبرك الرسالة ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا كنت سيُطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من واصف الوصفة الطبية أو صيدلية معينة. تتاح لديك فرصة إخبارنا بواصفي الوصفات الطبية والصيدليات التي تفضل استخدامها وحول أي معلومات أخرى تعتقد أنها مهمة بالنسبة لنا لنعرفها. بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد القيود. إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأ أو لا توافق على قرارنا أو على القيد، فلديك أنت أو واصف الأدوية الحق في تقديم التماس. إذا قدمت التماسًا، فسنراجع حالتك ونمنحك قرارًا جديدًا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طلبك المتعلق بالقيود التي تنطبق على وصولك إلى الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج خطتنا. انظر الفصل 9 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبتنا بتقديم التماس.

لن يتم وضعك في DMP إذا كنت تعاني من حالات طبية معينة مثل الألم المتعلق بالسرطان أو مرض فقر الدم المنجلي، أو كنت تتلقى رعاية المحتضرين أو الرعاية التلطيفية أو رعاية عند نهاية العمر أو تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.

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

لدينا برنامج يمكن أن يساعد أعضاءنا في تدبير احتياجاتهم الصحية المعقدة. يُعرف هذا البرنامج ببرنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). وهذا البرنامج تطوعي ومجاني. قام فريق من الصيادلة والأطباء بتطوير البرنامج لنا للمساعدة في التأكد من حصول أعضائنا على أقصى استفادة من الأدوية التي يتناولونها.

قد يتمكن بعض الأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة معينة ويتناولون أدوية تتجاوز كمية معينة وتكاليف أدوية عالية أو يخضعون لبرنامج DMP لمساعدة الأعضاء في استخدام المواد الأفيونية بأمان، من الحصول على الخدمات من خلال برنامج MTM. إذا كنت مؤهل إلى برنامج، سيقدم الصيدلي أو متخصص صحي آخر مراجعة شاملة بشأن جميع أدويتك: خلال المراجعة، يمكنك التحدث عن الأدوية والتكاليف الخاصة بك وأي مشكلات أو أسئلة لديك بشأن الوصفة الطبية والأدوية المتاحة بدون وصفة طبية. ستحصل على ملخص كتابي يحتوي على قائمة المهام الموصى بها والتي تشتمل على الخطوات التي يجب عليك اتخاذها للحصول على أفضل النتائج من أدويتك. ستحصل أيضًا على قائمة أدوية تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها وكم المقدار الذي تتناوله ووقت وسبب تناولك لها. بالإضافة إلى ذلك، سيتلقى الأعضاء في برنامج MTM معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تعتبر مواد خاضعة للرقابة.

من الجيد التحدث مع طبيبك بشأن قائمة المهام الموصى بها وقائمة الأدوية. أحضر الملخص معك أثناء زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه إلى الأطباء والصيادلة ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لديك. احتفظ أيضًا بقائمة الأدوية محدثة معك (على سبيل المثال، مع بطاقة هويتك) في حالة ذهابك إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

إذا كان لدينا برنامج يلائم احتياجاتك، فسنسجلك تلقائيًا في هذا البرنامج وسنرسل لك المعلومات. إذا قررت عدم المشاركة، فيُرجى إبلاغنا وسنقوم باستبعادك. إذا كانت لديك أية استفسارات بشأن هذه البرامج، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

القسم 11 نرسل لك تقارير تشرح المدفوعات مقابل أدويتك

القسم 11.1 نرسل لك ملخصًا شهريًا يسمى "شرح مزايا الجزء *(D)*" ("Part D EOB")

تتابع خطتنا التكاليف الخاصة بأدوية الوصفات الطبية عند صرف أو إعادة صرف وصفات أدويتك في الصيدلية. على وجه الخصوص، نحن نتتبع:

- نحن نتتبع **إجمالي تكاليف أدويتك.** هذا هو المبلغ الذي تدفعه نثريًا أو يدفعه الآخرون بالنيابة عنك بالإضافة إلى المبلغ الذي تدفعه الخطة.

في حال صرف وصفة طبية واحدة أو أكثر من خلال الخطة خلال الشهر السابق، سنقوم بإرسال شرح مزايا الجزء *(D)* إليك *(EOB)* الجزء *(D)*). يشمل EOB الجزء (D):

- **معلومات لهذا الشهر.** يزودك هذا التقرير بتفاصيل السداد حول وصفات الأدوية التي قمت بصرفها خلال الشهر الماضي. كما يوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما تدفعه الخطة، وما تدفعه أنت والآخرون بالنيابة عنك.
- **إجمالي التكاليف للعام منذ 1 يناير.** يُعرف هذا باسم معلومات من بداية العام حتى تاريخه. كما أنه يوضح إجمالي تكاليف الدواء وإجمالي المدفوعات لأدويتك منذ بداية العام.
- **معلومات عن سعر الدواء.** ستعرض هذه المعلومات السعر الإجمالي للدواء، وأي نسبة مئوية للتغيير من الصرف الأول لكل مطالبة وصفة طبية بنفس الكمية.

القسم 11.2 ساعدنا في الاحتفاظ بأحدث المعلومات عن دفعات أدويتك

لتتبع تكاليف أدويتك والدفعات التي تسددها، نستخدم سجلات نحصل عليها من الصيدليات. فيما يلي الطريقة التي يمكنك مساعدتنا من خلالها للإبقاء على معلوماتك صحيحة ومحدّثة:

- **أظهر بطاقة العضوية في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية.** يساعدنا هذا في التأكد من معرفتنا بالوصفات الطبية التي تقوم بصرفها وما تسدده.
- **تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها.** هناك أوقات قد تسدد فيها مقابل التكلفة الكاملة لدواء الوصفة الطبية. في هذه الحالات، لن نحصل تلقائيًا على المعلومات التي نحتاج إليها لمتابعة التكاليف النثرية الخاصة بك. لمساعدتنا في متابعة التكاليف النثرية، أعطنا نسخًا من الإيصالات الخاصة بك. فيما يلي أمثلة على الحالات التي عليك فيها تزويدنا بنسخ من إيصالات الأدوية:
  - عندما تشتري دواءً يخضع للتغطية في إحدى صيدليات الشبكة بسعر خاص أو كنت تستخدم بطاقة خصم لا تعتبر جزءًا من مزايا خطتنا.
  - أي وقت اشتريت فيه أدوية مغطاة في صيدليات ليست في الشبكة أو في الأوقات الأخرى التي تعين عليك فيها سداد السعر بالكامل نظير أدوية مغطاة في ظروف خاصة

  في حال محاسبتك على أحد الأدوية التي تشملها التغطية، يمكنك أن تطلب من خطتنا سداد حصتنا من التكلفة. للحصول على تعليمات بخصوص كيفية القيام بذلك، انتقل إلى الفصل 7، القسم 2.

- **أرسل إلينا المعلومات بشأن المدفوعات التي سددها الآخرون لك.** يتم حساب المدفوعات التي سددها أفراد آخرون معينون والمنظمات أيضًا إلى تكاليفك النثرية. على سبيل المثال، يتم حساب الدفعات التي سددها برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP) والخدمة الصحية للهنود، ومعظم الجمعيات الخيرية في تكاليفك النثرية. يجب عليك الاحتفاظ بسجل بهذه المدفوعات وإرساله لنا حتى نتمكن من تتبع تكاليفك.
- **تحقق من التقرير الخطي الذي نرسله لك.** عندما تستلم شرح مزايا الجزء (D)، راجعه للتأكد من دقة واكتمال المعلومات الواردة فيه. إذا كنت تعتقد بأن شيء ما مفقود أو كانت لديك أي استفسارات، فيرجى الاتصال بنا على خدمات الأعضاء. يرجى التأكد من احتفاظك بهذه التقارير.

الفصل 6
ما يجب عليك دفعه مقابل أدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء *(D)*

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف أدويتك؟

نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medicaid، فأنت أيضًا مؤهل للانضمام والحصول على برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف خطة أدويتك الموصوفة. نظرًا لأنك مشارك في برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، **فإن بعض المعلومات في دليل التغطية هذا حول تكاليف أدوية وصفات الجزء (D) قد لا تنطبق عليك.** لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، بعنوان ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون "مساعدةً إضافية" *(Extra Help)* لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية (والذي يُعرف أيضًا باسم ملحق إعانة ذوي الدخل المنخفض أو ملحق LIS)، والذي سيوضح لك تغطية أدويتك. إن لم يكن لديك تلك النشرة، فيرجى الاتصال على خدمات الأعضاء واطلب منهم "ملحق إعانة ذوي الدخل الأقل".

الفصل 7

مطالبتنا بدفع الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الخدمات أو الأدوية الطبية المغطاة

القسم 1 الحالات التي يمكنك فيها أن تطالبنا بتغطية تكاليف الأدوية والخدمات

يقوم مقدمو الخدمات في شبكتنا بإعداد فاتورة الخطة مباشرة للخدمات والأدوية المغطاة – يجب ألا تتلقى فاتورة للخدمات أو الأدوية المغطاة. إذا استلمت فاتورة بالمبلغ مقابل رعاية طبية أو أدوية، فعليك إرسال الفاتورة إلينا كي نقوم بتغطيتها. عند إرسال الفاتورة إلينا، سنقوم بفحصها ونقرر ما إذا كان علينا تغطية هذه الخدمات والأدوية. إذا قررنا تغطية هذه الخدمات، فسندفع لمقدم الخدمات مباشرةً.

إذا كنت قد قمت بدفع قيمة الخدمات أو البنود المغطاة من Medicare بواسطة الخطة، فيمكنك أن تطلب من خطتنا سداد المبلغ الذي قمت بدفعه (هذه العملية يطلق عليها تعويض). من حقك أن تعوضك خطتنا عما دفعته إذا دفعت لتكاليف الخدمات الطبية أو الأدوية التي تغطيها خطتنا. قد تكون هناك مواعيد نهائية يجب عليك الوفاء بها لاسترداد الأموال. يرجى الاطلاع على القسم 2 من هذا الفصل. عند إرسال فاتورة دفعت قيمتها بالفعل إلينا، سنقوم بفحصها ونقرر ما إذا كان علينا تغطية هذه الخدمات أو الأدوية. إذا قررنا أنه يجب أن تشمل التغطية الخدمات أو الأدوية، فسوف نتحمل تكلفة الخدمات أو الأدوية.

قد تكون هناك أيضًا أوقات تحصل فيها على فاتورة من مقدم خدمات نظير التكلفة الكاملة للرعاية الطبية التي تلقيتها أو ربما لأكثر من حصتك من مشاركة التكاليف كما تمت مناقشته في هذا المستند. أولاً حاول حل الفاتورة مع مقدم الخدمات. إذا لم ينفع ذلك، فأرسل الفاتورة لنا بدلاً من سدادها. سنتطلع في الفاتورة ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمات. إذا قررنا تغطية هذه الخدمات، فسندفع لمقدم الخدمات مباشرةً. وإذا قررنا عدم السداد، فسنعلم مقدم الخدمات بذلك. لا تسدد أبدًا أكثر من مشاركة التكلفة المسموح بها في الخطة. في حال التعاقد مع مقدم الخدمات هذا، لا يزال يحق لك العلاج.

فيما يلي أمثلة لمواقف عليك فيها مطالبتنا بتغطية تكاليف فاتورة أو بتعويضك عن دفع فاتورة:

1. إذا تلقيت رعاية طبية طارئة أو مطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمات غير مدرج بشبكة مقدمي الخدمات التابعة لخطتنا
يمكنك تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات الضرورية العاجلة من أي مقدم خدمات، سواء كان مدرجًا في شبكة مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا أم لا. في هذه الحالات، اطلب من مقدم الخدمة فاتورة الخطة.

- في حال قيامك بسداد المبلغ بالكامل بنفسك في وقت تلقي الرعاية، اطلب منا رد المبلغ لك. أرسل الفاتورة إلينا، ومعها أي وثائق لأي مدفوعات قمت بها.
- قد تحصل على فاتورة من مقدم الخدمات تطلب فيه سداد ما تعتقد بأنك لست مدينًا به. أرسل هذه الفاتورة إلينا، ومعها أي وثائق لأي مدفوعات قمت بها بالفعل.
  - إذا كان يجب الدفع لمقدم الخدمات، فسندفع مباشرة لمقدم الخدمات.
  - إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة، فسنرد لك ما دفعته.

2. عندما يرسل إليك مقدم خدمات من داخل شبكتنا فاتورة تعتقد أنك غير ملزم بسدادها
يجب على مقدمي الخدمات المدرجين بالشبكة إرسال الفواتير إلى الخطة مباشرةً. لكنهم في بعض الأحيان يرتكبون أخطاء، ويطلبون منك الدفع مقابل خدماتك.

- متى تحصل على فاتورة من مقدم خدمات تابع للشبكة، أرسل لنا الفاتورة. سنتصل بمقدم الخدمات مباشرة ونحل مشكلة الفواتير.
- في حالة أنك قمت بالفعل بسداد فاتورة من مقدم خدمات داخل الشبكة، أرسل إلينا الفاتورة وأي وثيقة تدل على تحملك أي مصروفات. يجب أن تطلب منا أن ندفع لك مقابل خدماتك الخاضعة للتغطية.

3. في حالة أن اسمك مسجل في خطتنا بأثر رجعي.
أحيانًا يكون الشخص مضافًا إلى الخطة بأثر رجعي. (وهذا يعني أن أول يوم للتسجيل قد مضى. قد يكون يوم التسجيل في العام الماضي.)

إذا كنت قد تم تسجيلك في البوليصة وأنفقت بالفعل مقابل أي من الخدمات أو الأدوية التي تغطيها البوليصة بعد تاريخ التسجيل، يمكنك طلب سداد المبلغ. ستحتاج إلى تقديم الأوراق مثل الإيصالات والفواتير لنا للتعامل مع التعويض.

4. عند استخدام صيدلية من خارج الشبكة لصرف وصفة طبية
في حال ذهابك إلى صيدلية خارج الشبكة، قد لا تتمكن الصيدلية من تقديم المطالبة لنا مباشرة. عند حدوث ذلك، عليك دفع تكلفة وصفة الأدوية كاملةً.

احتفظ بالإيصال وأرسل إلينا نسخة منه عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك. تذكر أننا لا نغطي سوى الصيدليات خارج الشبكة في ظروف محدودة. انظر الفصل 5، القسم 2.5 لمناقشة هذه الظروف. قد لا نقوم بسداد الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية خارج الشبكة والمبلغ الذي سندفعه في الصيدلية داخل الشبكة.

5. عندما تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بسبب عدم امتلاكك بطاقة عضوية خطتك معك
إذا لم تكن معك بطاقة عضوية خطتك، فيمكنك مطالبة الصيدلية بالاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيل خطتك. ومع ذلك، إذا تعذر على الصيدلية الحصول على معلومات التسجيل التي تحتاجها مباشرة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية بنفسك. احتفظ بالإيصال وأرسل إلينا نسخة منه عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك. قد لا نقوم بسداد التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.

6. عند دفع التكلفة الكاملة للوصفة في مواقف أخرى
قد تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بسبب عدم تغطية الدواء لبعض الأسباب.

- على سبيل المثال، قد لا يكون الدواء مدرجًا في "قائمة الأدوية" الخاصة بالخطة أو قد يكون له شرط أو قيد لم تكن تعرفه أو تعتقد أنه يجب أن ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء فورًا، فقد تحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة له.
- احتفظ بالإيصال وأرسل إلينا نسخة منه عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك لرد المبلغ الذي دفعته للحصول على الدواء. قد لا نقوم بسداد التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.

عند إرسالك طلب دفع إلينا، سنقوم بمراجعة الطلب واتخاذ قرار بما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. يسمى ذلك إصدار قرار تغطية. إذا قررنا أنه يجب تغطية الخدمة أو الدواء، فسوف نتحمل تكلفة أي منهما. في حال رفضنا طلبك بالسداد، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. يحتوي الفصل 9 من هذا المستند على معلومات حول طريقة تقديم التماس.

القسم 2 كيف يمكنك مطالبتنا بالرد أو سداد فاتورة تلقيتها

يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ لك من خلال الاتصال بنا أو إرسال طلب كتابي إلينا. في حال إرسالك طلب كتابي، أرسل فاتورتك ووثائق أي سداد قمت به. ننصحك أيضًا بالاحتفاظ بصورة من فاتورتك وإيصالاتك لتسجيل كل معاملاتك. **يتعين أن تقدم لنا مطالباتك الطبية في خلال 12 شهرًا** من تاريخ تلقيك الخدمة أو البند أو أدوية الجزء (B). **يتعين أن تقدم لنا مطالبات الأدوية الموصوفة بالجزء (D) الخاصة بك في خلال 36 شهرًا** من تاريخ تلقيك الخدمة أو البند أو الأدوية المغطاة في الجزء (D).

للتأكد من تزويدنا بكافة المعلومات التي نحتاج إليها لاتخاذ قرار، يمكنك تعبئة نموذج المطالبة لتقديم طلبك بخصوص الدفع.

- لا يتعين عليك استخدام النموذج، ولكنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بسرعة أكبر. يتطلب منك النموذج تقديم معلومات مثل: الاسم والعنوان ورقم معرف Aetna واسم المزود ومزود NPI (معرف المزود الوطني) ورقم تعريف دافع الضرائب (TIN) للمزود وعنوان المزود وتاريخ الخدمة ونوع السداد ووصف الخدمة (الخدمات) والرسوم (الرسوم).
- اتصل بخدمات الأعضاء واطلب النموذج.

بالنسبة للمطالبات الطبية: أرسل طلب السداد الخاص بك بالبريد مع أي فواتير أو إيصالات سددت إلينا على هذا العنوان:

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)
Aetna Duals COE Member Correspondence
PO Box 982980
El Paso, TX 79998

لمطالبات أدوية الوصفات الطبية الجزء (D): أرسل طلب السداد الخاص بك بالبريد مع أي فواتير أو إيصالات سددت إلينا على هذا العنوان:

Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)
Aetna Integrated Pharmacy Solutions
PO Box 52446
Phoenix, AZ 85072

القسم 3 سنقوم بمراجعة طلبك والرد عليك بالموافقة أو بالرفض

القسم 3.1 سنراجع طلبك ونقرر ما إذا كان علينا تغطية تكلفة هذه الخدمات أو الأدوية

عندما يصلنا طلبك، فسنقوم بإخبارك ما إذا كنا بحاجة للمزيد من المعلومات منك. أو سنبت في الأمر ونتخذ قرارًا بخصوص تغطية التكاليف.

- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء مشمول بالتغطية وأنك اتبعت جميع القواعد، فسوف ندفع ثمن الخدمة أو الدواء. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمة أو الدواء، فسنرسل إليك تعويضك بالبريد. إذا دفعت التكلفة الكاملة للدواء، فقد لا يتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على الدواء من صيدلية خارج الشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته مقابل الدواء أعلى من السعر المتفاوض عليه). أو إذا كنت لم تدفع ثمن الخدمة أو الدواء حتى الآن، فسوف نرسل فاتورة الدفع مباشرةً إلى مقدم الخدمات.
- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير خاضعين للتغطية أو أنك لم تتبع جميع القواعد للحصول على أيهما، فلن ندفع تكلفة الرعاية أو الدواء. سوف نرسل إليك خطابًا يوضح أسباب عدم إرسالنا المبلغ وحقوقك لتقديم التماس على هذا القرار.

القسم 3.2 إذا أخبرناك بأننا لن ندفع مقابل الدواء أو الرعاية الطبية، يمكنك تقديم التماس

إذا اعتقدت أننا قد ارتكبنا خطأ برفض طلب السداد أو المبلغ الذي نسدده، يمكنك تقديم التماس. إذا قدمت التماسًا، فإنك تطلب منا ضمنيًا تغيير القرار الذي اتخذناه برفض طلبك. عملية الالتماس هي عملية رسمية ذات إجراءات تفصيلية ومواعيد نهائية مهمة. لمزيد من التفاصيل حول طريقة تقديم هذا الالتماس، انتقل إلى الفصل 9 من هذا المستند.

الفصل 8
حقوقك وواجباتك

القسم 1 يتعين أن تحترم خطتنا حقوقك وصعوباتك الثقافية كعضو في الخطة

القسم 1.1	يتعين أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتلاءم مع الحساسيات الثقافية الخاصة بك (بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو مطبوعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك.)

إن خطتك مطلوبة لضمان أن جميع الخدمات؛ سواء السريرية أو غير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مختصة ثقافيًا ومتاحة لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية ومهارات القراءة المحدودة وعجز السمع أو أولئك الذين لديهم ثقافات متنوعة والخلفيات العرقية. وتتضمن أمثلة الطريقة التي قد تلبي بها الخطة متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، تقديم خدمات المترجمين التحريريين أو خدمات المترجمين الفوريين أو المبرقات الكاتبة أو خدمات TTY (الهاتف النصي أو المبرقة الكاتبة).

تتاح بخطتنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. تتاح أيضًا العديد من المستندات باللغة الإسبانية والفيتنامية والعربية.

يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل أو مطبوعة بأحرف كبيرة أو تنسيقات أخرى بديلة مجانًا في حالة الضرورة. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يمكن الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

تعتبر خطتنا مطلوبة لمنح المسجلات من الإناث خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة الخطة لأحد التخصصات متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد مقدمي خدمات متخصصين خارج الشبكة يقدمون لك الرعاية الضرورية. في هذه الحالة، ستقوم فقط بدفع تقاسم التكلفة من خلال الشبكة. إذا وجدت نفسك في حالة لا يوجد فيها أي متخصصين في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات عن المكان الذي تذهب إليه للحصول على هذه الخدمة وفقًا لمشاركة التكاليف داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشاكل في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى خدمات الأعضاء ((تتم طباعة أرقام الهواتف على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال برقم (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE أو مباشرة إلى مكتب الحقوق المدنية 1019-368-800-1 أو الهاتف النصي **1-800-537-7697**.

Sección 1.1	Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y compatible con sus sensibilidades culturales (en otros idiomas además de español, en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, etc.)

Su plan está obligado a garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles a todos los inscritos, incluidos los que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Ejemplos de cómo un plan puede cumplir con estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, suministro de servicios del traductor, servicios de interpretación, teletipos o TTY (teléfono o teléfono de teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Muchos documentos también están disponibles en español. También podemos proporcionarle información en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos

alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios del plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para obtener información sobre nosotros de una manera que sea conveniente para usted, llame al Departamento de Servicios para Miembros.

Nuestro plan está obligado a ofrecer a las mujeres inscritas la opción de acceder directamente a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para los servicios de atención médica de rutina y preventivos para la mujer.

Si no están disponibles los proveedores de la red del plan para una especialidad, es responsabilidad del plan localizar proveedores especializados fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará el costo compartido dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red del plan que cubran un servicio que necesita, llame al plan para obtener información sobre dónde puede obtener este servicio al costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, llámenos para presentar una queja ante el Departamento de Servicios para Miembros (los números de teléfono están impresos en la contraportada de este documento). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY **1-800-537-7697**.

Mục 1.1	Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách thích hợp với quý vị và phù hợp với sự nhạy cảm về văn hóa của quý vị (bằng các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v..)

Chương trình của quý vị phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp về mặt văn hóa và tất cả những người ghi danh đều có thể tiếp cận được, kể cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nền văn hóa và nguồn gốc dân tộc đa dạng. Các ví dụ về cách một chương trình có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ thông dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có các dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời các câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Nhiều tài liệu cũng có sẵn bằng tiếng Việt. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị thông tin bằng chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình phù hợp và dễ tiếp cận với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch vụ Hội viên.

Chương trình của chúng tôi phải cung cấp cho những người ghi danh là nữ tùy chọn tiếp cận trực tiếp với chuyên gia sức khỏe là nữ trong mạng lưới cho các dịch vụ chăm sóc sức khỏe định kỳ và phòng ngừa cho phụ nữ.

Nếu không có sẵn các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa trong mạng lưới của chương trình, thì chương trình có trách nhiệm tìm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa bên ngoài mạng lưới, đây là những người sẽ cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị gặp tình huống không có bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương

trình cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc nào về việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi bằng định dạng có thể tiếp cận được và phù hợp với quý vị, vui lòng gọi điện để khiếu nại với Ban Dịch vụ Hội viên (số điện thoại có ở mặt sau của tài liệu này). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại cho Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**) hoặc khiếu nại trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số 1-800-368-1019 hoặc TTY **1-800-537-7697**.

القسم 1.1	يتعين أن نقدم معلومات بطريقة تناسبك وتتلاءم مع الحساسيات الثقافية الخاصة بك (بلغات أخرى غير اللغة الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو مطبوعة بأحرف كبيرة، أو بأشكال بديلة أخرى، وما إلى ذلك.)

إن خطتك مطلوبة لضمان أن جميع الخدمات؛ سواء السريرية أو غير السريرية، يتم تقديمها بطريقة مختصة ثقافيًا ومتاحة لجميع المسجلين، بما في ذلك ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية ومهارات القراءة المحدودة وعجز السمع أو أولئك الذين لديهم ثقافات متنوعة والخلفيات العرقية. وتتضمن أمثلة الطريقة التي قد تلبي بها الخطة متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، تقديم خدمات المترجمين التحريريين أو خدمات المترجمين الفوريين أو المبرقات الكاتبة أو خدمات TTY (الهاتف النصي أو المبرقة الكاتبة).

تتاح بخطتنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. تتاح أيضًا العديد من المستندات باللغة العربية. يمكننا أيضًا أن نقدم لك معلومات بطريقة برايل أو مطبوعة بأحرف كبيرة أو تنسيقات أخرى بديلة مجانًا في حالة الضرورة. نحن مطالبون بتزويدك بمعلومات حول مزايا الخطة بتنسيق يمكن الوصول إليه ويناسبك. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

تعتبر خطتنا مطلوبة لمنح المسجلات من الإناث خيار الوصول المباشر إلى أخصائي صحة المرأة داخل الشبكة لخدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة الخطة لأحد التخصصات متاحين، فمن مسؤولية الخطة تحديد مقدمي خدمات متخصصين خارج الشبكة يقدمون لك الرعاية الضرورية. في هذه الحالة، ستقوم فقط بدفع تقاسم التكلفة من خلال الشبكة. إذا وجدت نفسك في حالة لا يوجد فيها أي متخصصين في شبكة الخطة يغطون الخدمة التي تحتاج إليها، فاتصل بالخطة للحصول على معلومات عن المكان الذي تذهب إليه للحصول على هذه الخدمة وفقًا لمشاركة التكاليف داخل الشبكة.

إذا واجهت أي مشاكل في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، فيرجى الاتصال لتقديم تظلم إلى خدمات الأعضاء (تتم طباعة أرقام الهواتف على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4247) أو مباشرة إلى مكتب الحقوق المدنية 1-800-368-1019 أو TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.2	يجب أن نضمن حصولك على الخدمات والأدوية الخاضعة للتغطية بالبرنامج في الوقت المناسب

لديك الحق في اختيار مقدم الرعاية الأولية (PCP) التابع لشبكة الخطة لتقديم وترتيب الخدمات المشمولة في التغطية الخاصة بك. لا نطلب منك الحصول على إحالات للذهاب إلى مقدمي الرعاية التابعين للشبكة.

لديك الحق في الحصول على مواعيد وخدمات مغطاة من خلال شبكة مقدمي الخدمات بالخطة خلال فترة معقولة من الزمن. وهذا يشمل الحق في الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من قِبل أخصائيين عندما تحتاج إلى تلك الرعاية. لديك أيضًا الحق في صرف وصفاتك الطبية أو إعادة صرفها في أي من صيدليات الشبكة الخاصة بنا دون حدوث تأخيرات طويلة.

إذا كنت تعتقد بأنك لا تحصل على الرعاية الطبية أو الأدوية المغطاة في الجزء (D) في إطار فترة زمنية معقولة، فإن الفصل 9 يوضح ما يمكنك القيام به.

القسم 1.3 يجب أن نحمي خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية

تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية خصوصية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية. حيث نعمل على حماية معلوماتك الصحية الشخصية حسبما تقتضيه هذه القوانين.

- تشمل معلوماتك الصحية الشخصية **المعلومات الشخصية** التي أعطيتها لنا عند تسجيلك في هذه الخطة بالإضافة إلى سجلاتك الطبية والمعلومات الطبية والصحية الأخرى.
- لديك حقوق تتعلق بالحصول على المعلومات والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية. نقدّم لك إخطارًا كتابيًا يسمى إخطار ممارسات الخصوصية يخبرك بشأن هذه الحقوق ويوضح أيضًا كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية.

كيف نقوم بحماية خصوصية معلوماتك الصحية؟

- نتأكد من عدم قيام الأشخاص غير المصرّح لهم برؤية السجلات الخاصة بك أو تغييرها.
- باستثناء الظروف المذكورة أدناه، إذا كنا نعتزم تقديم معلوماتك الصحية لأي شخص لا يقوم بتوفير رعايتك أو يدفع مقابل حصولك عليها، فنحن مطالبون بالحصول على إذن كتابي منك أو من شخص لديك قد أعطيته السلطة القانونية لاتخاذ القرارات نيابة عنك أولا.
- وهناك بعض الاستثناءات المحددة التي لا يلزم فيها الحصول على إذن كتابي منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون.
  - نحن مطالبون بالإفصاح عن المعلومات الصحية إلى الوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية.
  - لأنك عضو في خطتنا من خلال Medicare، فإننا ملزمون بتقديم معلوماتك الصحية إلى Medicare بما في ذلك معلومات حول أدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء "د". إذا كانت Medicare تقدّم معلوماتك لإجراء أبحاث أو أي استخدامات أخرى، فسوف يتم ذلك وفقًا للقوانين واللوائح الفيدرالية؛ عادة، يتطلب هذا عدم مشاركة المعلومات التي تحدد هويتك بشكل فريد.

يمكنك الاطلاع على المعلومات الموجودة في سجلاتك ومعرفة كيفية مشاركتها مع الآخرين

لديك الحق في الاطلاع على سجلاتك الطبية الموجودة في الخطة والحصول على نسخة من سجلاتك. من المسموح لنا محاسبتك على رسوم مقابل إجراء عدة نسخ. لديك الحق أيضًا في مطالبتنا بإجراء إضافات على سجلاتك الطبية أو تصحيحها. إذا طالبتنا بالقيام بذلك، فسوف نعمل بالتعاون مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي القيام بهذه التغييرات أم لا.

لديك الحق في معرفة كيف تمت مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين لأي غرض غير روتيني.

إذا كان لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فيُرجى الاتصال بـ "خدمات الأعضاء".

القسم 1.4 يجب أن نقدم لك معلومات حول الخطة الخاصة بنا ومقدمي الرعاية ضمن الشبكة والخدمات التي تشملها التغطية

بصفتك عضوا في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، يحق لك الحصول على العديد من أنواع من المعلومات منا.

إذا كنت ترغبين في أي من الإجراءات التالية، فيُرجى الاتصال بـ "خدمات الأعضاء":

- **معلومات حول خطتنا.** وهذا يشمل على سبيل المثال، المعلومات المتعلقة بالحالة المالية للخطة.

- **معلومات حول مقدمي الخدمات بالشبكة والصيدليات بالشبكة.** لديك الحق في الحصول على المعلومات حول مؤهلات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا وكيفية السداد لمقدمي الخدمات في شبكتنا.
- **معلومات حول تغطيتك والقواعد التي يتعين عليك اتباعها عند استخدام تغطيتك. يوفر** الفصلان 3 و4 معلومات بخصوص الخدمات الطبية. يوفر الفصل 5 معلومات حول تغطية أدوية الوصفات الطبية المشمولة بالجزء (D).
- **معلومات حول سبب عدم تغطية شيء ما وما يمكنك القيام به حيال ذلك.** يوفر الفصل 9 معلومات حول طلب تفسير كتابي عن سبب عدم تغطية خدمة طبية أو دواء في الجزء (D) أو إذا كانت تغطيتك مقيدة. كما يقدم الفصل 9 معلومات حول مطالبتنا بتغيير قرار، وهو ما يسمى أيضا التماسا.
- **معلومات من المترجمين الفوريين.** تتوفر خدمات المترجمين الفوريين بخطتنا بجميع اللغات بما في ذلك لغة الإشارة الأمريكية. تتوفر خدمات المترجمين الفوريين من أجل تقديم الترجمة الفورية في الموقع خلال الموعد الطبي. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فيُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء قبل موعدك المحدد بأسبوعين على الأقل.

القسم 1.5	يتعين علينا مساندة حقك في اتخاذ القرار بشأن رعايتك

لديك الحق في معرفة خيارات العلاج الخاص بك والمشاركة في اتخاذ القرارات بشأن رعايتك الصحية
لديك الحق في الحصول على المعلومات الكاملة من أطبائك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. يجب أن يوضح لك مقدمو الخدمات حالتك الطبية وخيارات العلاج الخاصة بك بطريقة يمكنك فهمها.

يحق لك أيضًا المشاركة بالكامل في القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. للمساعدة في اتخاذ القرارات مع أطبائك بشأن العلاج الأنسب لك، فإن حقوقك تشمل ما يلي:

- **الاطلاع على جميع خياراتك.** لديك الحق في أن يتم إبلاغك بجميع خيارات العلاج الموصى بها لحالتك بغض النظر عن التكلفة أو ما إذا كانت مغطاة في خطتنا. وهذا يشمل أيضًا إبلاغك بشأن البرامج التي تقدمها خطتنا لمساعدة الأعضاء في إدارة أدويتهم واستخدام الأدوية بأمان.
- **التعرف على المخاطر.** لديك الحق في معرفة أي مخاطر تنطوي عليها رعايتك. يجب إبلاغك مقدمًا إذا كان أي علاج أو رعاية طبية مقترحة يشكل جزءًا من تجربة بحثية. لديك الخيار دائمًا برفض أي علاجات تجريبية.
- **الحق في "الرفض"**لديك الحق في رفض أي علاج موصى به. وهذا يشمل الحق في مغادرة مستشفى أو غيرها من المرافق الطبية، حتى لو كان الطبيب ينصحك بعدم المغادرة. لديك أيضًا الحق في التوقف عن تناول أدويتك. مع ذلك، إذا قمت برفض العلاج أو التوقف عن تناول الدواء، فإنك تقبل تحمل المسؤولية الكاملة لما سيحدث لك نتيجة لذلك.

يحق لك تقديم تعليمات بشأن ما يجب القيام به إذا كنت غير قادر على اتخاذ قرارات طبية لنفسك
أحيانًا يصبح الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطيرة. لديك الحق في قول ما تريد أن يحدث في حال كنت في هذا الموقف. هذا يعني أنه، إذا كنت تريد ذلك، فيمكنك:

- ملء نموذج كتابي لإعطاء **شخص ما السلطة القانونية لاتخاذ قرارات طبية لك** إذا أصبحت يوما غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- **إعطاء الأطباء تعليمات كتابية** فيما يتعلق بالطريقة التي تريد من خلالها التعامل مع رعايتك الطبية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.

المستندات القانونية التي يمكنك استخدامها لتقديم التوجيهات مقدمًا في هذه المواقف يُطلق عليها **التوجيهات المسبقة.** هناك أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة والأسماء المختلفة لها. المستندات التي يطلق عليها **وثيقة حق الحياة** و **توكيل الرعاية الصحية** عبارة عن أمثلة للتوجيهات المسبقة.

إذا كنت تريد استخدام "توجيه مسبق" لتقديم التعليمات، فإليك ما تقوم به:

- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على نموذج التوجيه المسبق من محاميك أو من الأخصائي الاجتماعي أو من بعض متاجر مستلزمات العيادات. يمكنك أحيانًا الحصول على نماذج للتوجيهات المسبقة من المؤسسات التي تقدم للأشخاص معلومات عن Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال على قسم خدمات الأعضاء لطلب النماذج.
- **إملء النموذج ووقّع عليه.** بغض النظر عن من أين حصلت على النموذج، ضع في الاعتبار أن هذه الوثيقة قانونية. يجب أن تضع في اعتبارك الحصول على مساعدة محامٍ لإعداده.
- **قدّم نسخًا إلى الأشخاص المناسبين.** يجب أن تقدم نسخة من النموذج إلى طبيبك وإلى الشخص الذي حددته في النموذج والذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابة عنك في حالة عدم قدرتك. يمكن أن تقدم نسخاً للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.

إذا كنت تعلم مسبقًا بأنه سيتم حجزك بإحدى المستشفيات وكنت قد وقعت على توجيه مسبق، **فخذ معك نسخة إلى المستشفى.**

- سوف تسألك المستشفى عما إذا كنت قد وقعت نموذج توجيه مسبق وما إذا كنت قد أحضرته معك.
- إذا لم تكن قد وقعت على نموذج توجيه مسبق، فلدى المستشفى نماذج متوفرة وستسألك عما إذا كنت تريد التوقيع على نموذج.

تذكر، يرجع الأمر إليك فيما يتعلق برغبتك في ملء توجيه مسبق (بما في ذلك إذا كنت ترغب في التوقيع على توجيه مسبق في حالة وجودك بالمستشفى). وفقًا للقانون، لا يمكن لأحد أن يرفض تقديم الرعاية لك أو يقوم بالتمييز ضدك اعتمادًا على ما إذا كنت قد وقعت على توجيه مسبق أم لا.

ما الذي يجب فعله إذا لم يتم اتباع التعليمات الخاصة بك؟
إذا قمت بالتوقيع على نموذج توجيه مسبق واعتقدت أن الطبيب أو المستشفى لا تتبع التوجيهات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى وكالة تابعة للولاية تشرف على التوجيهات المسبقة. للعثور على الوكالة المناسبة في ولايتك، اتصل ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي بالولاية (SHIP). معلومات الاتصال موجودة في **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذه الوثيقة.

القسم 1.6	لديك الحق في تقديم الشكاوى ومطالبتنا بإعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

إذا كانت لديك أي مشاكل أو مخاوف أو شكاوى وتحتاج إلى طلب تغطية أو تقديم التماس، فإن الفصل 9 من هذا المستند يوضح لك ما يمكنك القيام به. أيا كان ما ستقوم به - طلب قرار تغطية، أو تقديم التماس أو تقديم شكوى - **ستجد أننا مطالبون بمعاملتك بإنصاف.**

القسم 1.7	ماذا الذي يجب فعله إذا كنت تعتقد أنه قد تمت معاملتك بشكل غير عادل أو أن حقوقك غير مكفولة؟

إذا كان الموضوع يتعلق بالتمييز، فاتصل بمكتب الحقوق المدنية
إذا كنت تعتقد أنه تم التعامل معك بشكل غير عادل أو لم يتم احترام حقوقك بسبب عرقك أو إعاقتك أو دينك أو جنسك أو صحتك أو عرقك أو عقيدتك (معتقداتك) أو عمرك أو توجهك الجنسي أو هويتك الجنسية أو أصلك القومي، فيجب عليك الاتصال بقسم الصحة والخدمات الإنسانية **مكتب الحقوق المدنية** في 1019-368-800-1 أو الهاتف النصي **1-800-537-7697** أو اتصل بمكتب الحقوق المدنية المحلي لديك.

هل حدث هذا بسبب أمر آخر؟
إذا كنت تعتقد أنك تلقيت معاملة غير عادلة أو أن حقوقك لم تُحترم، و أن الأمر لا يتعلق بالتمييز، فيمكنك الحصول على مساعدة حول المشكلة التي تواجهها:

- يمكنك **الاتصال على قسم خدمات الأعضاء.**
- يمكنك **الاتصال ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي بالولاية (SHIP).** لمزيد من التفاصيل، انتقل إلى الفصل 2، القسم 3 أو **الملحق (A)** في الجزء الخلفي من هذا المستند.

- **أو يمكنك الاتصال على Medicare** على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع (الهاتف النصي **1-877-486-2048**).
- يمكنك **الاتصال ببرنامج Medicaid**. يمكنك الرجوع إلى **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على اسم برامج Medicaid في ولايتك ومعلومات الاتصال الخاصة بها.
- يمكنك **الاتصال بأمين المظالم الخاص بك.** يمكنك الرجوع إلى **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على اسم برامج أمين المظالم في ولايتك ومعلومات الاتصال الخاصة بها.

القسم 1.8	كيف تحصل على المزيد من المعلومات حول حقوقك

هناك عدة أماكن حيث يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك:

- يمكنك **الاتصال بخدمات أعضاء**.
- يمكنك **الاتصال ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي بالولاية (SHIP). لمزيد من التفاصيل،** انتقل إلى الفصل 2، القسم 3 أو **الملحق (A)** في الجزء الخلفي من هذا المستند.
- يمكنك الاتصال على **Medicare.**
  - يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني لقراءة نشرة حقوق وحمايات *Medicare* أو قم بتنزيله. (يتوفر المنشور على: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf).
  - أو يمكنك الاتصال على رقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة، وطوال 7 أيام الأسبوع (الهاتف النصي **1-877-486-2048**).

القسم 2 كعضو بالخطة عليك أيضًا بعض المسؤوليات

الأشياء التي تحتاج إلى القيام بها كعضو بالخطة مدرجة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء.

- **تعرف على الخدمات والقواعد الخاضعة للتغطية التي يجب اتباعها للحصول على هذه الخدمات الخاضعة للتغطية.** استخدم دليل التغطية هذا للتعرف على ما هو خاضع للتغطية وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الخدمات الخاضعة للتغطية.
  - يقدم الفصلان 3 و4 تفاصيل حول خدماتك الطبية.
  - يقدم الفصل 5 تفاصيل حول تغطيتك لأدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء (D).
- **إذا كان لديك أي تغطية أخرى خاصة بالتأمين الصحي أو تغطية أدوية الوصفات الطبية بالإضافة إلى خطتنا، فأنت ملزم بإخبارنا. يتناول** الفصل 1 **عن تنسيق هذه المزايا.**
- **أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأنك مسجل في خطتنا.** قدّم بطاقة عضويتك بالخطة وبطاقة Medicaid عند الحصول على الرعاية الطبية أو أدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء (D).
- **ساعد أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين الذين يساعدونك من خلال تقديم معلوماتك لهم، وطرح الأسئلة والمتابعة خلال رعايتك.**
  - للمساعدة في الحصول على أفضل رعاية، أخبر أطبائك ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين بمشاكلك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي توافق عليها أنت وأطبائك.
  - تأكد أن أطباءك على علم بكافة الأدوية التي تتناولها، بما في ذلك الأدوية غير الموصوفة والفيتامينات والمكملات الغذائية.
  - إذا كانت لديك أي أسئلة، فلا تتردد في طرحها والحصول على إجابة يمكنك فهمها.
- **كن متروياً.** نتوقع من جميع الأعضاء الخاصين بنا احترام حقوق المرضى الآخرين. ونتوقع منك أيضًا التصرف بطريقة تساعد على حسن سير العمل في عيادة الطبيب والمستشفيات والمكاتب الأخرى.
- **ادفع ما عليك.** بصفتك عضواً بالخطة، تتحمل مسؤولية هذه المبالغ:
  - يتعين عليك مواصلة سداد أقساط Medicare لكي تظل عضوًا في الخطة.
  - إذا طُلب منك سداد مبلغ إضافي للجزء (D) بسبب ارتفاع الدخل (كما ذكرت في آخر إقرار ضريبي لك)، فيجب عليك الاستمرار بدفع المبلغ الإضافي مباشرة للحكومة لكي تظل عضوًا في الخطة.

- **في حالة الانتقال ضمن منطقة خدمتنا، فإننا بحاجة إلى معرفة** ذلك من أجل الاحتفاظ بسجل عضويتك محدثًا ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- **في حالة انتقالك خارج نطاق خدمة خطتنا، فلا يمكنك أن تبقى عضوًا في خطتنا.**
- في حالة الانتقال، من المهم أيضًا أن تخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس التقاعد للسكك الحديدية).

الفصل 9
ما الذي يجب فعله إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى
(قرارات بشأن التغطية، والالتماسات، والشكاوى)

القسم 1 مقدمة

القسم 1.1 ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

يشرح هذا الفصل تفاصيل عمليات معالجة المشكلات والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها للتعامل مع مشكلتك على نوع المشكلة التي تواجهها:

- بالنسبة لبعض أنواع المشكلات، عليك اللجوء إلى استخدام **العملية الخاصة بقرارات التغطية والالتماسات.**
- وبالنسبة لأنواع أخرى من المشكلات، عليك اللجوء إلى استخدام **العملية الخاصة بتقديم الشكاوى**؛ ويطلق عليها أيضا التظلمات.

كل من هذه التدابير يشمل مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها من جانبنا ومن جانبكم.

سوف يساعدك **القسم 3** على تحديد العملية المناسبة لاستخدامها وما يجب عليك القيام به.

القسم 1.2 ماذا عن المصطلحات القانونية؟

ستجد في هذا الفصل بعض المصطلحات القانونية للقواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية. الكثير من هذه المصطلحات تعد غير معروفة لمعظم الناس، وقد تجد صعوبة في فهمها. ولتسهيل الأمور، ستجد أن هذا الفصل:

- يستخدم كلمات أبسط بدلًا من مصطلحات قانونية معينة. على سبيل المثال، سيُذكَر في هذا الفصل مصطلح "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"، ومصطلح "قرار التغطية" بدلاً من "قرار المنظمة" أو "حكم التغطية" أو "حكم المتعلق بالمعرضين للخطر"، ومصطلح منظمة المراجعة المستقلة بدلاً من كيان المراجعة المستقل.
- وقللنا من استخدام الاختصارات بقدر الإمكان.

ومع ذلك، قد يكون من المفيد - وفي بعض الأحيان مهما جدا - أن تعرف المصطلحات القانونية الصحيحة. ستساعدك معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها على التواصل بشكل أكثر دقة لتلقي المساعدة أو الحصول على المعلومات اللازمة حول موقفك الحالي. ولتسهيل الأمر عليك، فإننا نستخدم المصطلحات القانونية عند ذكر تفاصيل تخص أنواعًا معينة من المواقف.

القسم 2 أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية

نحن موجودون دائمًا لمساعدتك. حتى إذا كانت لديك شكوى بشأن معاملتنا لك، فإننا ملزمون باحترام حقك في تقديم شكوى. ولذلك، يجب عليك دائما التواصل مع خدمة العملاء للحصول على المساعدة. ولكن في بعض المواقف قد تكون بحاجة إلى طلب المساعدة أو الإرشاد من جهة غير متصلة بنا. وفيما يلي كيانان يمكنهما مساعدتك.

(SHIP) State Health Insurance Assistance Program

كل ولاية لديها برنامج حكومي مع مستشارين مدربين. علمًا بأن البرنامج لا يرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمكن للمستشارين في هذا البرنامج مساعدتك على فهم أي عملية يجب عليك اتباعها للتعامل مع المشكلة التي تواجهك. ويمكنهم أيضًا الإجابة على أسئلتك وتوفير المزيد من المعلومات وتقديم الإرشاد لك فيما يتعلق بما يجب عليك فعله.

وتتوفر خدمات المستشارين في برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP) مجانًا. يمكنك الاطلاع على أرقام الهواتف لموقع الويب في **الملحق A** في نهاية هذه الوثيقة. سوف تجد أرقام الهواتف وعناوين مواقع الويب في الفصل 2، القسم 3 من هذا المستند.

Medicare

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

- يمكنك الاتصال (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE على مدار 24 ساعة في اليوم، وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.
- يمكنك أيضا زيارة موقع الويب الخاص ببرنامج Medicare (**www.medicare.gov**).

يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات من Medicaid

يمكن العثور على معلومات الاتصال الخاصة بوكالة Medicaid في ولايتك في الملحق أ في الجزء الخلفي **من هذا المستند.**

القسم 3 فهم شكاوى والتماسات Medicare و Medicaid في خطتنا

لديك Medicare وتحصل على مساعدة من Medicaid. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على **جميع** مزايا Medicare و Medicaid الخاصة بك. يُطلق على هذا أحيانًا "عملية متكاملة" لأنه يجمع أو يدمج عمليات Medicare وMedicaid.

في بعض الأحيان لا يتم الجمع بين عمليتي Medicare و Medicaid. في هذه الحالات، يمكنك استخدام عملية Medicare للحصول على ميزة يغطيها برنامج Medicare وعملية Medicaid للحصول على ميزة يغطيها برنامج Medicaid. وقد تم شرح هذه المواقف في **القسم 6.4** من هذا الفصل "خطوة بخطوة: كيفية إجراء المستوى *2* من الالتماس."

مشاكل حول المزايا الخاصة بك

القسم 4 قرارات والتماسات التغطية

إذا كانت لديك مشكلة أو كانت لديك مخاوف، فما عليك إلا أن تقرأ الأجزاء من هذا الفصل التي تنطبق على حالتك. ستساعدك المعلومات أدناه على إيجاد القسم الصحيح لهذا الفصل المتعلق بالمشكلات أو الشكاوى الخاصة **بالمزايا المغطاة بواسطة Medicare أو Medicaid.**

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟

ويشمل ذلك المشاكل المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية (المواد الطبية والخدمات و/أو الأدوية الموصوفة في الجزء ب) مشمولة بالتغطية أم لا وطريقة تضمينها والمشكلات المتعلقة بالسداد مقابل الرعاية الطبية أو الأدوية الموصوفة.

نعم.

انتقل للقسم التالي من هذا الفصل، **القسم 5، "دليل حول أساسيات قرارات والتماسات التغطية."**

لا.

انتقل إلى **القسم 11** في نهاية هذا الفصل: **"كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو المخاوف الأخرى."**

القسم 5 دليل حول أساس قرارات والتماسات التغطية

القسم 5.1 طلب قرارات التغطية وإجراء الالتماسات: تفكير عميق

تتعامل قرارات والتماسات التغطية مع المشاكل المتعلقة بمزاياك وتغطيتك لرعايتك الطبية (الخدمات والعناصر والأدوية الموصوفة في الجزء (B)، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير بوجه عام إلى العناصر والخدمات الطبية و الأدوية الموصوفة للجزء (B) من برنامج Medicare بتعبير **الرعاية الطبية.** أنت تستخدم قرار التغطية وعملية الالتماسات لمشكلات مثل، ما إذا كانت منفعة معيّنة مشمولة بالتغطية أم لا، والطريقة التي تتم تغطية منفعة معيّنة من خلالها.

طلب قرارات التغطية قبل تلقي المزايا
قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل الرعاية الطبية التي نوفرها لك. على سبيل المثال، إذا أحالك طبيب شبكة الخطة الخاص بك إلى أخصائي طبي غير موجود داخل الشبكة، فإن هذه الإحالة تعتبر قرار تغطية موافٍ ما لم يتمكن طبيب الشبكة الخاص بك من إثبات أنك تلقيت إخطار رفض قياسي لهذا الأخصائي الطبي، أو يوضح دليل التغطية أن الخدمة المحالة لا يتم تغطيتها أبدًا تحت أي ظرف من الظروف. يمكنك أنت أو طبيبك الاتصال بنا لطلب إصدار قرار تغطية إذا كان طبيبك غير واثق من إمكانية تغطيتنا لخدمة طبية معيّنة أو رفضنا لتقديم رعاية طبية تعتقد أنك بحاجة إليها. بمعنى آخر، إذا أردت معرفة ما إذا كنا سنقوم بتغطية رعاية طبية ما قبل أن تتلقاها، فيمكنك مطالبتنا بإصدار قرار تغطية خاص بك. في ظروف محدودة، سيتم رفض طلب الحصول على قرار تغطية، مما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة عندما يتم رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص ما الطلب نيابة عنك ولكن ليس مخولًا قانونًا للقيام بذلك أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلبًا للحصول على قرار تغطية، فسنرسل إخطارًا يشرح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

ونحن نصدر قرار التغطية عندما نقرر ما المزايا المغطاة بالنسبة لك والمبلغ الذي سندفعه. أحيانًا قد يكون قرارنا أننا لا نغطي الرعاية الطبية أو أننا لم نعد نغطي خدمة أو دواءً معينًا من Medicare لك. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، يمكنك تقديم التماس.

تقديم التماس
إذا اتخذنا قرارًا خاصًا بالتغطية، سواءًا قبل تلقي المزايا أو بعدها، ولم تكن راضيًا عنه، فيمكنك تقديم **"التماس"** لهذا القرار. الالتماس هو وسيلة رسمية لطلب مراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. في ظل ظروف معينة نتطرق إليها لاحقا، يمكنك طلب التماس عاجل أو **"سريع"** لقرار التغطية. سيراجع التماسك مراجعون آخرون غير من قاموا باتخاذ القرار الأصلي.

عند تقدم التماسًا على القرار لأول مرة، يسمى هذا بالتماس من المستوى الأول. في هذا الالتماس، سنراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتأكد من أننا اتبعنا القواعد بشكل سليم. وعند الانتهاء من المراجعة، سنوافيك بقرارنا.

في ظروف محدودة، سيتم رفض طلب تقديم التماس من المستوى 1، وهذا يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة عندما يتم رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص ما الطلب نيابة عنك ولكن ليس مخولًا قانونًا للقيام بذلك أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلبا بتقديم التماس من المستوى الأول، فسوف نرسل إخطارا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

إذا رفضنا كل أو جزء من التماسك للحصول على الرعاية الطبية من المستوى الأول، فسينتقل التماسك تلقائيًا إلى التماس من المستوى الثاني تجريه منظمة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا.

- لا تحتاج إلى القيام بأي شيء لبدء الالتماس من المستوى 2. تتطلب قواعد Medicare إرسال التماسك الخاص بالرعاية الطبية تلقائيًا إلى المستوى 2 إذا لم نتفق تمامًا مع التماس المستوى 1.
- انظر **القسم 6.4** من هذا الفصل لمزيد من المعلومات حول المستوى 2 من الالتماسات للرعاية الطبية.
- كما يتم مناقشة الالتماسات المتعلقة بالجزء (D) بمزيد من التفصيل في القسم 7 من هذا الفصل.

إذا كنت غير راضٍ عن القرار الصادر عن الالتماس في المستوى الثاني، فيمكنك الاستمرار في تقديم مستويات مختلفة من الالتماسات. (يوضح القسم 10 في هذا الفصل عمليات الالتماس في المستوى الثالث والرابع والخامس).

القسم 5.2 كيفية الحصول على المساعدة عندما تطلب قرار تغطية أو إجراء التماس

نعرض فيما يلي بعض الموارد إذا قررت المطالبة بأي نوع من أنواع قرارات التغطية أو تقديم التماس على قرار:

- يمكنك **الاتصال بنا على خدمات الأعضاء.**
- يمكنك **الحصول على مساعدة مجانية** من برنامج المساعدة للتأمين الصحي بالولاية.
- **يمكن لطبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر تقديم طلب نيابة عنك.** إذا كان طبيبك يساعدك في تقديم التماس بعد المستوى 2، فسيلزم تعيينه كممثل لك. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب نموذج "تعيين ممثل". (يتوفر النموذج أيضا على موقع Medicare على الويب على www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.)
  - بشأن الرعاية الطبية، يمكن لطبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية أن يطلب إصدار قرار التغطية، أو التماسًا من المستوى الأول نيابة عنك. في حالة رفض التماس من المستوى الأول، سيتم تصعيده تلقائيًا إلى المستوى الثاني.
  - إذا طلب طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية استمرار الخدمة أو العنصر الذي تحصل عليه بالفعل أثناء عملية الالتماس، **فقد** تكون بحاجة إلى تسمية طبيبك أو أي واصف آخر كممثل لك للتصرف نيابة عنك.
  - للأدوية الموصوفة الخاصة بالجزء (D)، على طبيبك أو أي طبيب آخر قام بكتابة الوصفة الطبية طلب قرار بالتغطية أو تقديم التماس من المستوى الأول نيابة عنك. في حال رفض التماسك من المستوى الأول، يمكن لطبيبك أو الواصف طلب التماس من المستوى الثاني.
- **يمكنك مطالبة شخص بالتصرف نيابة عنك.** إذا كنت ترغب في ذلك، يمكنك أن تحدد أي شخص آخر للتصرف نيابة عنك "كممثل" لك لطلب قرار تغطية أو تقديم التماس.
  - إن كنت ترغب في تعيين صديق أو قريب أو أي شخص آخر كممثل لك، اتصل بخدمات الأعضاء واطلب نموذج "تعيين ممثل". (يتوفر النموذج أيضا على موقع Medicare على الويب على www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.) ويعطي النموذج لهذا الشخص إذنًا للعمل نيابةً عنك. يتعين توقيعه من قِبَلك ومن قِبَل الشخص الآخر المطلوب توكيله بالتصرف نيابة عنك. ويجب أن ترسل إلينا نسخة موقعة من النموذج.
  - على الرغم من أنه يمكننا قبول طلب الالتماس بدون نموذج، إلا أنه لا يمكننا بدء مراجعتنا أو إكمالها حتى نتسلمه. إذا لم نتلق النموذج قبل الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن استئنافك، فسيتم رفض طلب الالتماس الخاص بك. وإذا حدث هذا، فسنرسل لك إخطارًا كتابيًا يوضح حقك في طلب مراجعة منظمة المراجعة المستقلة لقرارنا بتجاهل التماسك.
- **ولديك أيضًا الحق في تعيين محامٍ.** يمكنك الاتصال بالمحامي الخاص بك أو الحصول على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو خدمة الإحالة الأخرى. هناك أيضًا مجموعات تقدّم لك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً. ومع ذلك، **لست بحاجة إلى تعيين محامٍ** لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو لتقديم التماس.

القسم 5.3 أي قسم من هذا الفصل سيوفر لك تفاصيل حول موقفك؟

هناك أربع حالات مختلفة تتضمن قرارات التغطية والالتماسات. نظرًا لأن كل حالة لها قواعد ومواعيد نهائية مختلفة، سنقدم تفاصيل كل حالة في قسم منفصل:

- **القسم 6** من هذا الفصل، "الرعاية الطبية الخاصة بك: كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس"
- **القسم 7** من هذا الفصل، "أدوية الوصفة الطبية الخاصة بالجزء (D): كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس"
- **القسم 8** من هذا الفصل، "كيف تطلب منا تغطية فترة إقامة أطول في المستشفى إذا كنت تعتقد أن الطبيب سيخرجك مبكرًا جدًا"
- **القسم 9** من هذا الفصل، "كيفية مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد بأن تغطيتك ستنتهي مبكرًا جدًا (ينطبق ذلك فقط على هذه الخدمات: خدمات الرعاية الصحية المنزلية، ورعاية مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF))

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب عليك استخدامه، فاتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضًا الحصول على المساعدة أو المعلومات من المؤسسات الحكومية كبرنامج مساعدة التأمين الصحي الخاص بالولاية (SHIP).

القسم 6 رعايتك الصحية: كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس بشأن قرار التغطية

القسم 6.1	يوضح هذا القسم ما يجب فعله في حال كانت لديك مشكلات تتعلق بالحصول على التغطية للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا رد المبلغ لك مقابل رعايتك.

يسرد هذا القسم المزايا التي ستحصل عليها من الرعاية الطبية. هذه المزايا مذكورة في الفصل 4 من هذا المستند: مخطط المزايا الطبية (ما يمكن تغطية تكاليفه). في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب للحصول على الأدوية الموصوفة للجزء (B). في هذه الحالات، سنشرح كيف تختلف قواعد الأدوية الموصوفة للجزء (B) عن قواعد المواد والخدمات الطبية.

يخبرك هذا القسم بما يمكنك القيام به إذا كنت في أي من الحالات الخمس التالية:

1. كنت لا تحصل على بعض الرعاية الطبية التي تريدها، وتعتقد أن هذه الرعاية مغطاة في خطتنا. **طلب إصدار قرار التغطية. القسم 6.2**
2. لن توافق خطتنا على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية تقديمها لك، وتعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **اطلب إصدار قرار التغطية. القسم 6.2.**
3. تلقيت رعاية طبية وترى أنها يجب أن تكون مشمولة في خطتنا، ولكننا ذكرنا أننا لن نغطي هذا النوع من الرعاية. **تقديم التماس. القسم 6.3.**
4. لقد تلقيت ودفعت مقابل الرعاية الطبية التي تعتقد أن خطتنا يجب أن تغطيها، وتريد أن تطلب من خطتنا السداد لك عن هذه الرعاية. **يمكنك إرسال الفاتورة إلينا. القسم 6.5.**
5. تم إخبارك أن تغطية نوع معين من الرعاية الطبية التي كنت تحصل عليها (والتي وافقنا عليها مسبقًا) سيتم تقليلها أو إيقافها، وأنت تعتقد أن ذلك قد يضر بصحتك. **تقديم التماس. القسم 6.3.**

ملاحظة: إذا كانت التغطية التي سيتم إيقافها خاصة بالرعاية في المستشفى أو خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، فأنت بحاجة إلى قراءة القسمين 8و 9 من هذا الفصل. تنطبق قواعد خاصة على هذه الأنواع من الرعاية.

القسم 6.2	تعليمات مفصلة: كيفية طلب قرار بشأن التغطية

المصطلحات القانونية
عندما يتطلب قرار التغطية رعايتك الطبية، فإنه يُطلق عليه **"قرار المؤسسة."** ويطلق على "قرار التغطية السريع"**"التحديد العاجل".**

<u>الخطوة 1:</u> تقرير ما إذا كنت بحاجة إلى "قرار تغطية قياسي" أو "قرار تغطية سريع".
يتم إصدار "قرار التغطية القياسي" عادة في غضون 14 يوما أو 72 ساعة لأدوية الجزء (B). يتم إصدار "قرار التغطية السريع" بشكل عام في غضون 72 ساعة للخدمات الطبية، 24 ساعة لأدوية الجزء (B). من أجل الحصول على قرار التغطية السريعة، يتعين عليك استيفاء متطلبين:

- لا يجوز لك سوى طلب تغطية العناصر و/أو الخدمات الطبية (وليس طلبات الدفع مقابل العناصر و/أو الخدمات التي تم تلقيها بالفعل).

- يمكنك الحصول على إصدار قرار التغطية التأميني السريع فقط في حال تسبب المواعيد النهائية القياسية في حدوث ضرر حقيقي على صحتك أو أذى في قدرتك على العمل.
- **إذا أخبرنا الطبيب الخاص بك بأن حالتك الصحية تتطلب قرارًا سريعًا بشأن التغطية، فسوف نوافق تلقائيًا على إعطائك قرار سريع بشأن التغطية.**
- **إذا كنت تطلب قرارًا سريعًا بشأن التغطية، بدون دعم من طبيبك، فسوف نقرر ما إذا كانت حالتك الصحية تتطلب قرارًا سريعًا بشأن التغطية.** إذا لم نوافق على قرار التغطية السريع، فسنرسل لك خطابًا:
  - يوضح أننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية.
  - يوضح أنه إذا طلب طبيبك قرار تغطية سريعًا، فإننا سوف نتخذ تلقائيا قرار تغطية سريعًا.
  - يوضح أنه يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بإعطائك قرار التغطية القياسي بدلا من قرار التغطية السريع الذي طلبته.

<u>الخطوة 2:</u> اطلب من خطتنا اتخاذ قرار بشأن التغطية أو قرار التغطية السريعة.

- ابدأ بالاتصال بخطتنا أو مراسلتها أو مراسلتها عبر الفاكس لتقديم طلبك لنا للسماح أو لتقديم التغطية للرعاية الطبية التي ترغب بها. يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك القيام بذلك. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.

<u>الخطوة 3:</u> إننا ننظر بعين الاعتبار إلى طلبك لتغطية الرعاية الطبية ونقدم لك إجابتنا.

بالنسبة لقرارات التغطية القياسية، فإننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية.

وهذا يعني أننا سوف نعطيك ردًا في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على طلبك لمواد أو خدمة طبية. إذا كان طلبك يتعلق **بوصفة طبية من Medicare الجزء (B)، سوف نعطيك ردًا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لبيان طبيبك.**

- **ومع ذلك** إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك ، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. وإذا أخذنا أياما إضافية، سنخطرك كتابة. لا يمكننا أن نأخذ وقتا إضافيا لنقدم لك قرارا، إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicareفي الجزء (B).
- إذا رأيت أننا يجب ألا نأخذ أياما إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة". سوف نوافيك بالرد على شكواك بمجرد اتخاذ القرار. (عملية تقديم الشكوى مختلفة عن عملية قرارات التغطية والالتماسات. انظر القسم 11 من هذا الفصل للحصول على معلومات حول الشكاوى.)

بالنسبة لقرارات التغطية السريعة، فإننا نستخدم إطارًا زمنيًا عاجلًا

يعني قرار التغطية السريعة أننا سوف نعطيك القرار في غضون 72 ساعة، إذا كان طلبك يتعلق بمواد أوخدمة طبية. إذا كان طلبك يتعلق بوصفة طبية من Medicare الجزء (B)، سوف نرد في غضون 24 ساعة.

- **ومع ذلك،** إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. وإذا أخذنا أياما إضافية، سنخطرك كتابة. لا يمكننا أن نأخذ وقتا إضافيا لنقدم لك قرارا، إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicareفي الجزء (B).
- وإذا رأيت أننا يجب ألا نأخذ أياما إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة". (انظر القسم 11 من هذا الفصل للاطلاع على مزيد من المعلومات حول الشكاوى.) سنتصل بك بمجرد اتخاذنا للقرار.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فسوف نرسل إليك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا.

<u>الخطوة 4:</u> إذا رفضنا طلبك بالحصول على تغطية للرعاية الطبية، فيمكنك الالتماس.

- وفي حالة الرفض من جانبنا، يحق لك طلب إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم التماس. ويعني هذا المطالبة مرة أخرى بالحصول على تغطية الرعاية الطبية التي تحتاجها. إذا تقدمت بطعن، فهذا يعني إمكانية ذهابك إلى تدابير الالتماس من المستوى الأول.

القسم 6.3	تعليمات مفصلة: كيفية تقديم التماس من المستوى 1

المصطلحات القانونية
يطلق على تقديم الالتماس للخطة بشأن تغطية الرعاية الطبية **"إعادة النظر في الخطة".**
يطلق على مصطلح "الالتماس السريع" أيضًا **"إعادة النظر العاجلة".**

الخطوة 1: تقرير ما إذا كنت بحاجة إلى التماس قياسي أو التماس سريع.

عادة ما يتم تقديم "التماس قياسي" في غضون 30 يومًا تقويميًا أو 7 أيام تقويمية لأدوية الجزء (B). يتم تقديم "الالتماس السريع" بشكل عام في غضون 72 ساعة.

- إذا كنت تقدم التماسًا بخصوص قرار اتخذناه بشأن تغطية رعاية لم تتلقاها، فسوف تحتاج أنت و/أو طبيبك تحديد ما إذا كنت تريد تقديم "التماس سريع". إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تتطلب تقديم "التماس سريع"، فإننا سنقدم لك التماسًا سريعًا.
- شروط الحصول على "التماس سريع" هي نفس الشروط الخاصة بالحصول على "قرار سريع بشأن التغطية" في القسم 6.2 في هذا الفصل.

الخطوة 2: مطالبة خطتنا بإجراء التماس أو التماس سريع

- **إذا كنت تطلب "التماسا قياسيًا"، فيمكنك تقديم التماسك القياسي كتابيًا. يحتوي** الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- **إذا كنت تطلب التماسًا سريعًا، فقدّم التماسك كتابيًا أو اتصل بنا. يحتوي** الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- يجب عليك تقديم طلب الالتماس في خلال 65 يوما تقويميًا من التاريخ في الإخطار الكتابي الذي أرسلناه إليك لإخبارك بردنا على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لفقده، فاشرح سبب تأخر الالتماس عند تقديم الالتماس. قد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم التماسك. قد تشمل أمثلة الأسباب الجيدة على مرض خطير منعك من التواصل معنا أو إذا قدمنا لك معلومات غير كاملة أو غير صحيحة فيما يتعلق بالموعد النهائي لطلب الالتماس.
- **يمكنك طلب نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بقرارك الطبي. يمكنك أنت وطبيبك إضافة مزيد من المعلومات لدعم طلب التماسك.**

إذا أخبرناك أننا سنوقف أو نخفض الخدمات أو العناصر التي كنت تحصل عليها بالفعل، فقد تتمكن من الاحتفاظ بهذه الخدمات أو العناصر أثناء طلب إعادة النظر.

- إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة أو عنصر تحصل عليه حاليًا، فسنرسل إليك إخطارًا قبل اتخاذ الإجراء المقترح.

- إذا كنت لا توافق على الإجراء، يمكنك تقديم التماس من المستوى الأول. نواصل تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت التماسًا من المستوى الأول في غضون 10 أيام تقويمية من تاريخ ختم البريد على حطابنا أو بحلول تاريخ السريان المخصص للإجراء، أيهما أبعد.
- إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فيمكنك الحصول على الخدمة أو البند دون إجراء أي تغييرات أثناء انتظار الالتماس من المستوى الأول. ستستمر أيضًا في الحصول على جميع الخدمات أو البنود الأخرى (التي ليست موضوع الالتماس الخاص بك) دون إجراء أي تغييرات.

الخطوة 3: نحن ننظر في الالتماس المقدم منك ونقدم لك قرارنا.

- عندما نراجع التماسك، فإننا نلقي نظرة أخرى على كافة المعلومات. من ثم، نحن نتحقق من اتباعنا لجميع القواعد عند إصدار قرارنا بالرفض بشأن طلبك.
- سنجمع مزيد من المعلومات إذا لزم الأمر، ربما نتصل بك أو بطبيبك.

المواعيد النهائية "للالتماس السريع"

- بالنسبة للالتماسات السريعة، يجب أن نرد عليك **في خلال 72 ساعة بعد استلامنا التماسك**. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
  - **ومع ذلك** إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك ، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. وإذا أخذنا أياما إضافية، سنخطرك كتابة. لا يمكننا استغراق وقت إضافي إذا كان طلبك متعلقًا بدواء موصوف تابع للجزء (B) من Medicare.
  - إن لم نقدم ردًا في غضون 72 ساعة (أو في نهاية الفترة الممتدة إذا طلبنا أيامًا إضافية)، فإنه يتعين علينا تلقائيًا إرسال طلبك للمستوى الثاني من الالتماسات، حيث تتم مراجعته من جانب منظمة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 6.4 تدابير الالتماس من المستوى 2.
- **إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبت أو كل ما طلبت،** فإنه يجب علينا السماح أو تقديم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لالتماسك.
- **إذا كان ردنا برفض جزء مما طلبته أو كله،** فسوف نرسل إليك قرارنا كتابيًا ونرسل التماسك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لنقل الالتماس إلى المستوى الثاني. ستخبرك مؤسسة المراجعة المستقلة كتابة عندما تتلقى التماسك.

المواعيد النهائية الخاصة بـ"الالتماس القياسي"

- بالنسبة للالتماسات القياسية، يجب أن نرد عليك **في غضون 30 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا التماسك. إذا كان طلبك يتعلق بالأدوية الموصوفة في الجزء (B) من Medicare والتي لم تحصل عليها بعد، فإننا سنقدم ردنا **في غضون 7 يومًا تقويميًا** بعد استلامنا لالتماسك. وسوف نعطيك القرار أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
  - **ومع ذلك** إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك ، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. وإذا أخذنا أياما إضافية، سنخطرك كتابة. لا يمكننا أن نأخذ وقتا إضافيا لنقدم لك قرارا، إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicareفي الجزء (B).
  - إذا رأيت أننا يجب ألا نأخذ أياما إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة". عند تقديمك لشكوى سريعة، فسوف نعطيك ردًا على الشكوى في غضون 24 ساعة. (لمزيد من المعلومات عن عملية تقديم الشكاوى بما فيها الشكاوى السريعة، راجع **القسم 11** من هذا الفصل.)
  - إن لم نقدم ردًا بحلول الموعد النهائي (أو في نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فسنحيل طلبك إلى المستوى الثاني من الالتماسات، حيث تتم مراجعته من جانب مؤسسة خارجية مستقلة. يوضح القسم 6.4 تدابير الالتماس من المستوى الثاني.
- **إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبت أو كل ما طلبت،** فإنه يجب علينا السماح أو تقديم التغطية في غضون 30 يومًا تقويميًا أو خلال 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك يتعلق بالأدوية الموصوفة في الجزء (B) من Medicare بعد تلقينا للالتماس.
- **إذا كانت خطتنا تنص على رفض جزء من طلب الالتماس أو كله، فلديك حقوق التماس إضافية.**
- في حال كان ردنا بالرفض على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فإننا سنرسل لك خطابًا.
  - إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare، فإن الخطاب يخبرك أننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة لإجراء التماس من المستوى الثاني.
  - إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود ، فسوف تحتاج لتقديم التماس من المستوى الثاني بنفسك.

القسم 6.4	تعليمات مفصلة: كيفية إجراء المستوى 2 من الالتماس

المصطلح القانوني
الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل. ويسمى ذلك أحيانا** كيان المراجعة المستقل (IRE).

منظمة المراجعة المستقلة عبارة عن منظمة مستقلة تابعة لـ Medicare. لا علاقة لها بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحا أو يجب تغييره. Medicare يشرف على أعماله.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادة **ما يكون مشمولًا ببرنامج Medicare**، فسنرسل قضيتك تلقائيًا إلى المستوى الثاني من عملية الالتماس بمجرد اكتمال الالتماس من المستوى الأول.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادة **ما يكون مشمولًا بـ Medicaid**، فيمكنك تقديم التماس من المستوى 2 بنفسك. ويكون في الخطاب المعلومات اللازمة عما يجب عليك فعله. وهي متوفرة أيضًا أدناه.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند يمكن تغطيته بصورة أساسية **من قِبل Medicare وMedicaid**، فإنك ستتلقى تلقائيًا التماسًا من المستوى الثاني لدى منظمة المراجعة المستقل. يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع عادلة مع الولاية.

إذا كنت مؤهلًا لاستمرار المزايا عند تقديم الالتماس من المستوى 1، فقد تستمر مزاياك المتعلقة بالخدمة أو البند أو الدواء الخاضع للالتماس أيضا خلال المستوى 2. انتقل إلى الصفحة 123 للحصول على معلومات حول استمرار المزايا الخاصة بك أثناء الالتماسات من المستوى الأول.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها برنامج Medicare فقط، فلن تستمر مزايا هذه الخدمة أثناء الالتماسات من المستوى الثاني مع منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة يغطيها برنامج Medicaid عادةً، فستستمر مزايا هذه الخدمة إذا قدمت التماسًا من المستوى 2 في غضون 10 أيام تقويمية بعد استلام خطاب قرار الخطة.

إذا كانت مشكلتك بشأن خدمة أو بند يغطيه Medicare عادة:

الخطوة 1: تراجع منظمة المراجعة المستقلة التماسك.

- سنقوم بإرسال المعلومات الخاصة بالتماسك إلى هذه المؤسسة. تسمَّى هذه المعلومات **ملف الحالة. ويحق لك مطالبتنا بنسخة مجانية من ملف حالتك.**
- يحق لك تزويد منظمة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم التماسك.
- سيلقي المراجعون بمؤسسة المراجعة المستقلة نظرة واحدة متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

إذا كان لديك التماس سريع من المستوى *1*، فسيكون لديك أيضًا التماس سريع من المستوى *2*

- بالنسبة إلى "الالتماس السريع"، يجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على التماس المستوى الثاني **في غضون 72 ساعة** من تاريخ حصولها على الالتماس الخاص بك.
- إذا كان طلبك يتعلق بعنصر أو خدمة طبية وتحتاج منظمة المراجعة المستقلة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يوماً تقويميّاً إضافيّاً.** لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تأخذ وقتا إضافيا لنقدم لك قرارا، إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicare في الجزء (B).

إذا كان لديك التماس قياسي من المستوى *1*، فسيكون لديك أيضًا التماس قياسي من المستوى *2*

- بالنسبة "للالتماس القياسي" إذا كان طلبك يتعلق بالمواد أو الخدمات الطبية، يجب أن تقدم لك مؤسسة المراجعة ردًا على التماس المستوى الثاني **في غضون 30 يوما تقويميًا** من تلقي التماسك. إذا كان طلبك يتعلق بالأدوية الموصوفة بالجزء B من Medicare، يجب أن تقدم لك منظمة المراجعة ردًا على التماس المستوى 2 **في غضون 7 أيام تقويمية** من تاريخ حصولها على الالتماس الخاص بك.
- ومع ذلك، إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يوما تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. لا يمكن لمؤسسة المراجعة المستقلة أن تأخذ وقتا إضافيا لنقدم لك قرارا، إذا كان طلبك يتعلق بوصفة دواء طبية من Medicare في الجزء (B).

الخطوة 2: وتعطيك مؤسسة المراجعة المستقلة قرارها.

ستخبرك منظمة المراجعة المستقلة قرارها كتابيًا وستشرح أسباب ذلك.

- **إذا جاء رد منظمة المراجعة المستقلة بالموافقة على جزء من طلبك الخاص بمواد أو خدمات طبية أو كله، فسيتعين علينا الموافقة على تغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة أو تقديم الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد تلقينا قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات القياسية أو تقديم الخدمة في غضون 72 ساعة من تاريخ استلام الخطة لقرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العاجلة.**
- **إذا جاء رد مؤسسة المراجعة المستقلة بالموافقة Medicare لجزء أو كل طلب لدواء من Medicare الجزء (B) بوصفة طبية،** يجب أن نسمح أو نوفر دواء Medicare الجزء (B) بوصفة طبية في غضون 72 ساعة بعد تلقينا قرار مؤسسة المراجعة المستقلة **للطلبات القياسية أو في** غضون 24 ساعة **من تاريخ استلامنا لقرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العاجلة.**
- **إذا كان قرار هذه المنظمة بالرفض لجزء من التماسك أو كله،** فإن هذا يعني اتفاقها مع خطتنا على عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) حول تغطية الرعاية الطبية. (وهذا يعني "تأييد القرار" أو "رفض التماسك"). في هذه الحالة، سوف ترسل لك مؤسسة المراجعة المستقلة خطابا:
  - تفسير القرار.
  - إبلاغك بالحق في تقديم التماس من المستوى الثالث إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الرعاية الطبية تفي بحد أدنى معين. سيخطرك الإخطار الكتابي الذي يصلك من "منظمة المراجعة المستقلة" بالمبلغ الدولاري الذي يتعين عليك تلبيته لاستمرار عملية الالتماس.
  - إخبارك بكيفية تقديم التماس من المستوى الثالث.
- إذا رُفض التماس المستوى 2 الذي قدمته، واستوفيت متطلبات مواصلة عملية الالتماس، فعليك أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم التماس ثالث. التفاصيل الخاصة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الالتماس من المستوى 2.
  - يتم النظر في الالتماس من المستوى الثالث من قبل قاض إداري أو عضو محكم. **يوضح القسم 10** في هذا الفصل عمليات الالتماس في المستويات الثالث والرابع والخامس.

إذا كانت مشكلتك بشأن خدمة أو بند يغطيه Medicaid عادة:

الخطوة 1: يمكنك طلب جلسة استماع عادلة مع الولاية.

- المستوى الثاني من عملية الالتماس للخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid عادة هو جلسة استماع عادلة مع الولاية. يجب أن تطلب جلسة استماع عادلة كتابيًا أو عبر الهاتف **في غضون 120 يوم تقويمي** من تاريخ إرسالنا لخطاب القرار بشأن التماس المستوى الأول الخاص بك. ستخبرك الرسالة التي تتلقاها منا بمكان تقديم طلب جلسة الاستماع الخاص بك.

يمكنك أن تطلب من ولاية Virginia الالتماس من المستوى الثاني، يسمى جلسة استماع عادلة. ستقوم وكالة الاستماع العادلة غير المرتبطة بـ Aetna Better Health® of Virginia (HMO D-SNP) بمراجعة قضيتك واتخاذ قرار بشأن التماسك.

إذا كنت تعتقد أنت أو مقدم العلاج الخاص بك أن الإطار الزمني القياسي لحل التماسك طويل جدًا ويمكن أن يضر بصحتك، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة سريعة أو عاجلة. إذا كنت مريضًا داخليًا في مستشفى أو منشأة، أو إذا كانت الرعاية التي تلقيتها لمشكلة صحية عاجلة أو طارئة، أو إذا كانت ضرورية طبيًا واتخاذ إطار زمني قياسي للبت في الالتماس يمكن أن يلحق بك ضررًا خطيرًا بطريقة ما، فيمكنك طلب جلسة استماع عادلة سريعة أو عاجلة.

يجب إرسال طلبك للحصول على جلسة استماع عادلة في الولاية إلى:

البريد: Division of Appeals
Department of Medical Assistance Services (DMAS)
600 E. Broad Street, Suite 1300
Richmond, Virginia 23219

الفاكس: 1-804-452-5454
الاتصال برقم: 804-371-8488

عبر الانترنت: قم بزيارة **https://www.dmas.virginia.gov/#/appealsresources** لإعداد حساب على بوابة إدارة معلومات الالتماسات (AIMS). سيسمح لك ذلك بتتبع وإدارة التماسك عبر الإنترنت، وعرض التواريخ والإخطارات المهمة، وإرسال الوثائق.

إذا طلبت جلسة استماع عادلة، فربما تكون قد حصلت على الخدمة أو البند الذي يتم تخفيضه أو تعليقه أو رفضه. إذا تم طلب الخدمات من قبل مقدم خدمة معتمد وتريد الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات/ العناصر ، فهناك بعض الأشياء التي يجب عليك القيام بها:

- اتصل بـ Aetna Better Health على الرقم 1-855-463-0933 (الهاتف النصي: 711).
- أخبرنا أنك تريد الاستمرار في الحصول على هذه الخدمات أو العناصر.
- أرسل طلبك لجلسة الاستماع العادلة في الولاية كتابيًا إلى عنوان DMAS أعلاه، **في غضون 10 أيام من التاريخ الوارد في خطاب قرار الالتماس.**

بمجرد الاتصال بـ Aetna Better Health وإرسال رسالتك إلى DMAS، ستستمر خدماتك حتى يتخذ مسؤول جلسة الاستماع قرارًا بشأن قضيتك.

إذا استمرت الخدمات ورفض مراجع جلسة الاستماع العادلة التماسك، فقد تكون مسؤولًا عن تكلفة الخدمات/ العناصر التي استمرت.

يمكنك الحصول على نسخة من ملف الالتماس بالكامل دون أي تكلفة. إذا كنت ترغب في الحصول على نسخ من ملف الالتماس الخاص بك، فأرسل طلبًا كتابيًا إلى:

Aetna Better Health of Virginia
Attn: Appeals Department
PO Box 818070
5801 Postal Road
Cleveland, OH 44181

الخطوة 2: يقدم لك مكتب جلسة الاستماع العادلة إجابته.
سيخبرك مكتب الاستماع العادل قراره كتابيًا وشرح الأسباب.

- **إذا كان مكتب جلسة الاستماع العادلة يرد بالإيجاب على جزء أو كل الطلب المتعلق ببند أو خدمة طبية،** فيجب أن نسمح أو نقدم الخدمة أو البند في غضون 72 ساعة بعد استلامنا القرار من مكتب جلسة الاستماع العادلة.
- **إذا كان قرار مكتب الاستماع العادلة بالرفض لجزء من التماسك أو كله،** فإن هذا يعني اتفاقها مع خطتنا على عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) حول تغطية الرعاية الطبية. (وهذا ما يسمى **تأييد القرار أو رفض التِماسك.**)

إذا كان القرار بالرفض فيما يتعلق بكل أو جزء مما طلبت، فهل يمكنني تقديم التماس آخر؟
إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسة الاستماع العادلة بالرفض لكل أو جزء من طلبك، فلديك **حقوق التماس إضافية.**

سيوضح الخطاب الذي حصلت عليه من مكتب جلسة الاستماع العادلة خيار الالتماس التالي.

راجع **القسم 10** من هذا الفصل لمزيد من المعلومات حول حقوق الالتماس الخاصة بك بعد المستوى الثاني.

القسم 6.5 ماذا لو طلبت منا بأن نسدد لك الفاتورة التي حصلت عليها مقابل الرعاية الطبية؟

لا يمكننا أن نعوضك مباشرة عن خدمة أو بند Medicaid. في حال حصولك على فاتورة نظير خدمات وعناصر مشمولة في تغطية Medicaid، يجب إرسال الفاتورة إلينا. **يحظر عليك دفع الفاتورة بنفسك.**وسنتصل بمقدم الخدمات مباشرة وسنهتم بالمشكلة. ولكن إذا دفعت الفاتورة، يمكنك استرداد أموالك من مقدم الرعاية الصحية هذا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمة أو العنصر.

طلب استرداد ثمن شيء دفعت ثمنه بالفعل:
إذا أرسلت إلينا الأوراق التي تطلب التعويض، فأنت تطلب قرار تغطية. لا يمكننا أن نعوضك مباشرة عن خدمة أو بند **Medicaid.** في حال حصولك على فاتورة نظير خدمات وعناصر مشمولة في تغطية Medicaid، يجب إرسال الفاتورة إلينا. **يحظر عليك دفع الفاتورة بنفسك.** وسنتصل بمقدم الرعاية الصحية مباشرة وسنهتم بالمشكلة. ولكن إذا دفعت الفاتورة، يمكنك استرداد أموالك من مقدم الرعاية الصحية هذا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمة أو العنصر.

إذا كنت تريد منا أن نعوضك عن خدمة أو عنصر حاص بـ **Medicare** أو كنت تطلب منا أن ندفع لمقدم رعاية صحية مقابل خدمة Medicaid أو عنصر دفعت مقابله، فستطلب منا اتخاذ قرار التغطية هذا. سنتحقق لمعرفة ما إذا كانت الرعاية الطبية التي سددت مقابلها لديها خدمة خاضعة للتغطية. وسوف نتحقق أيضا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت جميع القواعد لاستخدام تغطيتك للرعاية الطبية.

- **إذا وافقنا على طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية من Medicare مغطاة، فسوف نرسل لك المبلغ الخاص بالتكلفة في غضون 60 يومًا تقويميًا من بعد تلقي طلبك.
  - إذا تمت تغطية رعاية Medicaid التي دفعت لمقدم الرعاية الصحية مقابلها وتعتقد أنه يجب علينا الدفع لمقدم الرعاية الصحية بدلًا من ذلك، فسنرسل إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك التكلفة في غضون 60 أيام تقويمية بعد استلامنا لطلبك.
  - ثم ستحتاج إلى الاتصال بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك لحملهم على الدفع لك. إذا لم تكن قد دفعت ثمن الرعاية الطبية، فسوف نرسل فاتورة الدفع مباشرةً إلى مقدم الرعاية الصحية.
- **إذا رفضنا طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية غير مشمولة في التغطية، أو لم تتبع كافة القواعد، فلن نرسل إليك مبلغ السداد. بدلاً من ذلك، سوف نرسل لك رسالة تخبرك أننا لن ندفع مقابل الرعاية الطبية وأسباب ذلك.

إذا كنت لا توافق على قرارنا بالرفض، **فيمكنك تقديم التماس.** إذا قدمت التماسًا، فإنك تطلب منا ضمنيًا تغيير قرار التغطية الذي اتخذناه برفض طلبك.

لتقديم هذا الالتماس، اتبع الخطوات حول إجراء الالتماسات التي ذكرناها في القسم 3.6 بالنسبة للالتماسات المتعلقة بالسداد، يرجى ملاحظة ما يلي:

- يجب أن نرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد استلامنا طلب الالتماس الخاص بك. إذا كنت تطلب منا أن نقوم بسداد ثمن الرعاية الطبية التي حصلت عليها ودفعت ثمنها بالفعل، فلن يُسمح لك بمطالبتنا بإجراء التماس سريع.
- إذا قررت مؤسسة المراجعة المستقلة أننا يجب أن ندفع، فيتعين علينا إرسال المبلغ لك أو إلى مقدم الخدمات في غضون 30 يوما تقويميا. إذا كان القرار على الالتماس المقدم منك بالإيجاب في أي مرحلة من عملية الالتماسات بعد المستوى 2، فيتعين علينا إرسال المبلغ الذي طلبته إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا تقويميًا.

القسم 7 أدوية الوصفات الطبية الخاصة بالجزء (D): كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس

القسم 7.1	يخبرك هذا القسم ماذا تفعل في حال واجهت مشكلات تتعلق بالحصول على دواء الجزء (D) أو كنت تريد منا السداد مقابل دواء الجزء (D)

تشمل مزاياك تغطية العديد من أدوية الوصفات الطبية. لتغطية الدواء، يجب استخدامه لداعي استخدام مقبول طبيّاً. (انظر الفصل 5 لمزيد من المعلومات حول المقتضى المقبول طبيا.) للحصول على تفاصيل حول أدوية الجزء (D) والقواعد والقيود والتكاليف، يرجى الاطلاع على الفصلين 5 و6. **هذا القسم خاص بأدوية الجزء "د" فقط.** لتبسيط الأمور، فإننا نقول بشكل عام دواء في ما تبقى من هذا القسم، بدلاً من تكرار أدوية الوصفات الطبية للمرضى الخارجيين أو أدوية الجزء *(D)* المغطاة في كل مرة. كما نستخدم مصطلح "قائمة الأدوية" بدلا من قائمة الأدوية المغطاة أو كتيب الوصفات.

- في حال عدم معرفة ما إذا كان الدواء خاضعا للتغطية أو إذا كنت تستوفي القواعد، يمكنك أن تسألنا عن ذلك. تتطلب بعض الأدوية حصولك على موافقة منا قبل تغطيتها.
- إذا أبلغك مدير الصيدلية بتعذر صرف وصفتك الطبية كما هو مكتوب، فستحصل من الصيدلية على إخطار كتابي يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار تغطية.

التماسات وقرارات بشأن تغطية الجزء (D)

المصطلح القانوني
يطلق على قرار التغطية المبدئي المتعلق بأدوية الجزء (D) **"تقدير التغطية".**

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويتك. يحيطك هذا القسم علمًا بما عليك فعله إذا مررت بأي من هذه المواقف:

- مطالبتنا بتغطية الأدوية المشمولة في الجزء (D) غير المدرجة في قائمة الأدوية المغطاة الخاصة بالخطة. **طلب استثناء. القسم 7.2**
- طلب التنازل عن قيد على تغطية الخطة لدواء ما (مثل حدود كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها، أو الحصول على إذن مسبق، أو شرط تجربة دواء آخر أولاً). **طلب استثناء. القسم 7.2.**
- طلب الحصول على موافقة مسبقة للحصول على الدواء. **طلب إصدار قرار التغطية. القسم 7.4.**
- الدفع مقابل دواء موصوف طبيًا قمت بشرائه بالفعل. **مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. القسم 7.4.**

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الذي اتخذناه، فيمكنك تقديم التماس على القرار.

يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية طلب التماس.

القسم 7.2 ما هو الاستثناء؟

المصطلحات القانونية
يطلق أحيانا على طلب تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية طلب **"استثناء كتيب الوصفات".**
يطلق أحيانا على طلب إزالة قيد فيما يتعلق بتغطية دواء طلب **"استثناء كتيب الوصفات".**
يطلق أحيانا على طلب دفع سعر أقل لدواء غير مفضل مشمول في التغطية طلب **"استثناء الشرائح".**

إذا كان هناك دواء ليس خاضعًا للتغطية بالطريقة التي تريدها، فيمكنك طلب إجراء **"استثناء"** من جانبنا. والاستثناء هو نوع من قرارات التغطية.

بالنسبة لنا للنظر في طلب الاستثناء الخاص بك، سوف يحتاج طبيبك أو واصف الدواء الآخر إلى شرح الأسباب الطبية لاحتياج الموافقة على هذا الاستثناء. هنا مثالين على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف آخر تقديمها:

1. **تغطية أدوية في الجزء (D) لك غير مدرجة في "قائمة الأدوية" لدينا.** لا يمكنك طلب استثناء من مبلغ تقاسم التكلفة الذي نطالبك بسداده مقابل الدواء.
2. **خذف قيد يتعلق بتغطيتنا من أجل الدواء الخاضع للتغطية. يوضح** الفصل 5 القواعد أو الاستثناءات الإضافية التي تنطبق على أدوية معينة في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا.

القسم 7.3 هناك أمور مهمة للتعرف عليها في ما يتعلق بطلب الاستثناءات

يجب أن يخبرنا طبيبك بالأسباب الطبية
يجب على طبيبك أو واصف أدوية آخر إعطائنا بيان يوضّح الأسباب الطبية لطلب استثناء. لاتخاذ قرار أسرع، قم بتضمين هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو واصف دواء آخر عندما تطلب الاستثناء.

عادة، تشمل "قائمة الأدوية" لدينا أكثر من دواء لمعالجة حالة بعينها. يطلق على هذه الاحتمالات المختلفة "الأدوية البديلة." إذا كان أحد الأدوية البديلة بنفس كفاءة الدواء الذي تطلبه، ولن يسبب لك مزيدًا من الآثار الجانبية أو مشكلات صحية أخرى، فإننا **لن نقبل طلبك بالحصول على استثناء.**

يمكن أن نرد بالقبول أو الرفض لطلبك

- في حالة الموافقة على طلبك للحصول على استثناء، فإن موافقتنا في العادة تكون سارية حتى نهاية عام الخطة. وهذا صحيح ما دام طبيبك يصف لك الدواء وأن الدواء سيظل آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا رفضنا طلبك، يمكنك طلب مراجعة أخرى من خلال تقديم التماس.

القسم 7.4 تعليمات مفصلة: كيفية طلب قرار بشأن التغطية، بما في ذلك الحصول على استثناء

المصطلح القانوني
يُطلق على "قرار سريع بشأن التغطية" **"حكم التغطية العاجل".**

الخطوة 1: تقرير ما إذا كنت بحاجة إلى "قرار تغطية قياسي" أو "قرار تغطية سريع".

"قرارات التغطية القياسية" يتم اتخاذها في غضون **72 ساعة** بعد تلقينا بيان طبيبك. **"قرارات التغطية السريعة"** يتم اتخاذها في غضون **24 ساعة** بعد تلقينا بيان طبيبك.

إذا تطلبت صحتك ذلك، فاطلب منّا إعطاءك "قرار التغطية السريع" للحصول على قرار تغطية سريع، يتعين أن تستوفي شرطين:

- يجب أن تطلب دواء لم تحصل عليه بعد. (لا يمكنك المطالبة بإصدار قرار سريع بشأن التغطية لاسترداد ثمن دواء قد اشتريته بالفعل.)
- قد يتسبب استخدام المواعيد النهائية القياسية في حدوث ضرر حقيقي على صحتك أو أذى في قدرتك على العمل.
- **إذا أخبرنا الطبيب الخاص بك أو واصف أدوية آخر بأن حالتك الصحية تتطلب "قرارًا سريعًا بشأن التغطية"، فسوف نوافق تلقائيًا على إعطائك قرار سريع بشأن التغطية.**
- **إذا كنت تطلب بنفسك قرارًا سريعًا بشأن التغطية، بدون دعم الطبيب الخاص بك أو واصف أدوية آخر، فسوف نقرر ما إذا كانت حالتك الصحية تتطلب قرارًا سريعًا بشأن التغطية.** إذا لم نوافق على قرار التغطية السريع، فسنرسل لك خطابًا:
  - يوضح أننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية.
  - يوضح أنه إذا طلب طبيبك أو واصف أدوية آخر قرار تغطية سريعا، فإننا سوف نتخذ تلقائيا قرار تغطية سريعا.
  - يوضح أنه يمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا بإعطائك قرار التغطية القياسي بدلًا من قرار التغطية السريع الذي طلبته. سنقوم بالرد على شكواك في غضون 24 ساعة من استلام طلبك.

الخطوة 2: طلب "قرار تغطية قياسي" أو "قرار تغطية سريع".

ابدأ بالاتصال بخطتنا أو مراسلتها أو مراسلتها عبر الفاكس لتقديم طلبك لنا للسماح أو لتقديم التغطية للرعاية الطبية التي ترغب بها. يمكنك أيضًا الوصول إلى عملية اتخاذ قرار التغطية عبر موقعنا الإلكتروني. يجب أن نقبل أي طلب مكتوب، بما في ذلك طلب مقدم على نموذج طلب حكم التغطية التأمينية للنموذج *CMS* المتاح على موقعنا على الويب (**https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/members/hmo-snp/rxdrugs**). يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال. لمساعدتنا في معالجة طلبك، يرجى التأكد من تضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات التي تحدد المطالبة المرفوضة التي يتم تقديم التماس من أجلها.

يمكنك أنت أو طبيبك أو (أو واصف الدواء الآخر) أو ممثلك القيام بذلك. يمكن أيضاً أن يكون لديك محامٍ يتصرف نيابة عنك. القسم 5.2 من هذا الفصل يطلعك على معلومات بشأن كيفية تقديم إذن كتابي لتوكيل شخص آخر للتصرف كممثل عنك.

- **إذا كنت تطلب استثناء، فقدّم "البيان الداعم"** ، والذي يتمثل في الأسباب الطبية للاستثناء. يمكن لطبيبك أو واصف أدوية آخر إرسال البيان إلينا عبر الفاكس أو البريد. أو يمكن لطبيبك أو واصف أدوية آخر أن يخبرنا عبر الهاتف ثم يتابع من خلال إرسال تقرير مكتوب إلينا بالفاكس أو بالبريد إذا أمكن.

الخطوة 3: إننا ننظر بعين الاعتبار إلى طلبك وسنقدم لك قرارنا.

المواعيد النهائية لـ "قرار التغطية السريع"

- يتعين علينا بوجه عام موافاتك بردنا **في غضون 24 ساعة** بعد تلقينا لطلب الالتماس الخاص بك.
  - بالنسبة للاستثناءات، سنوافيك بردنا في غضون 24 ساعة من استلام البيان الداعم لطلبك من طبيبك. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
  - إذا تأخرنا عن هذا الموعد، فسنقوم بالبت في طلبك على طريقة المستوى الثاني من الاستئناف، وستتم مراجعته من قِبَل مؤسسة مستقلة.
- **إذا كانت إجابتنا نعم على جزء مما طلبت أو كل ما طلبت** ، فإنه يجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 24 ساعة بعد تلقينا لطلبك أو بيان الطبيب الداعم لطلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية "لقرار التغطية القياسي" فيما يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد

- يتعين علينا موافاتك بردنا **في غضون 72 ساعة** بعد تلقينا لطلبك.
  - بالنسبة للاستثناءات، سنرد عليك في غضون 72 ساعة بعد تلقينا البيان الداعم من طبيبك. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
  - إذا تأخرنا عن هذا الموعد، فسنقوم بالبت في طلبك على طريقة المستوى الثاني من الاستئناف، وستتم مراجعته من قِبَل مؤسسة مستقلة.

- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على طلبك كله او جزء منه،** فإنه يجب علينا **تقديم التغطية** التي وافقنا على تقديمها **في غضون 72 ساعة** بعد تلقينا لطلبك أو بيان الطبيب الداعم لطلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية الخاصة بقرار التغطية "القياسي" بشأن دفع ثمن دواء قمت بشرائه بالفعل

- يجب أن نعطيك الرد **في غضون 14 يومًا** تقويميًا بعد استلام الطلب الخاص بك.
  - إذا تأخرنا عن هذا الموعد، فسنقوم بالبت في طلبك على طريقة المستوى 2 من الالتماسات، وستتم مراجعته من قِبَل منظمة مستقلة.
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه،** فسيكون علينا أن نتحمل نصيبنا من المصروفات خلال 14 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام طلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

<u>الخطوة 4:</u> إذا رفضنا طلبك بالتغطية، فيمكنك تقديم التماس.

- وفي حالة الرفض من جانبنا، يحق لك طلب إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم التماس. ويعني هذا المطالبة مرة أخرى بالحصول على تغطية الأدوية التي تحتاجها. إذا تقدمت بطعن، فهذا يعني إمكانية ذهابك إلى تدابير الالتماس من المستوى الأول.

القسم 7.5	تعليمات مفصلة: كيفية تقديم التماس من المستوى 1

المصطلحات القانونية
يطلق على تقديم الالتماس للخطة بشأن قرار تغطية أدوية الجزء (D) **"إعادة النظر في الخطة".**
يطلق على مصطلح "الالتماس السريع"**"إعادة النظر العاجلة".**

<u>الخطوة 1:</u> تقرير ما إذا كنت بحاجة إلى "التماس قياسي" أو "التماس سريع".

يتم تقديم "الالتماس القياسي" عادة في غضون 7 أيام تقويمية. يتم تقديم "الالتماس السريع" بشكل عام في غضون 72 ساعة. إذا كانت صحتك تتطلب ذلك، فاطلب منّا "التماسًا سريعًا".

- إذا كنت تقدم التماسًا بخصوص قرار اتخذناه بخصوص دواء لم تتلقاه، فسوف تحتاج أنت وطبيبك أو واصف الأدوية الآخر تحديد ما إذا كنت تريد "التماسًا سريعًا".
- شروط الحصول على "التماس سريع" هي نفس الشروط الخاصة بالحصول على "قرار سريع بشأن التغطية" في القسم 6.2 في هذا الفصل.

الخطوة 2: يتعين عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو واصف الدواء الآخر الاتصال بنا وتقديم التماس من المستوى الأول. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة سريعة، فإنه يتعين عليك طلب **"التماس سريع".**

- **بالنسبة للالتماسات القياسية، قدم طلبًا خطيًا. يحتوي** الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- **بالنسبة للالتماسات السريعة، يمكنك إما تقديم التماس كتابي أو الاتصال بنا على** 1-855-463-0933 (الهاتف النصي: **711**). يحتوي **الفصل 2** على معلومات الاتصال.
- **يجب أن نقبل أي طلب مكتوب**، بما في ذلك طلب مقدم على نموذج طلب حكم التغطية التأمينية للنموذج CMS المتاح على موقعنا على الويب **https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/members/hmo-snp/rxdrugs**. يرجى التأكد من تضمين اسمك ومعلومات الاتصال والمعلومات المتعلقة بمطالبتك لمساعدتنا في معالجة طلبك.
- **يجب عليك تقديم طلب الالتماس في خلال 65 يوما تقويميًا** من التاريخ في الإخطار الكتابي الذي أرسلناه إليك لإخبارك بردنا على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لفقده، فاشرح سبب تأخر الالتماس عند تقديم الالتماس. قد نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم التماسك. قد تشمل أمثلة الأسباب الجيدة على مرض خطير منعك من التواصل معنا أو إذا قدمنا لك معلومات غير كاملة أو غير صحيحة فيما يتعلق بالموعد النهائي لطلب الالتماس.
- **يمكنك طلب نسخة من المعلومات في التماسك وإضافة المزيد من المعلومات.** يمكنك أنت وطبيبك إضافة مزيد من المعلومات لدعم طلب التماسك.

الخطوة 3: نحن ننظر في الالتماس المقدم منك ونقدم لك قرارنا.

- عندما نراجع التماسك، فإننا نلقي نظرة متأنية أخرى على كافة المعلومات حول طلب التغطية الخاص بك. من ثم، نحن نتحقق من اتباعنا لجميع القواعد عند إصدار قرارنا بالرفض بشأن طلبك. يمكن أن نتصل بك أنت أو طبيبك أو واصف الأدوية الآخر للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية "للالتماس السريع"

- بالنسبة للالتماسات السريعة، يجب أن نرد عليك **في خلال 72 ساعة بعد استلامنا التماسك.** وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
  - إذا لم نرد عليك في غضون 72 ساعة، فنحن مطالبون بإرسال طلبك حول طريقة الالتماس من المستوى الثاني، وستتم مراجعته من قِبَل منظمة المراجعة المستقلة. يوضح **القسم 7.6 تدابير الالتماس من المستوى 2.**
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على جزء من طلبك أو كله**, فإنه يجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لالتماسك.
- **إذا كن قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائي "للالتماس القياسي" فيما يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد

- بالنسبة للالتماسات القياسية، يجب أن نرد عليك **في غضون 7 أيام** تقويمية بعد تلقينا التماسك. سنخبرك بقرارنا عاجلاً إذا لم تتلقِ الدواء اللازم بعد، وإذا كانت حالتك الصحية تستدعي منا ذلك.
  - إذا لم نرد عليك في غضون 7 أيام تقويمية، فنحن مطالبون بإرسال طلبك حول طريقة الالتماس من المستوى الثاني، وستتم مراجعته من قِبَل مؤسسة المراجعة المستقلة. يوضح **القسم 7.6 تدابير الالتماس من المستوى 2.**
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه،** فيجب أن نوفر التغطية بالسرعة التي تتطلبها صحتك، بما لا يتجاوز 7 أيام تقويمية بعد تلقينا التماسك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية "للالتماس القياسي" بشأن دفع ثمن دواء قد اشتريته بالفعل

- يجب أن نعطيك الرد **في غضون 14 يومًا** تقويميًا بعد استلام الطلب الخاص بك.
  - إذا تأخرنا عن هذا الموعد، فسنقوم بالبت في طلبك على طريقة المستوى الثاني من الاستئناف، وستتم مراجعته من قِبَل مؤسسة مستقلة.
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه،** فسيكون علينا أن نتحمل نصيبنا من المصروفات في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا لطلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

الخطوة 4: إذا كان قرارنا رفض التماسك، يمكنك أن تستمر في عملية الالتماسات وتقديم التماس آخر.

- إذا قررت تقديم التماس آخر، فهذا يعني أنك تسلك المستوى الثاني من عملية الالتماسات.

القسم 7.6 تعليمات مفصلة: كيفية تقديم التماس من المستوى 2

المصطلح القانوني
الاسم الرسمي "مؤسسة المراجعة المستقلة" هو "كيان المراجعة **المستقل".** ويسمى ذلك أحيانا "كيان المراجعة **المستقل".**

منظمة المراجعة المستقلة عبارة عن منظمة مستقلة تابعة لـ Medicare. لا علاقة لها بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحا أو يجب تغييره. Medicare يشرف على أعماله.

الخطوة 1: يتعين عليك أنت (أو ممثلك أو طبيبك أو واصف الدواء الآخر) الاتصال بمؤسسة المراجعة المستقلة وطلب مراجعة حالتك.

- إذا كان ردنا بلا على التماس المستوى 1 الذي قمت بتقديمه، **فسيصلك منا إخطارًا كتابيًا يحتوي على تعليمات عن كيفية تقديم التماس المستوى 2** إلى منظمة المراجعة المستقلة. ستخبرك هذه التعليمات عن الشخص الذي يمكنه تقديم هذا المستوى الثاني من الالتماس، وما المواعيد النهائية التي عليك اتباعها، وكيفية التواصل مع مؤسسة المراجعة. ومع ذلك، إذا لم نقم باستكمال مراجعتنا في غضون الإطار الزمني الساري، أو اتخذنا قرارا غير مواتٍ فيما يتعلق بقرار "المعرضين للخطر" بموجب برنامج إدارة الأدوية الخاص بنا، فسوف نقوم تلقائيا بإحالة طلبك إلى كيان المراجعة المستقل (IRE).
- سنقوم بإرسال المعلومات الخاصة بالتماسك إلى هذه المؤسسة. ويطلق على هذه المعلومات "ملف الحالة". **ويحق لك مطالبتنا بنسخة من ملف حالتك.**
- يحق لك تزويد منظمة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم التماسك.

الخطوة 2: تراجع مؤسسة المراجعة المستقلة التماسك.

سيلقي المراجعون بمؤسسة المراجعة المستقلة نظرة واحدة متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

المواعيد النهائية "للالتماس السريع"

- إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب من "مؤسسة المراجعة المستقلة" تقديم "التماس سريع".
- إذا وافقت المؤسسة على إعطائك "التماس سريع"، فيجب أن تعطيك ردًا على المستوى الثاني من الالتماس **خلال 72 ساعة** بعد تلقي طلب الالتماس الخاص بك.

المواعيد النهائية "للالتماس القياسي"

- بالنسبة للالتماسات القياسية، يجب أن تقدم لك منظمة المراجعة ردًا على المستوى 2 من التماسك **في غضون 7 أيام** تقويمية من تاريخ تلقيها الالتماس الخاص بك إذا كان متعلقًا بدواء لم تحصل عليه بعد. إذا كنت تطلب من أن ندفع لك مقابل دواء قمت بشرائه بالفعل، فيتعين على منظمة المراجعة منحك الرد على التماسك من المستوى 2 **في غضون 14 يومًا تقويميًا من تلقيها طلبك.**

الخطوة 3: وتعطيك مؤسسة المراجعة المستقلة قرارها.

بالنسبة "للالتماسات السريعة":

- **إذا كان قرار مؤسسة المراجعة المستقلة هو الموافقة على جزء من طلبك أو كله،** فيجب أن نسمح بتقديم تغطية الأدوية التي وافقت عليها المؤسسة **في غضون 24 ساعة** بعد تلقينا قرار مؤسسة المراجعة.

بالنسبة "للالتماسات القياسية":

- **إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة هو الموافقة على جزء من طلبك للتغطية أو كله،** فيجب أن نسمح بتقديم تغطية الأدوية التي **وافقت عليها المنظمة** في غضون 72 ساعة **بعد تلقينا قرار منظمة المراجعة.**
- **إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء من طلبك بالدفع لك أو كله، وذلك فيما يتعلق بثمن** دواء قمت بشرائه بالفعل، فسوف نقوم بإرسال المبلغ إليك خلال 30 يومًا تقويميًا بعد استلامنا القرار من منظمة المراجعة.

ماذا لو كان قرار منظمة المراجعة هو رفض التماسك؟

إذا كان قرار هذه المؤسسة هو الرفض لجزء من التماسك أو كله، فإن هذا يعني اتفاقها مع خطتنا على عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك). (وهذا ما يسمى **"تأييد القرار"** أو **"رفض التِماسك".)** في هذه الحالة، سوف ترسل لك منظمة المراجعة المستقلة خطابا:

- تفسير القرار.
- إبلاغك بالحق في تقديم التماس من المستوى الثالث إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الأدوية التي تطلبها تفي بحد أدنى معين. إذا كانت قيمة الدولار الخاصة بتغطية الأدوية التي تطلبها منخفضة جدًا، فلا يمكنك تقديم التماس آخر، ويكون القرار في المستوى الثاني نهائيًا.
- إخبارك بالقيمة الدولارية التي يجب أن تكون محل خلاف للمضي قدما في عملية الالتماسات.

الخطوة 4: إذا كانت حالتك تلبي المتطلبات، فاخترت ما إذا كنت تريد المضي قدما في الالتماس.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الالتماسات بعد المستوى الثاني (أي ما مجموعه خمسة مستويات من الالتماس).
- إذا أردت الانتقال إلى المستوى 3 من الالتماس، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الالتماس من المستوى 2.
- يتم النظر في الالتماس من المستوى الثالث من قبل قاض إداري أو عضو محكم. **القسم 10** يخبرك هذا الفصل بمزيد من التفاصيل حول عملية الالتماسات على المستويات 3 و4 و5.

القسم 8 كيفية طلب تغطية فترة إقامة أطول في المستشفى إن كنت تظن أنه تم صرفك بوقت مبكرًا جدًا

عندما تدخل إلى مستشفى، يكون لديك الحق في الحصول على جميع خدمات المستشفى التي تشملها التغطية الخاصة بنا واللازمة لتشخيص المرض أو الإصابة وعلاجها.

خلال إقامتك التي تتم تغطيتها بالمستشفى، سوف يتعاون معك طبيبك وطاقم المستشفى للاستعداد لليوم الذي تغادر فيه المستشفى. سيساعدونك على اتخاذ الترتيبات اللازمة لأي رعاية قد تحتاج إليها بعد المغادرة.

- يسمى اليوم الذي تغادر فيه المستشفى **"تاريخ الخروج".**
- عندما يتم تحديد موعد خروجك، فسوف يخبرك طبيبك أو طاقم المستشفى.
- إذا كان لديك اعتقاد بمطالبتك بمغادرة المستشفى سريعًا جدًا، فيمكنك طلب البقاء لفترة أطول في المستشفى وستتم مراعاة طلبك.

القسم 8.1 أثناء إقامة المريض بالمستشفى، ستحصل على إخطار كتابي من Medicare يخبرك ما هي حقوقك

في غضون يومين تقويميين من إدخالك إلى المستشفى، سيتم إعطاؤك إشعارًا كتابيًا يسمى رسالة مهمة من *Medicare* بشأن حقوقك. يحصل كل من الأعضاء في Medicare على نسخة من هذا الإخطار.

إذا لم تحصل على الإخطار من شخص ما بالمستشفى (على سبيل المثال، أخصائي حالة أو ممرضة)، فاطلبه من أي موظف بالمستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء أو على الرقم (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع (الهاتف النصي **1-877-486-2048**).

1. اقرأ هذا الإخطار بعناية واطرح الاستفسارات التي لديك في حالة عدم استيعابك.توضح:

- حقك في الحصول على الخدمات التي تشملها تغطية Medicare أثناء فترة الإقامة في المستشفى وبعدها، التي يأمر بها الطبيب. يشتمل ذلك الحق في معرفة ماهية تلك الخدمات ومن سيتحمل دفع ثمنها وأين يمكنك الحصول عليها.
- حقك في المشاركة في أي قرارات بشأن إقامتك في المستشفى.
- معرفة المكان الذي تبلغه عن أية مخاوف تساورك بشأن جودة الرعاية بالمستشفى.
- حقك **في طلب مراجعة فورية** لقرار خروجك في حال اعتقدت أنه قد تم إخراجك من المستشفى في وقت مبكر جدًا. تعد هذه الطريقة الرسمية والقانونية لطلب تأخير موعد خروجك حتى نغطي رعاية المستشفى الخاصة بك لفترة أطول.

2. سيكون عليك التوقيع على إخطار مكتوب لإظهار أنك قد حصلت عليه وفهمت حقوقك.

- سيُطلب منك أنت أو شخص ينوب عنك التوقيع على الإخطار.
- يوضح توقيع الإخطار فقط على أنك قد حصلت على معلومات حول حقوقك. لا يوضح الإشعار تاريخ خروجك. التوقيع على الإخطار **لا يعني** أنك توافق على موعد خروجك من المستشفى.

3. احتفظ بنسختك من الإخطار في متناول اليدين بحيث تكون لديك المعلومات المتعلقة بتقديم الالتماس (أو الإبلاغ عن مخاوف بشأن جودة الرعاية) إذا كنت بحاجة إليها.

- في حال توقيعك على الإخطار قبل أكثر من يومين تقويميين من موعد خروجك من المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل تحديد موعد خروجك.
- لإلقاء نظرة على نسخة من هذا الإخطار مقدما، يمكنك الاتصال على قسم خدمات الأعضاء أو على (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048.** يمكنك أيضًا الاطلاع على الإخطار عبر الإنترنت على **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

القسم 8.2 تعليمات مفصلة: كيفية تقديم التماس من المستوى 1 لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى

إذا كنت تريد طلب تغطية خدمات المستشفى للمرضى الداخليين من جانبنا لفترة أطول، فستحتاج إلى استخدام إجراء الالتماسات لتقديم هذا الطلب. قبل البدء، أدرك ما يجب عليك القيام به ووقت المواعيد النهائية.

- **اتبع العملية.**

- **الالتزام بالمواعيد النهائية.**
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة في أي وقت، فاتصل بخدمة العملاء. أو اتصل ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي الحكومي بولايتك، وهي المنظمة الحكومية التي تقدم مساعدة مخصصة.

أثناء الالتماس من المستوى الأول، تراجع مؤسسة تحسين الجودة التماسك. كما أنها تقوم بتحديد ما إذا كان موعد خروجك المقرر مناسبًا لك من الناحية الطبية أم لا.

إن مؤسسة تحسين الجودة هي عبارة عن مجموعة من الأطباء وغير ذلك من أخصائيي الرعاية الصحية الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية للكشف وللمساعدة في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. وهذا يشمل مراجعة تواريخ الخروج من المستشفى للأشخاص التابعين لبرنامج Medicare. هؤلاء الخبراء لا ينتمون إلى خطتنا.

الخطوة 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك واطلب مراجعة فورية لموعد خروجك من المستشفى. يجب عليك التصرف بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه المؤسسة؟

- يخبرك الإخطار الكتابي الذي تسلمته *(رسالة مهمة من Medicare* بشأن حقوقك*)* بكيفية الاتصال بهذه المؤسسة. أو يمكنك العثور على اسم مؤسسة تحسين الجودة في ولايتك وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

تصرف بسرعة:

- لتقديم الالتماس، يتعين عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة قبل موعد مغادرتك للمستشفى في موعد **لا يتجاوز منتصف ليل يوم خروجك.**
  - **إذا استوفيت هذا الموعد النهائي،** يمكنك البقاء في المستشفى بعد موعد الخروج المحدد لك **دون الدفع مقابل ذلك** بينما تنتظر للحصول على القرار الخاص بالتماسك من منظمة تحسين الجودة.
  - **إذا لم يمكنك الوفاء بهذا الموعد النهائي،** اتصل بنا. إذا قررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له، قد يتعين عليك دفع كافة التكاليف للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له.

بمجرد أن تطلب مراجعة فورية لخروجك من المستشفى ، ستتصل بنا منظمة تحسين الجودة. بحلول ظهر اليوم التالي للاتصال بنا سوف نقدم لك **إخطارًا تفصيليًا للخروج من المستشفى.** يوضح هذا الإخطار تاريخ الخروج المحدد لك ويوضح بالتفصيل أسباب اعتقاد الطبيب والمستشفى، ونعتقد أنه من الصواب (مناسب طبيا) إخراجك في ذلك التاريخ.

يمكنك الحصول على نموذج من **الإخطار التفصيلي للخروج من المستشفى** من خلال الاتصال على قسم خدمات الأعضاء ،(**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE وأ على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. (على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.) أو يمكنك الاطلاع على نموذج للإشعار عبر الإنترنت على **www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/HospitalDischargeAppealNotices**.

الخطوة 2: تجري منظمة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

- سيطلب أخصائيو الصحة في مؤسسة تحسين الجودة ("المراجعون") منك (أو من ممثلك) سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية للخدمات. ليس من الضروري بالنسبة لك إعداد أي شيء كتابي، ولكن يمكنك فعل ذلك إن أردت.
- سيقوم المراجعون بالنظر في سجلاتك الطبية والتحدث مع طبيبك ومراجعة المعلومات التي قدمتها لهم المستشفى بالإضافة إلينا.
- وبحلول ظهر اليوم التالي لإخبارنا من قبل المراجعين بشأن الالتماس، ستتلقى إخطارًا كتابيًا منا يوضح تاريخ الخروج المحدد. كما يوضح هذا الإشعار بالتفصيل أسباب اعتقاد الطبيب والمستشفى، ونعتقد أنه من الصواب (مناسب طبيا) إخراجك في ذلك التاريخ.

<u>الخطوة 3:</u> في غضون يوم كامل بعد حصول مؤسسة تحسين الجودة على كافة المعلومات المطلوبة، فإنها ستقدم لك ردها على الالتماس الخاص بك.

ماذا إذا كان القرار بالموافقة؟

- إذاكان قرار منظمة المراجعة الموافقة، **فإنه يجب علينا مواصلة تقديم خدمات المستشفى المغطاة للمرضى الداخليين طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.**
- يجب عليك الاستمرار في سداد حصتك من التكاليف (مثل الاستقطاعات أو المشاركة في السداد في حال انطباق ذلك). بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هناك قيود على خدمات المستشفى المشمولة الخاصة بك.

ماذا إذا كان القرار بالرفض؟

- إذا ردت المنظمة المنوطة بالمراجعة بالرفض، فإنه يعني أن تاريخ خروجك المحدد مناسب من الناحية الطبية. إذا حدث ذلك، **فستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى الخاصة بالمرضى الداخليين** في ظهر هذا اليوم **بعد** أن تعطيك منظمة تحسين الجودة ردها على التماسك.
- إذا ردت منظمة المراجعة برفض التماسك وقررت البقاء في المستشفى، فإنه **يجب عليك دفع التكلفة الكاملة** لرعاية المستشفى التي حصلت عليها بعد ظهر اليوم الذي تحصل فيه على رد منظمة تحسين الجودة بشأن التماسك.

<u>الخطوة 4:</u> إذا كان القرار على الالتماس من المستوى 1 بالرفض، فيمكنك تحديد ما إذا كنت تريد تقديم التماس آخر.

- في حال رفض منظمة تحسين الجودة لالتماسك، وبقيت في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، يمكنك تقديم التماس آخر. تقديم التماس آخر يعني أنك ستنتقل إلى "المستوى الثاني" من عملية الالتماسات.

القسم 8.3 تعليمات مفصلة: كيفية تقديم التماس من المستوى 2 لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى

أثناء الالتماس من المستوى الثاني، يمكنك مطالبة مؤسسة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على القرار الذي أخذته بشأن الالتماس الأول. في حال رفض مؤسسة تحسين الجودة الالتماس من المستوى الثاني، فقد تضطر إلى دفع كافة التكاليف لبقائك بعد تاريخ الخروج المحدد.

<u>الخطوة 1:</u> اتصل بمنظمة تحسين الجودة مرة أخرى واطلب إجراء مراجعة أخرى.

- يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا تقويميًا** بعد اليوم الذي تقرر فيه منظمة تحسين الجودة رفض التماسك من المستوى الأول. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال بقائك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية.

<u>الخطوة 2:</u> تقوم منظمة تحسين الجودة بإجراء مراجعة ثانية لحالتك.

- سيلقي المراجعون بمنظمة تحسين الجودة نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

<u>الخطوة 3:</u> في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الالتماس من المستوى الثاني، سيتخذ المراجعون قرارًا بشأن التماسك ويخبرونك به.

إذا كان قرار مؤسسة المراجعة بالقبول:

- **يجب أن ندفع لك** حصتنا من تكاليف الرعاية الصحية في المستشفى التي حصلت عليها منذ ظهر اليوم بعد تاريخ قرار رفض الالتماس الأول من جانب مؤسسة تحسين الجودة. **يتعين علينا الاستمرار في تقديم تغطية رعايتك داخل المستشفى طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.**
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق عليك قيود التغطية.

إذا كان قرار مؤسسة المراجعة بالرفض:

- فهذا معناه موافقتها على القرار الذي اتخذته في ما يخص الالتماس من المستوى الأول.
- سيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه كتابة بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة.

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فيجب عليك اتخاذ القرار بشأن ما إذا كنت تريد الانتقال بالالتماس الخاص بك إلى المستوى 3.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الالتماسات بعد المستوى الثاني (أي ما مجموعه خمسة مستويات من الالتماس). إذا أردت الانتقال إلى المستوى الثالث من الالتماس، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الالتماس من المستوى الثاني.
- يتم النظر في الالتماس من المستوى الثالث من قبل قاض إداري أو عضو محكم. **يطلعك القسم 10** من هذا الفصل على المزيد من المعلومات حول عمليات الالتماس في المستويات الثالث والرابع والخامس

القسم 9 كيفية مطالبتنا بالحفاظ على تغطية الخدمات الطبية المحددة في حالة إن كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي عما قريب

القسم 9.1	يتناول هذا القسم ثلاث خدمات فقط: الرعاية الصحية المنزلية، ورعاية مرافق التمريض الماهرة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)

عند حصولك على **خدمات الصحة المنزلية المغطاة أو الرعاية التمريضية الماهرة أو رعاية إعادة التأهيل (مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين)**، يكون لديك الحق في مواصلة الحصول على الخدمات لهذا النوع من الرعاية طالما كانت الرعاية ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

عندما نقرر أن الوقت قد حان لوقف تغطية أي من الأنواع الثلاثة من الرعاية بالنسبة لك، فنحن مطالبون بإخبارك مسبقًا. عند انتهاء تغطيتك بهذه الرعاية، **فسنتوقف عن تحمل تكاليف** رعايتك.

في حال اعتقدت أننا سنوقف تغطية رعايتك قريبًا، **فإنه يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا**. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب الالتماس.

القسم 9.2	سنخبرك مقدمًا بوقت انتهاء تغطيتك

المصطلح القانوني
"إخطار عدم تغطية Medicare". يخبرك كيف يمكنك طلب **"التماس سريع".** يعتبر طلب التماس سريع وسيلة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار تغطيتنا حول متى يتم إيقاف رعايتك.

1. **ستتلقى إشعارًا كتابيًا** قبل يومين تقويميين على الأقل من إيقاف خطتنا لتغطية رعايتك. يوضح لك الإشعار ما يلي:
   - التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية الرعاية الخاصة بك.
   - كيفية طلب "التماس سريع" لطلب مواصلة تغطية رعايتك لفترة أطول من الوقت.
2. **سيُطلب منك أنت أو شخص ينوب عنك التوقيع على الإشعار الكتابي لإثبات أنك استلمته.** توقيع الإخطار يوضح فقط أنك قد تلقيت المعلومات المتعلقة حول متى ستتوقف التغطية. **إن التوقيع عليه لا يعني موافقتك على** قرار الخطة بإيقاف الحصول على الرعاية.

القسم 9.3 تعليمات مفصلة: كيف يمكن تقديم التماس من المستوى 1 لتطلب من خطتنا تغطية رعايتك لفترة أطول

إذا كنت تريد مطالبتنا بتغطية رعايتك لفترة أطول، فستحتاج إلى استخدام عملية الالتماسات لتقديم هذا الطلب. قبل البدء، أدرك ما يجب عليك القيام به ووقت المواعيد النهائية.

- **اتبع العملية.**
- **الالتزام بالمواعيد النهائية.**
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة في أي وقت، فاتصل بخدمة العملاء. أو اتصل ببرنامج المساعدة في التأمين الصحي الحكومي بولايتك، وهي المنظمة الحكومية التي تقدم مساعدة مخصصة.

أثناء الالتماس من المستوى الأول، تراجع مؤسسة تحسين الجودة التماسك. وتقرر ما إذا كان تاريخ انتهاء رعايتك مناسبا من الناحية الطبية.

إن **منظمة تحسين الجودة** هي عبارة عن مجموعة من الأطباء وغير ذلك من خبراء الرعاية الصحية الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية للكشف وللمساعدة في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. وهذا يشمل مراجعة قرارات الخطة المتعلقة بتحديد الوقت المناسب للتوقف عن تغطية أنواع معينة من الرعاية الطبية. هؤلاء الخبراء لا ينتمون إلى خطتنا.

الخطوة 1: إجراء التماس من المستوى الأول: اتصل بمؤسسة تحسين الجودة واطلب إجراء التماس سريع يجب عليك التصرف بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه المؤسسة؟

- يخبرك الإخطار الكتابي الذي تلقيته *(إخطار عدم تغطية Medicare)* بكيفية الاتصال بهذه المؤسسة. أو يمكنك العثور على اسم مؤسسة تحسين الجودة في ولايتك وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

تصرف بسرعة:

- يجب عليك الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة لبدء الالتماس **بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ النفاذ** في إخطار عدم التغطية من *Medicare*.
- إذا فاتك الموعد النهائي للاتصال بمنظمة تحسين الجودة، فلا يزال لديك حقوق الالتماس. اتصل بمؤسسة تحسين الجودة.

الخطوة 2: تجري منظمة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

المصطلح القانوني
"التوضيح التفصيلي لعدم التغطية". إشعار يقدم التفاصيل المتعلقة بأسباب إنهاء التغطية.

ماذا يحدث أثناء هذه المراجعة؟

- سيطلب أخصائيو الصحة في مؤسسة تحسين الجودة ("المراجعون") منك (أو من ممثلك) سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية للخدمات. ليس من الضروري بالنسبة لك إعداد أي شيء كتابي، ولكن يمكنك فعل ذلك إن أردت.
- كما ستقوم منظمة المراجعة بالنظر في معلوماتك الطبية والتحدث مع طبيبك ومراجعة المعلومات التي زودتهم بها الخطة الخاصة بنا.
- بحلول نهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون بالالتماس الخاص بنا، ستحصل على **توضيح تفصيلي لعدم التغطية** منا والذي يوضح بالتفصيل أسباب إنهاء تغطيتنا لخدماتك.

الخطوة 3: في غضون يوم واحد كامل بعد حصولهم على كافة المعلومات التي يحتاجون إليها، سيخبرك المراجعون بالقرار الخاص بهم.

ماذا إذا كان قرار المراجعين بالموافقة؟

- إذا وافق المراجعون على الالتماس الخاص بك، فإنه **يجب علينا الاستمرار في تقديم الخدمات المشمولة بالتغطية الخاصة بك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.**
- يجب عليك الاستمرار في سداد حصتك من التكاليف (مثل الاستقطاعات أو المشاركة في السداد في حال انطباق ذلك). قد تكون هناك قيود على خدماتك المغطاة.

ماذا إذا كان قرار المراجعين بالرفض؟

- إذا قرر المراجعون رفض الالتماس، فإن ذلك يعني أن **تغطيتك ستنتهي في التاريخ الذي أخبرناك به**.
- إذا قررت الاحتفاظ بالحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) **بعد** هذا التاريخ عند انتهاء التغطية الخاصة بك، فعندئذٍ **يجب عليك دفع التكلفة الكاملة** لهذه الرعاية بنفسك.

الخطوة 4: إذا كان القرار على الالتماس من المستوى 1 بالرفض، فيمكنك تحديد ما إذا كنت تريد تقديم التماس آخر.

- إذا قرر المراجعون رفض الالتماس من المستوى الأول واخترت مواصلة تلقي الرعاية بعد انتهاء تغطية رعايتك، فيمكنك بعد ذلك تقديم التماس من المستوى الثاني.

القسم 9.4 تعليمات مفصلة: كيف يمكن تقديم التماس من المستوى 2 لتطلب من خطتنا تغطية رعايتك لفترة أطول

أثناء الالتماس من المستوى الثاني، يمكنك مطالبة مؤسسة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على القرار الذي أتخذته في الالتماس الأول. في حال رفض منظمة تحسين الجودة لالتماسك من المستوى 2، فقد تتحمل التكاليف بأكملها فيما يخص الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) الخاصة بك بعد التاريخ الذي أخبرنا فيه أنه ستنتهي التغطية الخاصة بك فيه.

الخطوة 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة مرة أخرى واطلب إجراء مراجعة أخرى.

- يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة **في غضون 60 يومًا تقويميًا** بعد اليوم الذي تقرر فيه منظمة تحسين الجودة رفض التماسك من المستوى الأول. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال استمرارك في الحصول على رعاية بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك.

الخطوة 2: تقوم منظمة تحسين الجودة بإجراء مراجعة ثانية لحالتك.

- سيلقي المراجعون بمنظمة تحسين الجودة نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الالتماس، سيقرر المراجعون قرارًا حول التماسك ويخبرونك بقرارهم.

ماذا إذا كان قرار مؤسسة المراجعة بالقبول؟

- **يجب أن ندفع لك** حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي أخبرناك فيه بانتهاء التغطية الخاصة بك. **يتعين علينا الاستمرار في تقديم تغطية** الرعاية طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصة التكاليف ويمكن تطبيق القيود المفروضة على التغطية.

ماذا إذا كان قرار مؤسسة المراجعة بالرفض؟

- فهذا يعني موافقتهم على القرار الذي تم اتخاذه بخصوص الالتماس من المستوى الأول الخاص بك.
- سيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه كتابة بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة. كما أنه سيعطيك التفاصيل المتعلقة بكيفية الانتقال إلى المستوى التالي من الالتماس الذي يتم النظر فيه من جانب قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم.

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فيجب عليك اتخاذ القرار بشأن ما إذا كنت تريد الانتقال بالالتماس الخاص بك إلى مستوى تالي.

- هناك ثلاثة مستويات إضافية في عملية الالتماس بعد المستوى الثاني، أي ما مجموعه خمسة مستويات من الالتماس. إذا أردت الانتقال إلى المستوى الثالث من الالتماس، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الالتماس من المستوى الثاني.
- يتم النظر في الالتماس من المستوى الثالث من قبل قاض إداري أو عضو محكم. يوضح القسم 10 من هذا الفصل المزيد عن عملية الالتماسات للمستويات الثالثة والرابعة والخامسة.

القسم 10 الانتقال بالتماسك إلى مستوى الثالث وما فوق

القسم 10.1 التماس من المستويات 3و 4و 5 لطلبات الخدمة الطبية

قد يكون هذا القسم مناسبا لك إذا قمت بإجراء التماس من المستوى الأول والتماس من المستوى الثاني وتم رفض كلاهما.

إذا كانت قيمة البند أو الخدمة الطبية بالدولار تتجاوز حد أدنى معينًا، فيمكنك الانتقال إلى مستويات إضافية للالتماس. إذا كانت قيمة الدولار أقل من الحد الأدنى للمستوى، فإنه لا يمكنك التقدم بالتماس مرة أخرى. سيوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على التماسك من المستوى الثاني كيفية تقديم التماس من المستوى الثالث.

في معظم الحالات التي تتعلق بالالتماسات، عملية الالتماسات الثلاثة الأخيرة تسير بنفس الطريقة. هذه هي الجهات التي تراجع التماسك في كل من هذه المستويات.

الالتماس من المستوى 3 سيقوم قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية بمراجعة التماسك والرد عليك.

- **إذا قرر قاضي المحكمة الإدارية أو العضو المحكم الموافقة على الالتماس، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.** بعكس قرار التماس من المستوى الثاني، سيكون لدينا الحق في تقديم التماس على قرار من المستوى الثالث الذي صدر لصالحك. إذا قررنا تقديم التماس، فإنه سينتقل إلى المستوى 4 من الالتماس.
  - إذا قررنا رفض الالتماس، فيتعين علينا التصريح بالرعاية الطبية أو تقديمها خلال 60 يومًا تقويميًا بعد استلام قرار قاضي المحكمة الإدارية أو العضو المحكم.
  - إذا قررنا الالتماس بخصوص القرار، فسنرسل لك صورة من طلب التماس من المستوى الرابع مع مستندات أخرى مرفقة. قد ننتظر قرار الالتماس من المستوى 4 قبل التصريح بالرعاية الطبية محل النزاع أو تقديمها.
- **إذا رفض قاضي القانون الإداري أو العضو المحكم الالتماس، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.**
  - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
  - إذا قررت عدم قبول قرار الرفض، فيمكنك تقديم الالتماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما يجب عليك فعله بالنسبة للالتماس من المستوى 4.

****الالتماس من المستوى 4** سيقوم مجلس التماسات **Medicare (المجلس)** بمراجعة التماسك والرد عليك. ويعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

- **إذا جاء الرد بالقبول، أو برفض المجلس لطلبنا في مراجعة قرار الالتماس من المستوى الثالث الصادر لصالحك، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.** بعكس قرار التماس من المستوى 2، سيكون لدينا الحق في تقديم التماس على قرار من المستوى 4 الذي صدر لصالحك. سوف نقرر ما إذا كان يجب تقديم التماس على هذا القرار إلى المستوى 5.
  - إذا جاء قرارنا **بعدم** الالتماس على القرار، فسنقوم بتقديم الرعاية الطبية خلال 60 يومًا تقويميًا بعد استلام قرار المجلس.
  - إذا قررنا تقديم التماس بخصوص القرار الصادر لصالحك، فسنقوم بإخبارك كتابيًا.
- **إذا كان القرار هو الرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.**
  - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
  - إذا قررت عدم قبول القرار، فيمكنك تقديم التماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. إذا جاء رد المجلس برفض الالتماس، فسيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه بما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى التماس من المستوى الخامس وكيفية المضي قدما في الالتماس من المستوى الخامس.

التماس من المستوى 5 سيقوم قاضٍ **بمحكمة المقاطعة الفيدرالية** بمراجعة التماسك.

- سيراجع القاضي جميع المعلومات ويقرر إما الموافقة أو رفض طلبك. هذه إجابة نهائية. لا توجد أي مستويات للالتماس بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

القسم 10.2 طلبات إضافية للحصول على Medicaid

يحق لك تقديم التماس كذلك إذا كان الالتماس يتعلق بالخدمات أو العناصر التي تغطيها Medicaid عادةً. سيخبرك الخطاب الذي تحصل عليه من مكتب الاستماع العادل بما يجب عليك فعله إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتماسات.

القسم 10.3 عمليات الالتماس في المستويات 3و 4و 5 لطلبات الأدوية من الجزء (D)

قد يكون هذا القسم مناسبا لك إذا قمت بإجراء التماس من المستوى الأول والتماس من المستوى الثاني وتم رفض كلاهما.

إذا كانت قيمة الدواء التي قدمت التماسًا بشأنها تفي بمبلغ دولاري معيّن، فيمكنك الانتقال إلى مستويات إضافية للالتماس. إذا كانت القيمة بالدولار أقل، فلن تتمكن من تقديم الالتماس لأي مستوى أعلى. سيحتوي الرد المكتوب الذي تتلقاه على التماسك من المستوى الثاني على معلومات التواصل مع جهة معنية وما يجب عليك القيام به لتقديم التماس من المستوى الثالث.

في معظم الحالات التي تتعلق بالالتماسات، عملية الالتماسات الثلاثة الأخيرة تسير بنفس الطريقة. هذه هي الجهات التي تراجع التماسك في كل من هذه المستويات.

الالتماس من المستوى 3 سيقوم قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية بمراجعة التماسك والرد عليك.

- **إذا كان القرار بالإيجاب، فإن عملية تقديم الالتماسات قد انتهت.** يجب علينا **تفويض أو توفير تغطية الدواء الذي تمت الموافقة عليه من قبل قاضي القانون الإداري أو العضو المحكم في غضون 72 ساعة (24 ساعة للالتماسات العاجلة) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد استقبال القرار.**
- **إذا كان القرار بالرفض، فربما تنتهي عملية الالتماسات وربما لا.**
  - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
  - إذا قررت عدم قبول قرار الرفض، فيمكنك تقديم الالتماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما يجب عليك فعله بالنسبة للالتماس من المستوى 4.

الالتماس من المستوى 4 سيقوم مجلس التماسات **Medicare (المجلس)** بمراجعة التماسك والرد عليك. ويعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

- **إذا كان القرار بالإيجاب، فإن عملية تقديم الالتماسات قد انتهت.** يجب علينا **تفويض أو توفير تغطية الدواء الذي تمت الموافقة عليه من قبل المجلس في غضون 72 ساعة (24 ساعة للالتماسات العاجلة) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد استقبال القرار.**
- **إذا كان القرار بالرفض، فربما تنتهي عملية الالتماسات وربما لا.**
  - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
  - إذا قررت عدم قبول القرار، فيمكنك تقديم التماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. إذا رفض المجلس التماسك أو رفض طلبك بمراجعة الالتماس، فسيحتوي الإخطار على القوانين التي تسمح لك بتقديم التماس من المستوى الخامس. كما سيخبرك أيضا بمن تتصل وما الذي يجب عليك القيام به بعد ذلك إذا اخترت الاستمرار في الالتماس.

التماس من المستوى 5 سيقوم قاضٍ **بمحكمة المقاطعة الفيدرالية** بمراجعة التماسك.

- سيراجع القاضي جميع المعلومات ويقرر إما الموافقة أو رفض طلبك. هذه إجابة نهائية. لا توجد أي مستويات للالتماس بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

القسم 11 كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو فترات الانتظار أو خدمة العملاء أو المخاوف الأخرى

الفصل 11.1 ما هي أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكاوى؟

تُستخدم عملية تقديم الشكوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. هذا يتضمن المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية الطبية وفترات الانتظار وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة على أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكاوى.

الشكوى	مثال
جودة الرعاية الطبية الخاصة بك	• هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما فيها الرعاية داخل المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	• هل أقدم شخص ما على عدم احترام حقك في الخصوصية أو مشاركة المعلومات السرية؟
عدم الاحترام أو خدمة عملاء سيئة أو أي سلوكيات سلبية أخرى	• هل عاملك شخص بعدم احترام؟ • هل أنت غير راضٍ عن خدمات الأعضاء لدينا؟ • هل تشعر أنه يتم تشجيعك للخروج من الخطة؟
أوقات الانتظار	• هل واجهتك مشكلة في تحديد موعد أو الانتظار طويلاً لتحديده؟ • هل طالت فترة انتظارك لدى الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من الأخصائيين الصحيين؟ أو من قِبل "خدمات الأعضاء" أو غيرهم من موظفي الخطة؟ ◦ تشمل الأمثلة الانتظار لمدة طويلة على الهاتف، أو في غرفة الانتظار أو الكشف أو عند الحصول على وصفة طبية.
النظافة	• هل أنت غير راضٍ عن نظافة أو حالة العيادة، أو المستشفى، أو مكتب الطبيب؟

الشكوى	مثال
المعلومات التي تحصل عليها منا	• هل أخفقنا في تقديم الإخطار اللازم لك؟ • هل يصعب فهم معلوماتنا الكتابية؟
الدقة في المواعيد (جميع أنواع الشكاوى هذه متعلقة بدقة مواعيد الإجراءات التي نتخذها بشأن الالتماسات وقرارات التغطية)	إذا كنت قد طلبت قرار تغطية، أو قدمت التماسًا، وترى أننا نتأخر في الرد، فيمكنك تقديم شكوى بشأن البطء في اتخاذ القرار. نعرض فيما يلي بعض الأمثلة: • إذا طلبت منا "قرارًا بالتغطية السريعة" أو "التماسًا سريعًا"، ورفضنا ذلك، فيمكنك وقتها تقديم شكوى. • إذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد المحددة لإعطائك قرار التغطية أو الرد على االالتماسات، فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا لا نفي بالمواعيد النهائية للتغطية أو تعويضك مقابل بعض البنود أو الخدمات أو الأدوية الطبية التي تمت الموافقة عليها؛ فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا أخفقنا في الوفاء بالمواعيد النهائية المطلوبة لإحالة حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة؛ فيمكنك تقديم شكوى.

القسم 11.2 كيفية تقديم شكوى

المصطلحات القانونية

- تُعرف **"الشكوى"** أيضًا باسم **"التظلم."**
- **ويعرف أيضًا "تقديم شكوى"** باسم **"تقديم تظلم."**
- **ويعرف أيضًا "استخدام عملية تقديم الشكاوى"** باسم **"استخدام عملية تقديم تظلم."**
- وتعرف **"الشكوى السريعة"** أيضًا باسم **"التظلم العاجل."**

القسم 11.3 تعليمات مفصلة: تقديم شكوى

الخطوة 1: اتصل بنا على الفور - إما عن طريق الهاتف أو كتابيا.

- **عادة، ما تكون خطوة الاتصال بخدمات الأعضاء هي الخطوة الأولى**. إذا كان هناك أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به، فسوف يخبرك قسم "خدمات الأعضاء".
- إن لم ترغب في الاتصال (أو اتصلت ولم تشعر بعدها بالرضى)، فيمكنك تقديم شكواك كتابة وإرسالها إلينا. في حال إرسال شكواك إلينا مكتوبة، فسنرد عليها كتابة.
- لتقديم تظلم (شكوى) كتابيًا، أرسل لنا شكواك المكتوبة إلى العنوان المدرج في الفصل *2:* أرقام الهواتف والموارد المهمة *(*كيفية الاتصال بنا عندما تقدم شكوى بشأن الأدوية الموصوفة في الجزء *(د)* أو كيفية الاتصال بنا عند تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية*)*.
  - يرجى التأكد من تقديم جميع المعلومات ذات الصلة ، بما في ذلك أي وثائق داعمة تعتقد أنها مناسبة. يجب أن نتلقى شكواك في غضون 60 يوما تقويميا من الحدث أو الحادث الذي أدى إلى تقديمك لشكواك.
  - سيتم التحقيق في مشكلتك من قبل أحد أعضاء فريق الشكاوى لدينا. إذا قمت بإرسال شكواك شفهيًا، فسنعلمك بنتيجة مراجعتنا وقرارنا شفهيًا أو كتابيًا. إذا قمت بتقديم شكوى شفهية وطلبت أن يكون الرد كتابيا، فسنرد كتابيًا. إذا أرسلت إلينا شكوى مكتوبة، فسوف نرسل إليك ردًا مكتوبًا يوضح نتيجة مراجعتنا. سيتضمن إشعارنا وصفًا لفهمنا لشكواك وحلولنا بعبارات واضحة.
  - سنعالج شكواك بالسرعة التي تناسب حالتك، وذلك بناءً على حالتك الصحية، بما لا يتجاوز ثلاثين (30) يومًا تقويميًا بعد تلقي شكواك. قد نقوم بمد الإطار الزمني لمدة تصل إلى أربعة عشر (14) يومًا تقويميًا إذا قمنا بتسويغ الحاجة للمعلومات الإضافية وكان التأخير في مصلحتك الفضلى.
  - ويحق لك أيضًا طلب تظلم سريع "عاجل". التظلم "العاجل" السريع هو نوع من الشكوى التي يجب حلها في غضون 24 ساعة من وقت اتصالك بنا. لديك الحق في طلب تظلم "عاجل" سريع إذا كنت لا توافق على:
    - خطتنا بمد الفترة الزمنية لمدة تصل إ لى 14 يوما تقويميا وذلك من أجل تحديد قرار المؤسسة/التغطية أو إعادة النظر/إعادة التحديد (الالتماس)؛ أو
    - رفضنا لطلبك بتعجيل قرار المؤسسة أو إعادة النظر (الالتماس) للحصول على الخدمات الصحية أو؛
    - رفضنا لطلبك بتعجيل قرار التغطية أو إعادة التحديد (الالتماس) للحصول على دواء موصوف طبيًا.
- وتكون عملية التظلم "العاجلة" السريعة على النحو التالي:
  - يمكنك أنت أو ممثلك المفوض الاتصال للإبلاغ عن شكواك أو إرسالها عبر الفاكس أو البريد والإشارة إلى رغبتك في تقديم شكوى سريعة أو عملية تظلم سريعة. اتصل برقم الهاتف أو الفاكس أو اكتب شكواك وأرسلها إلى العنوان المدرج في الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد المهمة *(*كيفية الاتصال بنا عندما تقدم شكوى بشأن الأدوية الموصوفة في الجزء *(د)* أو *(*كيفية الاتصال بنا عند تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية*)*. أسرع طريقة لتقديم شكوى سريعة هي الاتصال بنا أو إرسالها عبر الفاكس. أسرع طريقة لتقديم تظلم هي الاتصال بنا. عندما نستلم شكواك، سنحقق فورا في المشكلة التي حددتها. إذا

وافقنا على شكواك، فسنلغي مد الفترة الزمنية لمدة 14 يوما تقويميا، أو سنقوم بتسريع القرار أو الالتماس كما طلبت في الأصل بغض النظر عما إذا كنا نوافق أم لا، سنحقق في شكواك ونبلغك بقرارنا في غضون 24 ساعة.

- **سواء اتصلت أو راسلت، فإنه يجب عليك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء مباشرة.**يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت بعد أن واجهتك المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

الخطوة 2: سننظر في أمر شكواك ونقوم بالرد عليك.

- **سنرد عليك على الفور إن أمكن ذلك.** في حال الاتصال بنا بشأن شكوى ما، قد نرد عليك في نفس المكالمة الهاتفية.
- **يتم الرد على معظم الشكاوى في غضون 30 يوما تقويميًا.** إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات والتأخير يصب في مصلحتك، أو إذا كنت تسأل عن المزيد من الوقت، فيمكننا أن نستغرق حتى 14 يومًا تقويميًا (إجمالاً 44 يومًا تقويميًا) للإجابة على شكواك. إذا قررنا استغراق أيام إضافية، فسوف نخطرك بذلك كتابة.
- **إذا كنت تقوم بتقديم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "قرار التغطية السريع" أو "الالتماس السريع"، فسنقوم تلقائيًا بإتاحة "تقديم شكوى سريعة" لك.** إذا قدمت "شكوى سريعة"، فهذا يعني أننا سوف نوافيك **بالرد ي غضون 24 ساعة**.
- **في حالة عدم موافقتنا** على جزء من شكواك أو كلها، أو عدم تحمل المسؤولية للمشكلة التي تشكو منها، فسنقوم بتضمين أسبابنا في ردنا عليك.

الفصل 11.4 يمكنك أيضًا تقديم الشكاوى المتعلقة بجودة الرعاية لدى منظمة تحسين الجودة

عندما تكون شكواك بشأن جودة الرعاية، فلديك أيضًا خياران إضافيان:

- **يمكنك تقديم شكواك مباشرة إلى منظمة تحسين الجودة.** منظمة تحسين الجودة عبارة عن مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية لفحص وتحسين الرعاية التي تقدم إلى مرضى Medicare. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
    - أو
- **يمكنك تقديم شكواك إلى كل من مؤسسة تحسين الجودة ولنا في نفس الوقت.**

القسم 11.5 يمكنك إخبار Medicare و Medicaid بشأن شكواك

يمكنك تقديم شكوى بشأن Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx. يمكنك أيضا الاتصال على (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي/أجهزة الصم والبكم الاتصال على **1-778-684-8402**.

إذا كان لديكِ أي ملاحظات أو مخاوف أخرى، أو إذا كان لديكِ شعور بعدم قيام الخطة بمعالجة مشكلتكِ، فيرجى الاتصال بـ (**1-800-633-4227**) 1-800-MEDICARE يمكن لمستخدمي الهاتف النصي/أجهزة الصم والبكم الاتصال على **1-778-684-8402**.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حول خطتنا مباشرة إلى Virginia Medicaid من خلال إكمال وتقديم نموذج الشكوى الموجود في **https://www.dmas.virginia.gov/appeals/appeals-overview/** عن طريق:

البريد:
Virginia Department of Medical Assistance Services
Appeals Division
E Broad St 600
23219 Virginia ,Richmond
الفاكس: 452-5454 (804)
أو الاتصال على: 371-8488 (804)

الفصل 10
إنهاء عضويتك في الخطة

القسم 1 مقدمة لإنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون إنهاء عضويتك في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) **تطوعي** (اختيارك الخاص) أو **غير تطوعي** (ليس اختيارك الخاص):

- قد تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد المغادرة. يقدم القسمان 2 و3 معلومات عن إنهاء عضويتك طواعيةً.
- هناك أيضًا حالات معينة لا يمكنك فيها اختيار المغادرة ولكن يلزمك إنهاء عضويتك. يخبرك القسم 5 بشأن الحالات التي يجب علينا فيها إنهاء عضويتك.

إذا كنت تخطط لمغادرة خطتنا، فيجب أن تستمر خطتنا الاستمرار في توفير الرعاية الطبية والأدوية التي تستلزم وصفة طبية وستستمر في دفع حصتك في التكلفة حتى تنتهي عضويتك.

القسم 2 متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟

القسم 2.1 قد تتمكّن من إنهاء عضويتك لأن لديك Medicare و Medicaid

- يمكن لمعظم الأشخاص لدى خطة Medicare إنهاء عضويتهم فقط في أوقات معينة من العام. نظرًا لأنك مشترك في Medicaid، فيمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة. لديك أيضًا خيارات للتسجيل في خطة Medicare أخرى في أي شهر بما في ذلك:
  - خطة Original Medicare مع خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare،
  - برنامج Original Medicare بدون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة من Medicare (إذا اخترت هذا الخيار، فقد يسجلك Medicare في خطة أدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم الاشتراك التلقائي في التسجيل)، أو
  - إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على خطة SNP-D متكاملة توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة.

ملاحظة: في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية الوصفات الطبية Medicare وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديرة بالحصول على الائتمان لفترة متواصلة تستمر 63 يومًا أو أكثر، فقد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

اتصل بمكتب Medicaid بالولاية لمعرفة خيارات خطة Medicaid (أرقام الهاتف واردة في **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند).

- تتوفر خيارات أخرى لخطة الرعاية الصحية Medicare أثناء **فترة التسجيل السنوية**. يخبرك القسم 2.2 بالمزيد حول فترة التسجيل السنوية.
- **متى ستنتهي عضويتك؟**ستنتهي عضويتك عادة في أول يوم من الشهر بعد تلقينا طلبك لتغيير خططك. وسيبدأ تسجيلك في خطتك الجديدة أيضًا في هذا اليوم.

القسم 2.2 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل السنوية

يمكنك إنهاء عضويتك خلال **فترة التسجيل السنوية** (تُعرف أيضًا باسم فترة التسجيل المفتوح السنوية). خلال هذا الوقت، راجع حالتك الصحية وتغطيتك الدوائية واتخذ قرارًا بشأن التغطية للعام القادم.

- **فترة التسجيل السنوية** من **15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر.**
- **اختر إما الاحتفاظ بتغطيتك الحالية أو إجراء تغييرات على تغطيتك للعام القادم.** إذا قررت التغيير إلى خطة جديدة، فيمكنك اختيار أي نوع من الخطط التالية:
  - خطة صحية أخرى من Medicare، مع تغطية أدوية الوصفات الطبية أو بدون ذلك.
  - خطة Original Medicare مع خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare

أو

  - خطة Original Medicare بدون خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare
- **ستنتهي عضويتك في خطتنا** عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة في الأول من يناير.

إذا تلقيت "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة لك: إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تختر رفض الاشتراك التلقائي.

ملاحظة: إذا ألغيت تسجيلك من تغطية أدوية الوصفات الطبية لبرنامج Medicare وأصبحت بدون تغطية للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، قد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

القسم 2.3 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage

لديك الفرصة لإجراء تغيير واحد بخصوص تغطيتك الصحية خلال **فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage.**

- **فترة التسجيل المفتوحة السنوية لبرنامج Medicare Advantage** من 1 يناير إلى 31 مارس، وكذلك للمستفيدين الجدد من برنامج الرعاية الطبية المسجلين في خطة MA، من شهر الاستحقاق للجزء أ والجزء ب حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق.
- **خلال فترة التسجيل السنوية المفتوحة في Medicare Advantage** يمكنك:
  - الانتقال إلى خطة Medicare Advantage أخرى مع تغطية أدوية الوصفات الطبية أو بدون ذلك.
  - إلغاء التسجيل من خطتنا والحصول على تغطية من خلال Original Medicare. إذا اخترت التبديل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة أدوية منفصلة بوصفة طبية من Medicare في ذلك الوقت.
- **ستنتهي عضويتك** في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تسجيلك في خطة Medicare Advantage مختلفة أو تلقينا طلبك للتبديل إلى Original Medicare. إذا اخترت أيضًا التسجيل في خطة أدوية موصوفة من Medicare، فإن عضويتك في خطة الأدوية ستبدأ في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تلقي خطة الأدوية لطلب تسجيلك.

القسم 2.4 في حالات معيّنة، يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة

في حالات معيّنة، قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك في أوقات أخرى من العام. وتعرف هذه الفترة باسم **فترة التسجيل الخاصة.**

قد تكون مؤهلا لإنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة إذا كان أي من الحالات التالية ينطبق عليك. هذه مجرد أمثلة، وللحصول على القائمة الكاملة، يمكنك الاتصال بالخطة أو ببرنامج Medicare أو زيارة موقع Medicare على الويب (www.medicare.gov):

- عادة، عند انتقالك.
- إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicaid.
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على "Extra Help" لسداد وصفات Medicare الخاصة بك.
- إذا انتهكنا عقدنا معك.

- إذا كنت تتلقى الرعاية في مؤسسة، مثل دار تمريض أو مستشفى الرعاية طويلة الأجل (LTC)
- إذا قمت بالتسجيل في برنامج All-inclusive Care for the Elderly (PACE).

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في برنامج لإدارة الأدوية، فقد لا تتمكّن من تغيير الخطط. يخبرك القسم 1 من الفصل 5 بالمزيد حول برامج إدارة الأدوية.
ملاحظة: يخبرك القسم 2.1 بالمزيد حول فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشتركين في Medicaid.

- **تختلف فترات التسجيل** حسب حالتك.
- **لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لفترة التسجيل الخاصة،** يرجى الاتصال على Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**)، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع. لمستخدمي الهاتف النصي يرجى الاتصال على **1-877-486-2048**. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب حالة خاصة، فيمكنك اختيار تغيير تغطية الأدوية الموصوف وتغطية Medicare الصحية. يمكنك اختيار:
  - خطة صحية أخرى من Medicare، مع تغطية أدوية الوصفات الطبية أو بدون ذلك.
  - خطة Original Medicare مع خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare

أو

  - خطة Original Medicare بدون خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare

ملاحظة: في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية الوصفات الطبية Medicare وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديرة بالحصول على الائتمان لفترة متواصلة تستمر 63 يومًا أو أكثر، فقد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

إذا تلقيت "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة لك: إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تختر رفض الاشتراك التلقائي.

ستنتهي عضويتك عادة في أول يوم من الشهر بعد تلقي طلبك تغيير خطتك.

ملاحظة: يخبرك القسمان 1.2و 2.2 بالمزيد عن فترة التسجيل الخاصة للأشخاص الذين لديهم Medicaid و المساعدة الإضافية (Extra Help).

القسم 2.5 أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول متى يمكنك إنهاء عضويتك؟

إذا كانت لديك أية تساؤلات حول إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- **الاتصال بخدمات الأعضاء.**
- يمكنك العثور على المعلومات في كتيب ***Medicare* وأنت لعام *2025*.**
- تواصل مع **برنامج Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة، وطوال 7 أيام الأسبوع. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048.**

القسم 3 كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟

يوضح الجدول أدناه كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.

إذا كنت تريد الانتقال من خطتنا إلى:	إليك ما يمكنك فعله:
• خطة صحية أخرى خاصة بـ Medicare	• التسجيل في خطة صحية جديدة خاصة بـ Medicare. تبدأ التغطية الجديدة الخاصة بك في أول يوم من الشهر التالي. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.
• خطة Original Medicare بدون خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare	• التسجيل في خطة أدوية الوصفات الطبية الجديدة من Medicare. تبدأ التغطية الجديدة الخاصة بك في أول يوم من الشهر التالي. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا في خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.
• خطة Original Medicare بدون خطة منفصلة لأدوية الوصفات الطبية من Medicare ◦ إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تختر رفض الاشتراك التلقائي. ◦ في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية الوصفات الطبية Medicare وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديرة بالحصول على الائتمان لمدة 63 يوم أو أكثر على التوالي، قد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخرة في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.	• **أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء التسجيل.** اتصل بخدمات الأعضاء إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك. • يمكنك أيضا الاتصال على **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة وطوال 7 أيام الأسبوع، وطلب إلغاء تسجيلك. وعلى مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**. • سيتم إلغاء تسجيلك من خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك Original Medicare.

ملاحظة: إذا ألغيت تسجيلك من تغطية أدوية الوصفات الطبية لبرنامج Medicare وأصبحت بدون تغطية للأدوية الموصوفة طبيًا لمدة 63 يومًا أو أكثر على التوالي، قد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

للاستفسارات المتعلقة بمزايا Medicaid في ولاية Virginia، اتصل بمكتب Medicaid. انظر **الملحق A** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على معلومات الاتصال. اسأل عن كيفية تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى برنامج Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية Medicaid في ولاية Virginia.

القسم 4 حتى تنتهي عضويتك، يتعين عليك مواصلة الحصول على العناصر والخدمات والأدوية الطبية الخاصة بك من خلال خطتنا

حتى تنتهي عضويتك في Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، وتبدأ تغطية Medicare الجديدة، يجب عليك الاستمرار في الحصول على مستلزماتك الطبية وخدماتك والأدوية الموصوفة طبيًا من خلال خطتنا.

- **استمر في استخدام مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.**
- **استمر في استخدام صيدليات الشبكة أو الطلب عبر البريد لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك.**
- **إذا كنت موجودًا بالمستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، فسوف تستمر تغطية إقامتك في المستشفى من خلال خطتنا حتى يمكنك الخروج من المستشفى** (حتى إذا خرجت من المستشفى بعد بدء تغطيتك الصحية الجديدة).

القسم 5 يجب على Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في الخطة في مواقف معينة

القسم 5.1 متى يمكنك إنهاء العضوية الخاصة بك في خطتنا؟

يجب أن تنهي خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) عضويتك في الخطة عند حدوث أي مما يلي:

- إذا لم تعد مشمولًا في الخدمات المغطاة في الجزء (A) والجزء (B) من Medicare.
- إذا لم تكن مستحقًا بعد ذلك لمزايا Medicaid. كما ورد في الفصل 1، القسم 2.1، خطتنا من أجل الأشخاص المستحقين لكل من Medicare وMedicaid. ستستمر خطتنا في تغطية مزايا Medicare الخاصة بك لفترة سماح تصل إلى ستة (6) أشهر إذا فقدت أهلية برنامج Medicaid. تبدأ فترة السماح هذه في اليوم الأول من الشهر بعد علمنا بفقدانك للأهلية وإبلاغك بذلك. إذا لم تسترد برنامج Medicaid في نهاية فترة السماح البالغة ستة (6) شهرا ولم تسجل في خطة مختلفة، فسنقوم بإلغاء تسجيلك من خطتنا وسيتم تسجيلك مرة أخرى في Original Medicare.
- في حال مغادرتك خارج منطقة خدماتنا.
- في حال ابتعادك عن منطقة خدماتنا لمدة تزيد على ستة أشهر.
  - في حال انتقالك أو ذهابك لرحلة طويلة، اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل إليه أو تسافر إليه يقع داخل نطاق خدمة خطتنا.
- إذا أصبحت مسجونا (دخول السجن).
- إذا لم تعد من مواطني الولايات المتحدة أو لم تعد مقيمًا في الولايات المتحدة بصفة شرعية.
- في حالة تقديم معلومات كاذبة أو حجبها عن جهة تأمين أخرى لديك والتي توفر تغطية للأدوية الموصوفة طبيًا.
- في حال إعطائك معلومات غير صحيحة لنا عن عمد عند تسجيلك في خطتنا وهذه المعلومات تؤثر على أهليتك بالنسبة لخطتنا. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)
- في حال تصرفك دائمًا بطريقة تثير المشكلات مما يجعل من الصعب بالنسبة لنا توفير رعاية طبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)
- في حالة السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)
  - في حال قمنا بإنهاء عضويتك لهذا السبب، سيقوم Medicare بالتحقيق في هذه القضية من خلال المفتش العام.
- إذا كنت ملزمًا بدفع مبلغ الجزء (D) الإضافي بسبب دخلك ولم تقم بدفعه، فسوف تعمل Medicare على إلغاء تسجيلك من خطتنا

أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات؟

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول الموعد الذي يمكننا فيه إنهاء عضويتك، فاتصل بخدمات الأعضاء.

القسم 5.2	لا يمكننا مطالبتك بالانسحاب من خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك

لا يُسمح لـ Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) بمطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك.

ما الذي يتعين عليك فعله في حالة حدوث هذا؟
إذا شعرت بأنه تتم مطالبتك بالانسحاب من خطتنا لسبب صحي، فيجب الاتصال ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مدار 24 ساعة، وطوال 7 أيام الأسبوع (الهاتف النصي 1-877-486-2048).

القسم 5.3	لديك الحق في تقديم شكوى في حال إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، يتعين علينا إخطارك بأسباب إنهاء عضويتك كتابةً. يجب علينا أيضاً توضيح كيفية تقديم تظلم او شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك.

الفصل 11
الإشعارات القانونية

القسم 1 إخطار حول القانون الحاكم

القانون الأساسي الذي ينطبق على وثيقة دليل التغطية هذه هو العنوان الثامن عشر بموجب قانون الضمان الاجتماعي والأنظمة التي أنشئت بموجب قانون الضمان الاجتماعي من قبل مراكز خدمات Medicare وMedicaid، أو CMS. بالإضافة إلى ذلك، ربما تطبق بعض القوانين الفيدرالية، وفي ظل ظروف محددة، قوانين الولاية التي تعيش بها. قد تؤثر على الحقوق والمسؤوليات الخاصة بك حتى إذا كان القانون غير مذكور أو موضح في هذا المستند.

القسم 2 إخطار بشأن عدم التمييز

لا نمارس التمييز على أساس العرق أو الإثنية، أو الأصل الوطني، أو اللون أو الدين، أو الجنس، أو النوع، أو العمر، أو التوجه الجنسي أو الإعاقة الذهنية، أو البدنية، أو الحالة الصحية، أو تجربة المطالبات، أو السجل الطبي، أو المعلومات الوراثية، أو دليل على قدرة التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. يجب على كافة المؤسسات التي توفر خطط Medicare Advantage مثل خطتنا اتباع القوانين الفيدرالية المناهضة للتمييز، والتي تتضمن العنوان السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لسنة 1973، وقانون التمييز ضد السن لسنة 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقات والقسم 1557 من قانون الرعاية بأسعار معقولة وكافة القوانين الأخرى التي تطبق على المؤسسات التي تحصل على تمويل فيدرالي وأي قوانين وقواعد أخرى تطبق لأي سبب آخر.

إذا أردت الحصول على مزيد من المعلومات، أو إذا كانت لديك مخاوف تتعلق بالتمييز أو المعاملة غير العادلة، فيرجى الاتصال على **مكتب الحقوق المدنية** التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (الهاتف النصي 1-800-537-7697) أو المكتب المحلي للحقوق المدنية. يمكنك أيضا مراجعة معلومات من 'Department of Health and Human Services **Office for Civil Rights** (مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، على https://www.hhs.gov/ocr/index.html.

إذا كانت لديك إعاقة وكنت بحاجة إلى مساعدة مع إمكانية الحصول على رعاية، فيرجى الاتصال بنا على "خدمات الأعضاء" إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فيمكن لقسم "خدمات الأعضاء" تقديم المساعدة.

القسم 3 إخطار حول حقوق إحلال المسدد الثانوي من Medicare

لدينا الحق والمسؤولية في جمع خدمات Medicare المغطاة التي لم يكن Medicare المسدد الأساسي لها. وفقًا للوائح CMS في القسمين 108.422 و462.423 من العنوان 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية، فإن خطة Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)، بصفتها منظمة تابعة لـ Medicare Advantage ستمارس نفس الحقوق الخاصة باستعادة ممارسات الأمين العام الموجودة ضمن لوائح CMS في الأجزاء الفرعية (B) حتى (D) للجزاء 411 الخاص بالعنوان 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية والقواعد التي تم إنشاؤها في هذا القسم والتي تحل محل أي قانون من قوانين الولاية.

في بعض الأحوال، يجب على الأطراف الأخرى دفع تكاليف الرعاية الطبية الخاصة بك قبل خطة Medicare Advantage الخاصة بك. في هذه الحالات، قد تدفع خطة Medicare Advantage الخاصة بك، ولكن لها الحق في استرداد المدفوعات من هذه الأطراف الأخرى. قد لا تكون خطط Medicare Advantage هي الدافع الأساسي للرعاية الطبية التي تتلقاها. تشمل هذه المواقف تلك التي يعتبر فيها برنامج Medicare الفيدرالي دافعًا ثانويًا بموجب قوانين برنامج Medicare Secondary Payer. للحصول على معلومات حول برنامج الدفع الثانوي الفيدرالي لبرنامج Medicare، لدى Medicare كتيبًا يحتوي على معلومات عامة حول ما يحدث عندما يكون لدى الأشخاص الذين يستخدمون Medicare تأمينًا إضافيًا. يطلق عليه *Medicare* والمزايا الصحية الأخرى: *Your Guide to Who Pays First* (دليلك إلى من يدفع أولاً) (رقم النشر *02179*). يمكنك الحصول على نسخة عن طريق الاتصال بـ 1-800-MEDICARE، على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال 7 أيام الأسبوع، أو عن طريق زيارة موقع الويب www.medicare.gov

تستند حقوق الخطة في الاسترداد في هذه الحالات إلى شروط عقد الخطة الصحية هذا، بالإضافة إلى أحكام القوانين الفيدرالية التي تحكم برنامج Medicare. دائمًا ما تكون تغطية خطة Medicare Advantage الخاصة بك ثانوية بالنسبة لأي دفعة يتم سدادها أو من المتوقع إجراؤها بشكل معقول بموجب:

- قانون أو خطة تعويض العمال في الولايات المتحدة أو ولاية،
- أي تأمين غير قائم على الأخطاء، بما في ذلك التأمين على السيارات والتأمين بدون أخطاء وتأمين المدفوعات الطبية،
- أي بوليصة أو خطة تأمين ضد المسؤولية (بما في ذلك خطة التأمين الذاتي) صادرة بموجب سياسة أو تغطية أي سيارة أو أي نوع آخر من السياسة أو التغطية، و
- أي بوليصة أو خطة تأمين على السيارات (بما في ذلك خطة التأمين الذاتي)، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تغطية السائقين غير المؤمن عليهم وليس لهم تأمين.

نظرًا لأن خطة Medicare Advantage الخاصة بك دائمًا ما تكون ثانوية لأي تغطية خالية من الأخطاء في السيارة (الحماية من الإصابات الشخصية) أو تغطية المدفوعات الطبية، يجب عليك مراجعة سياسات التأمين على السيارات الخاصة بك للتأكد من اختيار أحكام السياسة المناسبة لجعل تغطية السيارة الخاصة بك أساسية لعلاجك الطبي الناشئ من حادث سيارة.

كما هو موضح هنا، في هذه الحالات، قد تقوم خطة Medicare Advantage الخاصة بك بدفع مدفوعات نيابة عنك لهذه الرعاية الطبية، وفقًا للشروط المنصوص عليها في هذا الحكم لخطة استرداد هذه المدفوعات منك أو من أطراف أخرى. فور إجراء أي دفعة مشروطة، سيتم استبدال خطة Medicare Advantage الخاصة بك لتحل محل جميع حقوق الاسترداد التي تتمتع بها ضد أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو حالتك أو ضد أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة كدافع أساسي أعلاه.

بالإضافة إلى ذلك، إذا تلقيت مدفوعات من أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو حالتك أو تلقيت مدفوعات من أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة على أنها دافع رئيسي أعلاه ، فإن خطة Medicare Advantage الخاصة بك لها الحق في الاسترداد من، وأن يتم تعويضك عن جميع المدفوعات المشروطة التي قدمتها الخطة أو ستدفعها نتيجة لتلك الإصابة أو المرض أو الحالة.

ستحصل خطة Medicare Advantage الخاصة بك تلقائيًا على امتياز، إلى حد المزايا التي دفعتها لعلاج الإصابة أو المرض أو الحالة عند أي استرداد سواء عن طريق التسوية أو الحكم أو غير ذلك. يجوز فرض الحجز على أي طرف يمتلك أموالًا أو عائدات تمثل مبلغ المزايا التي تدفعها الخطة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، أنت أو ممثليك أو وكلائك أو أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو الحالة أو أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مُدرجة على أنها دافع أساسي أعلاه.

بقبول المزايا (سواء تم دفع هذه المزايا لك أو نيابة عنك إلى أي مقدم رعاية صحية) من خطة Medicare Advantage الخاصة بك، فإنك تقر بأن حقوق استرداد الخطة هي مطالبة ذات أولوية أولى ويجب دفعها للخطة قبل أي مطالبة أخرى بالتعويض عن الأضرار التي لحقت بك. يحق للخطة استرداد كامل على أساس الدولار الأول من أي مدفوعات، حتى لو كان هذا الدفع للخطة سيؤدي إلى استرداد لك غير كافٍ لدفع لك كليًا أو لتعويضك جزئيًا أو كليًا عن الأضرار التي لحقت بك. خطة Medicare Advantage الخاصة بك غير مطلوبة للمشاركة في أو دفع تكاليف المحكمة أو أتعاب المحاماة لأي محام تقوم بتعيينه لمتابعة مطالبات الضرر الخاصة بك.

يحق لخطة Medicare Advantage الخاصة بك الحصول على استرداد كامل بغض النظر عما إذا كان أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو حالتك أو أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة على أنها دافع أساسي أعلاه. يحق للخطة الاسترداد الكامل بغض النظر عما إذا كانت التسوية أو الحكم الذي تتلقاه يحدد المزايا الطبية التي قدمتها الخطة أو تزعم تخصيص أي جزء من هذه التسوية أو الحكم لدفع المصاريف بخلاف النفقات الطبية. يحق لخطة Medicare Advantage استرداد من أي وجميع التسويات أو الأحكام، حتى تلك المخصصة للألم والمعاناة والأضرار غير الاقتصادية و/ أو الأضرار العامة فقط.

يجب أن تتعاون أنت وممثليك القانونيون بشكل كامل مع جهود الخطة لاسترداد المزايا المدفوعة. من واجبك إخطار الخطة في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديم إخطار إلى أي طرف، بما في ذلك شركة التأمين أو المحامي، بخصوص نيتك في متابعة مطالبة أو التحقيق فيها لاسترداد الأضرار أو الحصول على تعويض بسبب إصابة أو مرض أو حالة تكبدتها، قدمنا من طرفنا المزايا من أجلها. يجب أن تقدم أنت ووكلاؤك أو ممثليك جميع المعلومات التي تطلبها الخطة أو ممثلوها. لا يجوز لك فعل أي شيء يمس باستبدال خطة Medicare

Advantage المتعلقة بالحلول أو مصلحة الاسترداد الخاصة بك أو الإضرار بقدرة الخطة على إنفاذ شروط هذا الحكم. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الامتناع عن إجراء أي تسوية أو استرداد يحاول تقليل أو استبعاد التكلفة الكاملة لجميع المزايا التي توفرها الخطة.

قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة أو الفشل في مساعدة خطة Medicare Advantage الخاصة بك في متابعة حقوق الحلول أو الاسترداد إلى أن تكون مسؤولاً بشكل شخصي عن تعويض الخطة عن المزايا المدفوعة المتعلقة بالإصابة أو المرض أو الحالة وكذلك رسوم محامي الخطة والتكاليف المتكبدة في الحصول على تعويض منك. لمزيد من المعلومات ، راجع 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(ii) وقوانين Medicare.

القسم 4 إخطار بشأن استرداد المدفوعات الزائدة

إذا فاقت المزايا المدفوعة بواسطة دليل التغطية هذا، بالإضافة إلى المزايا المدفوعة من قبل الخطط الأخرى، بما يتجاوز المبلغ الإجمالي للنفقات، يحق لـ Aetna استرداد مبلغ هذه الدفعة الزائدة من بين واحد أو أكثر مما يلي: (1) أي شخص سددت إليه هذه المبالغ أو سددتها لصالحه؛ (2) الخطط الأخرى؛ أو (3) أي كيان آخر سددت إليه هذه المبالغ. يُمارس حق الاسترداد هذا وفقًا لتقدير Aetna. يجب عليك تحرير أي وثائق والتعاون مع Aetna لضمان حقها في استرداد هذه المدفوعات الزائدة، بناء على طلب من Aetna.

القسم 5 قرارات التغطية الوطنية

تضيف خطة Medicare أحيانًا تغطية للخدمات الجديدة خلال العام ضمن برنامج Original Medicare. في حالة إضافة Medicare لتغطية لأي خدمات خلال العام 2025، فستُغطى تلك الخدمات إما من Medicare وإما من خلال خطتنا. عندما نتلقى تحديثات التغطية من Medicare، يطلق عليها "قرارات التغطية الوطنية"، سننشر تحديثات التغطية على موقعنا على الويب AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp. يمكنك أيضا الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على تحديثات التغطية التي تم نشرها لسنة المزايا.

الفصل 12
تعريفات المصطلحات المهمة

مركز الخدمات الجراحية السامحة بالتجول - مركز الخدمات الجراحية السامحة بالتجول هو كيان يعمل بشكل حصري لغرض تأثيث الخدمات الجراحية في عيادات المرضى الخارجية ولا تتطلب دخول المستشفى حيث من المتوقع البقاء في المركز لمدة لا تتجاوز 24 ساعة.

الالتماس- الالتماس هو إجراء تفعله إذا كنت لا توافق على قرارنا حول رفض طلب تغطية خدمات الرعاية الصحية أو أدوية الوصفات الطبية أو السداد مقابل الخدمات أو الأدوية التي استلمتها بالفعل. يمكنك أيضًا تقديم التماس إذا كنت لا تتفق مع قرارنا لوقف الخدمات التي تتلقاها.

فترة المزايا- الطريقة التي تقيس بها كل من خطتنا وبرنامج Original Medicare استخدامك لخدمات مرفق الرعاية التمريضية الماهرة. تبدأ فترة المزايا من اليوم الذي تنتقل فيه إلى مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة. تنتهي فترة المزايا عندما لا تتلقى أي العناية المتخصصة في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) لمدة 60 يومًا على التوالي. في حالة الانتقال إلى مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة بعد انتهاء فترة المزايا، تبدأ فترة مزايا جديدة. ليس هناك حد لعدد فترات المزايا.

المنتج البيولوجي – دواء موصوف طبيًا مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك تسمى الأشكال البديلة بالبدائل الحيوية. (انظر أيضًا **"منتج بيولوجي أصلي"** و **"مشابه حيويًا"**)

دواء حيوي مماثل - منتج بيولوجي مشابه جدًا، ولكن ليس مطابقًا، للمنتج البيولوجي الأصلي. المنتجات الحيوية المماثلة آمنة وفعالة مثل المنتج البيولوجي الأصلي. يمكن استبدال بعض المنتجات البيولوجية المماثلة بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة (انظر **"دواء حيوي قابل للتبادل"**).

دواء يحمل اسمًا تجاريًا - هو دواء وصفة طبية تم تصنيعه وبيعه من قبل شركة قامت بعمل أبحاث وتطوير الدواء في الأساس. تحتوي الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا على نفس المكونات النشطة كإصدارات عامة من الأدوية. ومع ذلك، يتم تصنيع الأدوية الجنيسة وبيعها من قبل شركات تصنيع الأدوية الأخرى، وعادة ما تكون غير متوفرة حتى بعد انتهاء صلاحية براءة الاختراع على دواء يحمل اسمًا تجاريًا.

مرحلة التغطية في حالة الكوارث- المرحلة في الجزء "د" من مزاي الأدوية التي تبدأ عندما تنفق أنت (أو أي أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) $2,000 على الأدوية المغطاة من الجزء "د" خلال السنة المغطاة. خلال مرحلة الدفع هذه، تدفع الخطة التكلفة الكاملة الأدوية المغطاة في الجزء (D). لا تدفع شيئًا.

مراكز خدمات Medicaid (CMS)و Medicare - الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن إدارة Medicare.

خطة الاحتياجات الخاصة للرعاية المزمنة - SNPs-C هي SNPs التي تقيد التسجيل على الأفراد المؤهلين لبرنامج MA الذين لديهم واحد أو أكثر من الحالات المزمنة الشديدة أو المعيقة، كما هو محدد بموجب 42 CFR 2.422، بما في ذلك تقييد التسجيل بناءً على مجموعات الحالات المرضية المشتركة والمرتبطة سريريًا المتعددة والمحددة في 42 CFR 422.4(a)(1)(iv).

التأمين المشترك- هو مبلغ ربما يُطلب منك سداده، معبرًا عنه كنسبة مئوية (على سبيل المثال 20%) كحصتك من التكلفة مقابل الخدمات أو أدوية الوصفات الطبية بعد دفع أي مبلغ من الخصومات.

الشكوى- الاسم الرسمي لتقديم شكوى هو **تقديم تظلم.** تُستخدم عملية تقديم الشكوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. هذا يتضمن المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية الطبية وفترات الانتظار وخدمة العملاء التي تتلقاها. وتشمل أيضا الشكاوى إذا كانت خطتك لا تتبع الفترات الزمنية في عملية الالتماس.

مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) - المرفق الذي يوفر بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد مرض ما أو إصابة، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية والمعالجة التنفسية والعلاج المهني وخدمات اضطراب النطق والتخاطب وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

المشاركة في السداد (المشاركة في الدفع) - هو مبلغ ربما يطلب منك سداده كحصتك في التكلفة مقابل الخدمة الطبية أو الإمداد، مثل زيارة الطبيب، أو زيارة المستشفى للمرضى الخارجيين أو أدوية الوصفات الطبية. المشاركة في السداد هو مبلغ محدد (على سبيل المثال 10$)، بدلا من النسبة المئوية.

تقاسم التكلفة - يشير تقاسم التكلفة إلى المبالغ التي يجب على العضو سدادها عند تلقي الخدمات أو الأدوية. يتضمن تقاسم التكلفة أي مزيج من أنواع السداد الثلاثة التالية: (1) أي مبلغ خصم ربما تفرضه الخطة قبل خضوع الخدمات أو الأدوية للتغطية؛ (2) أي قيمة ثابتة تتعلق بالمشاركة في السداد حيث تحتاج إليه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء محدد؛ أو (3) أي مبلغ متعلق بتأمين مشترك، وهو نسبة مئوية من إجمالي المبلغ الذي تم سداده مقابل خدمة أو دواء حيث تحتاج إليه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين.

حكم التغطية- قرار حول ما إذا كانت أدوية الوصفات الطبية خاضعة للتغطية بواسطة الخطة والمبلغ، إن وجد، فأنت مطالب بسداد الوصفة الطبية. بشكل عام، إذا أحضرت الوصفة الطبية إلى الصيدلية وأخبرتك الصيدلية أن الوصفة الطبية غير خاضعة للتغطية ضمن خطتك، فإن هذا ليس حكم التغطية. يلزمك الاتصال أو الكتابة إلى خطتك لكي تطلب منها قرارًا رسميًا حول التغطية. ويطلق على عمليات أحكام التغطية أيضًا قرارات التغطية في هذه الوثيقة.

الأدوية المغطاة- هو المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع أدوية الوصفات الطبية المغطاة من خلال خطتنا.

الخدمات المغطاة- هو المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات ومستلزمات الرعاية الصحية الخاضعة للتغطية بواسطة خطتنا.

تغطية أدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان- تغطية أدوية الوصفات الطبية (على سبيل المثال من صاحب عمل أو نقابة) حيث من المتوقع أن يتم السداد في المتوسط أو على الأقل بقدر تغطية أدوية الوصفات الطبية الخاصة بمعايير Medicare. الأشخاص الذين لديهم هذا النوع من التغطية عندما يصبحون مؤهلين لـ Medicare يمكنهم البقاء بشكل عام على هذه التغطية دون سداد غرامة، إذا قرروا التسجيل في تغطية أدوية الوصفات الطبية من Medicare لاحقًا.

الرعاية المتحفظة- الرعاية المتحفظة هي رعاية شخصية متوفرة داخل دار التمريض أو رعاية المتحضرين أو أي مرفق آخر عندما لا تحتاج إلى رعاية طبية حاذقة أو رعاية تمريضية حاذقة. تشمل الرعاية المتحفظة، التي يقدمها أشخاص ليس لديه مهارات أو تدريب مهني، المساعدة في أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام والجلوس على السرير/الكرسي أو النهوض من عليه، والتحرك واستخدام الحمام. ربما يتضمن أيضًا نوع من الرعاية المتعلقة بالصحة التي يؤديها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. لا تسدد Medicare مقابل الرعاية المتحفظة.

سعر تقاسم التكلفة اليومي - يمكن تطبيق سعر تقاسم التكلفة اليومي عندما يصف طبيبك إمدادًا أقل من شهر كامل لأدوية معينة لك وأنت مطالب بسداد مبلغ المشاركة في السداد. السعر اليومي لتقاسم التكلفة هو المشاركة في سداد التكاليف مقسومًا على عدد الأيام في إمداد الشهر. فما يلي مثال على ذلك: إذا كانت المشاركة في السداد لتوفير إمدادات شهر واحد من الدواء هو 30 دولارًا وإمدادات من الأدوية لشهر واحد في الخطة الخاصة بك 30 يومًا، فعندئذٍ يكون "السعر اليومي لتقاسم التكلفة" هو 1 دولار لليوم الواحد.

قابلية الخصم - المبلغ الذي يجب عليك سداده مقابل حصولك على الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تبدأ خطتنا في السداد.

إلغاء التسجيل -هي عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

رسوم صرف العلاج - هو رسوم تكاليف الدواء الخاضع للتغطية في كل مرة حيث يتم صرف العلاج لسداد تكلفة صرف الوصفات الطبية، مثل وقت الصيدلي لتحضير الوصفة الطبية وتعبئتها.

الأفراد المؤهلون بشكل مزدوج - الشخص المؤهل للحصول على تغطية Medicare و Medicaid.

Dual Eligible Special Needs Plans (D-SNP) - نوع من الخطة التي تسجل الأفراد الذين يحق لهم الحصول على كل من Medicare (العنوان XVIII من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الدولة بموجب Medicaid (العنوان XIX). تغطي الولايات بعض أو كل تكاليف Medicare، وذلك حسب الولاية وأهلية الفرد.

المعدات الطبية المعمرة (DME) -هي معدات طبية محددة يتم طلبها بواسطة طبيبك من أجل أسباب طبية. تشتمل الأمثلة على المشايات أو الكراسي المتحركة أو العكازات أو أنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة أو المستلزمات المتعلقة بداء السكري أو مضخات التسريب الوريدي أو الأجهزة المساعدة على الكلام أو جهاز الأكسجين أو الرذاذات أو أسرَّة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل.

الطوارئ - تكون حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب بأنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى العناية الطبية الفورية للحيلولة دون الوفاة (وإذا كنت امرأة حامل، فقد طفل لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو حدوث ضعف خطير بها. يمكن أن تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم حاد أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

رعاية الطوارئ - يقصد بها الخدمات الخاضعة للتغطية التالية: (1) مقدمة من قبل مقدم خدمات مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ؛ و(2) ضرورية لعلاج أو تقييم أو استقرار حالة طبية طارئة.

دليل التغطية (EOC) ومعلومات الإفصاح- هذه الوثيقة مع نموذج التسجيل وغير ذلك من المرفقات أو الملاحق أو وثائق التغطية الاختيارية المحددة التي توضح تغطيتك وما يجب علينا القيام به وحقوقك وما يجب عليك القيام به كعضو في خطتنا.

الاستثناء - هو أحد أنواع قرار التغطية الذي إذا تمت الموافقة عليه، يسمح لك بالحصول على دواء ليس في كتيب وصفاتنا (استثناء الوصفة)، أو الحصول على دواء غير مفضل بمستوى أقل من مشاركة التكلفة (استثناء المستوى). يمكنك أيضًا طلب استثناء إذا كان راعي خطتنا يتطلب منك تجربة دواء آخر قبل تلقي الدواء الذي تطلبه، إذا كانت خطتنا تتطلب تصريحًا مسبقًا للدواء وتريد منا التنازل عن قيد المعايير، أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية أو جرعة الدواء المطلوب (استثناء كتيب الوصفات).

Extra Help "المساعدة الإضافية" - برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخول والموارد المحدودة في سداد تكاليف برامج أدوية الوصفة الطبية من Medicare مثل الأقساط والخصومات والتأمين المشترك.

الدواء الجنيس - تعرف بأدوية الوصفة الطبية التي يتم اعتمادها من قبل إدارة الأغذية والأدوية (FDA) والتي لديها نفس المكونات النشطة مثل أدوية ذات علامة تجارية. بوجه عام، يعمل الدواء العام مثل عمل الدواء ذي اسم علامة تجارية وعادة ما تكون تكلفته أقل.

مؤسسة الصيانة الصحية (HMO) – نوع من خطة الرعاية المدارة ضمن برنامج Medicare حيث توافق مجموعة من الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين على تقديم الرعاية الصحية للمستفيدين من Medicare مقابل مبلغ محدد من المال من Medicare كل شهر. يتعين عليك عادة الحصول على رعايتك من مقدمي الخدمات في الخطة.

المُسعف المنزلي - هو شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات الممرضة المعتمدة أو المعالج المعتمد، مثل المساعدة بشأن الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام أو استخدام الحمام أو ارتداء الملابس أو القيام بالتدريبات الموصوفة).

دار رعاية المحتضرين – ميزة توفر علاجًا خاصًا للعضو الذي تم اعتماده طبيًا بأنه يعاني من مرض عضال، وهذا يعني أن متوسط عمره المتوقع هو 6 أشهر أو أقل. يجب علينا بالإضافة إلى خطتك، أن نوفر لك قائمة من دور رعاية المحتضرين في المنطقة الجغرافية الخاصة بك. في حالة تحديد دار رعاية المحتضرين والاستمرار في دفع الأقساط، ستستمر عضويتك في خطتنا. لا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات اللازمة طبيًا فضلاً عن الفوائد الإضافية التي نقدمها.

إقامة المرضى الداخليين بالمستشفى - إنه مصطلح يستخدم عند إدخالك رسميًا إلى المستشفى للحصول على الخدمات الطبية المتخصصة. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا.

مبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل (IRMAA) - إذا كان إجمالي الدخل المعدل كما هو موضح في إقرار ضريبة الدخل الخاص بك منذ عامين تجاوز مبلغًا معينًا، فسوف تدفع مبلغ القسط القياسي ومبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل، والمعروف أيضًا كما IRMAA. IRMAA هو رسوم إضافية تضاف إلى قسطك. أقل من 5% من الأشخاص مع Medicare متأثرين، ولذلك معظم الأشخاص لن يسددوا قسط مرتفع.

جمعيات الممارسات المستقلة (IPA) – IPA، أو رابطة الممارسات المستقلة، هي مجموعة مستقلة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بموجب عقد لتقديم الخدمات لأعضاء مؤسسات الرعاية المدارة. (اطلع على الفصل 1، القسم 6).

مرحلة التغطية المبدئية - هذه المرحلة تكون قبل أن تصل التكاليف النثرية من جيبك لهذا العام إلى الحد الأقصى الذي يمكنك تحمله.

فترة التسجيل المبدئية - عندما تكون مؤهلاً أولًا لبرنامج Medicare، فتكون تلك الفترة التي يمكنك الاشتراك فيها في الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare، على سبيل المثال إذا كنت مؤهلاً لـ Medicare عند بلوغك 65 عامًا، فإن فترة التسجيل الأولية تكون 7 شهور تبدأ من أول 3 شهور قبل الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا، بما في ذلك الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا وتنتهي مع آخر 3 شهور بعد الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا.

الخطة المؤسسية لذوي الاحتياجات الخاصة (SNP) – خطة تسجل الأفراد المؤهلين الذين يقيمون بشكل مستمر أو من المتوقع أن يقيموا بشكل مستمر لمدة 90 يوما أو أكثر في مرفق الرعاية طويلة الأجل (LTC). قد تشمل هذه المرافق مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF) ومرفق التمريض (NF) (SNF/NF) ومرفق الرعاية المتوسطة للأفراد ذوي الإعاقات الذهنية (IID/ICF) ومرفق الطب النفسي للمرضى الداخليين و/أو المرافق المعتمدة من CMS التي تقدم خدمات رعاية صحية مماثلة طويلة الأجل مغطاة بموجب الجزء (A) من برنامج Medicare أو من الجزء (B) من Medicare أو Medicaid؛ والمقيمين الذين لديهم احتياجات وحالة رعاية صحية مماثلة لأنواع المرافق الأخرى المحددة. يتعين أن يكون لخطة الاحتياجات الخاصة المؤسسية ترتيب تعاقدي مع (أو تملك وإدارة) مرفق (مرافق) تابع لخطة LTC المحددة.

Institutional Equivalent Special Needs Plan (SNP) - خطة تسجل الأفراد المؤهلين الذين يعيشون في المجتمع ولكنهم يحتاجون إلى مستوى مؤسسي من الرعاية بناء على تقييم الدولة. يجب إجراء التقييم باستخدام نفس أداة تقييم مستوى الرعاية في الولاية المعنية وإدارتها من قبل كيان آخر غير المنظمة التي تقدم الخطة. قد يقيد هذا النوع من خطط الاحتياجات الخاصة التسجيل على الأفراد الذين يقيمون في إحدى مرافق المعيشة المدعومة المتعاقد عليها (ALF) إذا لزم الأمر لضمان تقديم رعاية متخصصة بشكل موحد.

التظلم المتكامل- نوع من الشكوى تقدمه ضد خطتنا أو مقدمي الخدمات أو الصيدليات، بما في ذلك تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية المقدمة لك. هذا لا ينطوي على تغطية أو نزاعات الدفع.

قرار المنظمة المتكامل– هو قرار تتخذه خطتنا بشأن ما إذا تمت تغطية الخدمات أو البنود أو المبالغ المالية التي يجب عليك دفعها مقابل الخدمات أو البنود المغطاة. ويطلق على قرارات المؤسسة أيضًا "قرارات التغطية" في هذه الوثيقة.

D-SNP المتكامل - SNP-D الذي يغطي Medicare ومعظم أو كل خدمات Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من Medicare و Medicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد أيضًا باسم الأفراد المؤهلين للحصول على المزايا الكاملة.

دواء حيوي مماثل قابل للتبديل - منتج حيوي مماثل يمكن استخدامه كبديل لمنتج حيوي مماثل أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبي المتطلبات الإضافية المتعلقة بإمكانية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات أو "قائمة الأدوية")- هي قائمة من أدوية الوصفات الطبية الخاضعة للتغطية بواسطة الخطة.

إعانة الدخل المنخفض (LIS)-ارجع إلى "المساعدة الإضافية".

برنامج خصم الشركة المصنعة - برنامج يدفع بموجبه مصنعو الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة للأدوية ذات العلامات التجارية والبيولوجية المغطاة في الجزء (D). تعتمد الخصومات على الاتفاقيات بين الحكومة الفيدرالية وشركات الأدوية.

الحد الأقصى للمبلغ المدفوع من الجيب والأموال الخاصة – أقصى ما تدفعه من جيبك وأموالك الخاصة خلال السنة التقويمية مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. لا يتم احتساب أقساط الجزء أ والجزء ب من برنامج التأمين الصحي ميديكير (Medicare) والأدوية الموصوفة في الحد الأقصى للمبلغ المدفوع. **(ملاحظة:** بسبب حصول أعضائنا أيضًا على مساعدة من Medicaid، ستجد قلة من الأعضاء هم من يصلوا إلى الحد الأقصى من المبالغ النثرية.)

Medicaid (أو المساعدة الطبية) - برنامج فيدرالي وتابع لحكومة الولاية مشترك والذي يساعد في التكاليف الطبية لذوي الدخول والموارد المحدودة. تختلف برامج Medicaid من ولاية لأخرى، ولكن يتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية في حالة أنك تحقق شروط Medicare وMedicaid.

مقتضى مقبول طبيًا- يعد استخدام الدواء إما معتمد من إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية أو مدعوم بمراجع معينة، مثل American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

الضرورة الطبية - الخدمات الطبية أو المستلزمات أو الأدوية اللازمة للوقاية، وللتشخيص أو العلاج والمقبولة حسب معايير الممارسات الطبية.

Medicare – هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأفراد الأقل من 65 عامًا من ذوي الإعاقة والأشخاص بالمرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (عمومًا، هؤلاء المصابون بالفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل أو زرع كُلى).

فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage - الفترة الزمنية اعتبارًا من 1 يناير حتى 31 مارس عندما يمكن للأعضاء في خطة Medicare Advantage إلغاء التسجيل في خطتهم والتحول إلى خطة Medicare Advantage أخرى، أو الحصول على تغطية من خلال Original Medicare. إذا اخترت التبديل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة أدوية منفصلة بوصفة طبية من Medicare في ذلك الوقت. كما تكون فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage متاحة أيضًا لمدة 3 أشهر بعد أن يكون الفرد مؤهلاً أولاً للحصول على Medicare.

خطة Medicare Advantage (MA) – أحيانًا يطلق عليها الجزء (C) من Medicare. وهي خطة تقدمها شركة خاصة متعاقدة مع Medicare لتقديم كل مزايا الجزء (A) والجزء (B) من Medicare. يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage عبارة عن i. HMO، أو ii. منظمة مقدمي الرعاية المفضلين، أو iii. خطة رسوم خاصة مقابل الخدمة (PFFS)، أو iv. خطة حساب التوفير الطبي (MSA) Medicare. إلى جانب الاختيار من بين هذه الأنواع من الخطط، يمكن أن تكون خطة HMO أو PPO من Medicare Advantage Plan أيضًا Special Needs Plan (SNP). في معظم الحالات، خطط Medicare Advantage Plan تقدم أيضًا الجزء (D) من Medicare (تغطية أدوية الوصفات). يطلق على هذه الخطط اسم **Medicare Advantage Plans مع تغطية الأدوية الموصوفة.**

الخدمات الطبية التي تغطيها Medicare - الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare. يجب أن تغطي جميع الخطط الصحية من Medicare جميع الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare. لا يتضمن مصطلح Covered Services-Medicare المزايا الإضافية، مثل الرؤية أو الأسنان أو السمع، التي قد تقدمها خطة **Medicare Advantage Plans**.

خطة Medicare للتأمين الصحي - تقدمها شركة خاصة متعاقدة مع Medicare لتوفير مزايا الجزء (A) والجزء (B) للأشخاص المشتركين في الخطة. هذا المصطلح يتضمن كل خطط Medicare Advantage، وخطط Medicare Cost Plans وخطط الاحتياجات الخاصة والبرامج التوضيحية/والتجريبية وبرامج التغطية الشاملة للخدمات الصحية لكبار السن (PACE).

تغطية Medicare للأدوية الموصوفة طبيًا (الجزء (D) من Medicare) - تأمين للمساعدة في دفع تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا واللقاحات والعلاج العضوي وبعض المواد غير المغطاة تحت الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare.

سياسة Medigap (تأمين Medicare للمكملات الغذائية) - يتم بيع تأمين Medicare للمكملات الغذائية من خلال شركات تأمين خاصة لتعويض "الفجوات" الموجودة بتأمين Original Medicare. سياسات Medigap تطبق فقط على تأمين Original Medicare. (خطة Medicare Advantage لا تعتبر خطة Medigap).

العضو (عضو في خطتنا أو عضو تابع للخطة) - هو شخص ذو عضوية في Medicare ومؤهل للحصول على الخدمات المغطاة وهو مسجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من خلال مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS).

خدمات الأعضاء – هو قسم بخطتنا مسؤول عن الإجابة على تساؤلاتك حول عضويتك ومزاياك والتظلمات والالتماسات.

الشبكه – مجموعة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين تتعاقد معهم خطتنا لتقديم الخدمات المغطاة لأعضائها (انظر الفصل 1، القسم 2.3). مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم متعاقدون مستقلون وليسوا وكلاء لخطتنا.

الصيدلية التابعة للشبكة – هي صيدلية تتعاقد مع خطتنا حيث يمكن لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا. في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية فقط إذا قمت بصرفها من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا.

مقدم الرعاية التابعة للشبكة - "مقدم الخدمات" هو مصطلح عام نستخدمه للأطباء، وغيرهم من الأخصائيين الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية، والمستشفيات، ومرافق الرعاية الصحية الأخرى المرخصة أو المعتمدة من قبل Medicare ومن قبل الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. **مقدمو الرعاية التابعة للشبكة** يعقدون اتفاقًا مع خطتنا لقبول مدفوعاتنا كدفعة كاملة، وفي بعض الحالات لتنسيق الخدمات المغطاة لأعضاء خطتنا وتقديمها. يطلق أيضًا على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة "مقدمو خدمات الخطة".

الخدمات غير المغطاة من قبل Medicare - الخدمات التي لا تتم تغطيتها عادة عندما تكون مسجلًا في برنامج Original Medicare. هذه عادة ما تكون مزايا إضافية قد تتلقاها كعضو في خطة Medicare Advantage.

المنتج البيولوجي الأصلي - منتج بيولوجي تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) ويستخدم للمقارنة للشركات المصنعة التي تصنع نسخة مماثلة بيولوجيًا. ويسمى أيضًا منتجًا مرجعيًا.

Original Medicare (خطة Medicare التقليدية، أو خطة Medicare مدفوعة الخدمات) - تقدم الحكومة برنامج Original Medicare ، وهو ليس خطة تأمين صحية كخطط Medicare Advantage وخطط الأدوية الموصوفة طبيًا. بموجب Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare من خلال قيام الأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية بدفع المبالغ المحددة من قِبل الهيئة. يمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. عليك دفع المبلغ بعد الخصم. تقوم Medicare بدفع حصتها المحددة، وأنت تقوم بدفع حصتك. لدى Original Medicare جزءان: الجزء A (تأمين المستشفى) والجزء B (التأمين الصحي) وهي متاحة في كل مكان بالولايات المتحدة.

صيدلية خارج نطاق الشبكة - هي الصيدلية التي لم تتعاقد مع خطتنا لتنسيق أو تقديم الأدوية المغطاة لأعضاء خطتنا. معظم الأدوية التي حصلت عليها من صيدليات خارج نطاق شبكتنا غير مغطاة من جانب خطتنا ما لم تنطبق حالات معينة.

مقدم خدمات أو مرفق من خارج نطاق الشبكة - هو مقدم الخدمات أو المرفق الذي لم يتعاقد مع خطتنا لتنسيق او تقديم الخدمات المغطاة لأعضاء خطتنا. مقدمو الخدمات من خارج نطاق الشبكة هم مقدمو خدمات لا يتم توظيفهم أو تشغيلهم من جانب خطتنا أو لا يتبعونها.

التكاليف النثرية- راجع تعريف تقاسم التكلفة أعلاه. يُشار أيضًا إلى متطلبات مشاركة العضو في التكلفة لسداد جزء من قيمة الخدمات الطبية أو الأدوية التي تلقيتها باسم متطلبات التكلفة النثرية للعضو.

عتبة التكاليف النثرية - الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من تكاليفك النثرية الخاصة مقابل أدوية الجزء د.

PACE Plan – تجمع خطة PACE (برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) بين الخدمات والدعم الطبي والاجتماعي وطويل الأجل (LTSS) للأشخاص الضعفاء لمساعدة الأشخاص على البقاء مستقلين والعيش في مجتمعهم (بدلا من الانتقال إلى دار لرعاية المسنين) لأطول فترة ممكنة. يحصل الأشخاص المسجلون في خطط PACE على مزايا كل من Medicare وMedicaid من خلال الخطة.

الجزء (C) - راجع خطة Medicare Advantage (MA).

الجزء (D) - برنامج مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا التطوعية من Medicare.

أدوية الجزء (D)- الأدوية التي يغطيها الجزء (D). ربما نقدم جميع أدوية الجزء (D) أو لا. وقد استبعد الكونغرس فئات معينة من الأدوية من تغطية الجزء (D). يجب أن تغطي جميع الخطط فئات معينة من أدوية الجزء (D).

غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D)- هو مبلغ يضاف إلى قسطك الشهري من أجل تغطية الدواء الخاص بك من Medicare إذا لم تكن مشمولًا بتغطية جديرة بالثقة (التغطية التي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، على الأقل ما يعادل تغطية الأدوية التي تصرف بوصفة طبية من Medicare) لفترة مستمرة تبلغ 63 يومًا أو أكثر بعد أن تكون مؤهلاً لأول مرة للانضمام إلى خطة الجزء د. في حالة فقدان "المساعدة الإضافية"، ستكون معرّضًا لغرامة التسجيل المتأخر إذا أمضيت 63 يومًا متتاليًا أو أكثر من دون الجزء (D) أو تغطية أدوية طبية أخرى جديرة بالحصول على الائتمان.

القسط - هو الدفعة الدورية التي تقوم بتسديدها إلى Medicare، أو شركة التأمين أو خطة الرعاية الصحية للتغطية الصحية أو الأدوية الموصوفة طبيًا.

مقدم الرعاية الأولية (PCP) – هو الطبيب أو مقدم الرعاية الآخر الذي تقوم بزيارته أولاً من أجل معظم المشكلات الصحية. في العديد من الخطط الصحية لـ Medicare، يجب عليك الذهاب إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل الذهاب إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.

التصريح المسبق - هو الموافقة المسبقة للحصول على نوع معين من الأدوية أو الخدمات. الخدمات المغطاة التي تتطلب تصريحًا مسبقًا محددة في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4. يتم تحديد الأدوية المغطاة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة في نموذج الوصفة ويتم نشر معاييرنا على موقعنا الإلكتروني.

الأطراف الصناعية وتقويم العظام - الأجهزة الطبية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والعنق والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية، والأجهزة اللازمة لتحل محل عضو داخلي من الجسم أو وظيفة داخلية، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والعلاج بالتغذية الوريدية.

مؤسسة تحسين الجودة (QIO) - مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية من أجل الكشف وتحسين الرعاية التي تقدم إلى مرضى Medicare.

القيود المفروضة على الكمية - هي أداة إدارية مصممة للحد من استخدام أنواع معينة من الأدوية لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو دواعي الاستعمال. قد تكون الحدود على كمية الدواء الذي نقوم بتغطيته حسب الوصفة الطبية أو لفترة زمنية محددة.

"أداة الاستفادة في الوقت الحقيقي"- بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن الأدوية المغطاة ومعلومات المزايا وكتيب الوصفات الكاملة والدقيقة والمناسبة والملائمة سريريًا والخاصة بالمسجلين. ويشمل ذلك مبالغ تقاسم التكاليف والأدوية الموصوفة البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية كدواء معين وقيود التغطية (التصريح المسبق والعلاج التدريجي وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

خدمات إعادة التأهيل - تشمل هذه الخدمات العلاج الطبيعي وعلاج النطق واللغة والعلاج المهني.

منطقة الخدمة - هي المنطقة الجغرافية التي يتعين عليك العيش فيها للانضمام إلى خطة صحية معينة. بالنسبة للخطط التي تقيد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك استخدامها، فإنها أيضًا بشكل عام المنطقة التي يمكنك الحصول فيها على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). قد تقوم الخطة بإسقاط عضويتك في حال انتقالك بشكل دائم إلى خارج منطقة الخدمة التي تشملها تغطية الخطة.

رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحنكة - الرعاية التمريض الحنكة وخدمات إعادة التأهيل المقدمة على أساس مستمر ويومي في مرفق رعاية تمريضية حنكة. تتضمن أمثلة الرعاية العلاج الطبيعي أو الحقن في الوريد التي لا يمكن تقديمها إلا من قبل ممرضة أو طبيب مسجل.

خطة الاحتياجات الخاصة - هي نوع خاص من خطط Medicare المتقدمة تركز على تقديم الرعاية الصحية لمجموعة معينة من الأشخاص، كأعضاء Medicare وMedicaid، أو من يعيشون في دار رعاية صحية، أو من يعانون من حالات طبية مزمنة.

العلاج المرحلي- هو أداة مفيدة تتطلب منك أولًا تجربة دواء آخر لعلاج حالتك الطبية قبل أن نغطي الدواء الذي قد يكون طبيبك قد وصفه في البداية.

دخل الضمان التكميلي (SSI) - ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأفراد ذوي الدخل والموارد المحدودة الذين لديهم إعاقة أو مصابين بالعمى أو يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر. إن مزايا الضمان التكميلي ليست مثل مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات المطلوبة بشكل عاجل - الخدمة المغطاة بالخطة والتي تتطلب عناية طبية فورية والتي لا تشكل حالة طارئة هي خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتًا، أو كان من غير المعقول بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمة في الشبكة الذين تتعاقد معهم الخطة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. ومع ذلك، لا تعتبر الزيارات الروتينية الضرورية طبياً لمقدمي الخدمات، مثل الفحوصات السنوية، ضرورية بشكل عاجل حتى لو كنت خارج منطقة خدمة الخطة أو كانت شبكة الخطة غير متاحة مؤقتًا.

الملحق A:
معلومات الاتصال الهامة

	مؤسسات تحسين الجودة (QIO)
المنطقة 3: District of ,Delaware ,Maryland ,Columbia ,Virginia ,Pennsylvania West Virginia	**Livanta، العنوان:** BFCC-QIO Program Livanta LLC PO Box 2687 Virginia Beach, VA 23450, **الهاتف:** 1-888-396-4646، **الهاتف النصي:** 711، **ساعات العمل:** الاثنين – الجمعة من الساعة 9:00 صباحًا الى 5:00 مساءً السبت والأحد/العطلات الرسمية 10:00 صباحًا الى 4:00 مساءً التوقيت المحلي **موقع إلكتروني:** livantaqio.cms.gov/en

	State Medicaid Office
فرجينيا	**Virginia Medicaid، العنوان:** Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, **الهاتف:** ةمدخ) 804-786-7933، 1-855-242-8282 ؛(علامعلا 1-833-522-5582 (التسجيل)، **الهاتف النصي:** 1-888-221-1590 يتطلب هذا الرقم معدات هاتفية خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو التحدث، **ساعات:** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً والسبت من الساعة 9:00 صباحًا إلى 12:00 ظهرًا، موقع إلكتروني: dmas.virginia.gov/ يمكن أيضًا إرسال الأسئلة عبر الإنترنت على Ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid#/. هذه هي بوابة الطلبات عبر الإنترنت لبرنامج Medicaid في Virginia. يوفر هذا الموقع أيضًا إجابات للأسئلة الشائعة حول Medicaid في فيرجينيا.

	(SHIP) State Health Insurance Assistance Program
فرجينيا	**Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP)، العنوان:** Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, Virginia 23229, **الهاتف:** 1-800-552-3402، **الهاتف النصي:** 711، **ساعات العمل:** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:30 صباحًا إلى 5:00 مساءً، **موقع إلكتروني:** vda.virginia.gov/vicap.htm

	(ADAP) State AIDS Drug Assistance Programs
فرجينيا	**Virginia Medication Assistance Program (VA MAP), العنوان:** Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, Virginia 23219, **الهاتف:** 1-855-362-0658, 1-800-533-4148, **TTY:** 711، **ساعات العمل:** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، **موقع إلكتروني:** vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/

	Ombudsman
فرجينيا	يساعد برنامج أمانة مظالم الرعاية طويلة المدى الأشخاص في الحصول على معلومات حول دور التمريض وحل المشاكل بين دور التمريض والمقيمين أو أسرهم. **Virginia Office of State Long-Term Care Ombudsman, العنوان:** Department for Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive, Henrico, Virginia 23229-5019, **الهاتف:** 1-800-552-5019, 804-565-1600, **الهاتف النصي:** 711، **ساعات العمل:** من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، **موقع إلكتروني:** elderrightsva.org/

Form Approved
OMB#0938-1421

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-855-463-0933. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑 问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-855-463-0933。我们的中文工作人员很乐意帮助您。 这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯 服務。如需翻譯服務，請致電 1-855-463-0933。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這 是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-855-463-0933. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-855-463-0933. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quí vị cần thông dịch viên xin gọi 1-855-463-0933. sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quí vị. Đây là dịch vụ miễn phí .

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-855-463-0933. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-855-463-0933. 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-855-463-0933. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على 1-855-463-0933 . سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-855-463-0933. पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-855-463-0933. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-855-463-0933. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-855-463-0933. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-855-463-0933. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするため に、無料の通訳サービスがありますございます。通訳をご用命になるには、1-855-463-0933. にお電話ください。日本語を話す人 者 が支援いたします。これは無料のサー ビスです。

Hawaiian: He kōkua māhele ʻōlelo kā mākou i mea e pane ʻia ai kāu mau nīnau e pili ana i kā mākou papahana olakino a lāʻau lapaʻau paha. I mea e loaʻa ai ke kōkua māhele ʻōlelo, e kelepona mai iā mākou ma 1-855-463-0933. E hiki ana i kekahi mea ʻōlelo Pelekānia/ʻŌlelo ke kōkua iā ʻoe. He pōmaikaʻi manuahi kēia.

Y0001_NR_30475b_2023_C

Form CMS-10802
(Expires 12/31/25)

Multi-Language Insert
Multi-language Interpreter Services
Additional Languages

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-855-463-0933. Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Amharic: የጤና ወይም የመድኃኒት ዕቅዳችንን በሚመለከት ሊኖርዎ ስለሚችል ማንኛውም ጥያቄዎች መልስ ለመስጠት ነፃ የአስተርጓሚ አገልግሎት አለን። አስተርጓሚ ለማግኘት፣ ይደውሉልን በ 1-855-463-0933 ። አማርኛ መናገር የምችል ሰው እርስዎን መርዳት ይችላል ይህ ነፃ አገልግሎት ነው።

Urdu: ہمارے ہیلتھ یا ڈرگ پلان کے بارے میں آپ کے کسی بھی سوال کا جواب دینے کے لیے ہمارے پاس مفت ترجمان کی خدمات ہیں۔ مترجم حاصل کرنے کے لیے بس ہمیں کال کریں۔ 1-855-463-0933 ۔ کوئی جو بولتا ہے اردو آپ کی مدد کر سکتے ہیں. یہ ایک مفت سروس ہے۔

Farsi (Persian): ما خدمات مترجم شفاهی رایگان داریم تا به هر سؤالی که ممکن است در مورد طرح سلامت یا داروی خود داشته باشید، پاسخ دهیم. برای دسترسی به مترجم شفاهی، فقط با شماره 1-855-463-0933 . تماس بگیرید. کسی که حرف به زبان فارسی حرف میزند میتواند به شما کمک کند. این خدمات رایگان است.

Dari: ما خدمات رایگان ترجمان داریم تا به هر سوال که شما ممکن است در مورد طرح صحت یا دوای خود داشته باشید جواب دهیم. برای دریافت ترجمان صرف با شماره 1-855-463-0933 . با ما تماس بگیرید. کسی که به دری صحبت میکند، میتواند به شما کمک کند. این یک خدمت رایگان است.

Pashto: مورږ د ژباړونکي وړیا خدمتونه لرو ترڅو زموږ د روغتیا یا درملو پلان په اړه هرې پوښتنې ته ځواب ووایي. د ژباړونکي ترلاسه کولو لپاره مورږ ته په 1-855-463-0933 شمېرې زنګ ووهئ. هغه ځوک چې په پښتو خبرې کوی کولای شی چې له تاسو سره مرسته وکړي. دا یو وړیا خدمت دی.

Telugu: మా ఆరోగ్యం మరియు ఔషధ ప్రణాళిక గురించి మీకు ఏవైనా ప్రశ్నలు ఉంటే సమాధానం ఇవ్వడానికి మా వద్ద ఉచిత వ్యాఖ్యాత సేవలు ఉన్నాయి. వ్యాఖ్యాతను పొందడానికి మాకు ఇక్కడ కాల్ చేయండి 1-855-463-0933. ఆ భాష మాట్లాడే ఎవరో ఒకరు మీకు సహాయం చేయవచ్చు.ఇది ఉచిత సేవ.

Nepali: हाम्रो स्वास्थ्य वा औषधि योजनाको बारेमा तपाईंमा हुन सक्ने कुनै पनि प्रश्नहरूको जवाफ दिन हामीसँग नि: शुल्क अनुवाद सेवाहरू छन्। दोभाषे प्राप्त गर्न केवल हामीलाई यहाँ फोन गर्नुहोस् 1-855-463-0933। नेपाली भाषा बोल्नेले तपाईंलाई मद्दत गर्न सक्छ। यो नि: शुल्क सेवा हो।

Bengali: আমাদের স্বাস্থ্য কিংবা ঔষধের পরিকল্পনা সম্পর্কে আপনার যেকোনো প্রশ্নের উত্তর দেওয়ার জন্য আমরা বিনামূল্যে অনুবাদক পরিষেবা প্রদান করে থাকি। একজন অনুবাদক পাওয়ার জন্য কেবল 1-855-463-0933. নম্বরে ফোন করুন। বাংলা ভাষায় কথা বলে এমন কেউ আপনাকে সাহায্য করতে পারেন। এই পরিষেবার জন্য আপনাকে কোনো অর্থ প্রদান করতে হবে না।

Igbo: Anyị nwere ọrụ onye nsụgharị n'efu ga-aza ajụjụ ịnwere ike inwe gbasara atụmatụ ahụike na ọgwụ anyị. Iji nweta onye nsụgharị naanị kpọọ anyị na 1-855-463-0933. Onye na-asụ Igbo ga-enyere gị aka. Nke a bụ ọrụ n'efu.

خدمات أعضاء Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP)

الطريقة	خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال
الاتصال	1-855-463-0933 (الهاتف النصي: **711**) المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 8 صباحا إلى 8 مساء، على مدار 7 أيام الأسبوع. كما يتوفر لدى "خدمات الأعضاء" خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة لمن لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	**711** المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من 8 صباحا إلى 8 مساء، على مدار 7 أيام الأسبوع.
الفاكس	1-855-259-2087
المراسلة الكتابية	Aetna Medicare Better Health (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
موقع الويب	انتقل إلى AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp أو امسح هذا الرمز ضوئيًا باستخدام هاتفك الذكي لزيارة موقعنا الإلكتروني.

(SHIP) State Health Insurance Assistance Program

SHIP هو برنامج حكومي يتلقى تمويله من الحكومة الفيدرالية نظير تقديم استشارات محلية مجانية للتأمين الصحي للأفراد المشتركين في Medicare. يمكنك الاطلاع على معلومات الاتصال الخاصة ببرنامج SHIP الحكومي في الملحق أ في نهاية هذه الوثيقة.

بيان الإفصاح الخاص بقانون *PRA* وفقًا لقانون تقليل استعمال الورق لعام *1995*، لا تتم مطالبة أي أشخاص بالاستجابة لتجميع المعلومات ما لم يتم عرض رقم تحكم صالح لمكتب *OMB*. رقم تحكم *OMB* الصالح لتجميع المعلومات هذه هو *0938-1051*. إذا كانت لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى المراسلة على العنوان:
CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer,
. Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850

20250516