

AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) كتيب دليل أعضاء

استبدل بتاريخ 07/27/2026

H6341_001_124940_C_Approved_10172025_ARA

رقم 0938-1444 موافقة OMB (تاريخ الانتهاء: 30 يونيو 2026)

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.



من 1 يناير 2026 إلى 31 ديسمبر 2026

التغطية الصحية والدوائية بموجب خطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)**مقدمة كتيب دليل الأعضاء**

يُطلعك كتيب دليل الأعضاء هذا المعروف أيضًا باسم *دليل التغطية*، على تغطيتك بموجب خطتنا حتى 31 ديسمبر 2026. كما يشرح خدمات الرعاية الصحية. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في **الفصل 12** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

هذه وثيقة قانونية مهمة. احتفظ بها في مكان آمن.

عندما يذكر كتيب دليل الأعضاء هذا عبارات "نحن" أو "لنا" أو "خاصتنا" أو "حظتنا"، فهو يعني AmeriHealth Caritas VIP Care.

يتوفر هذا المستند مجانًا باللغتين العربية والإسبانية.

يمكنك الحصول على هذا المستند مجانًا بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل و/أو الحصول على الصوتيات الخاصة بها من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. المكالمات مجانية.

يمكنك طلب الحصول على هذا المستند الآن وتنسيقات أخرى بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً سبعة أيام في الأسبوع. سنطلب منك أيضًا تحديد تفضيلاتك أثناء مكالمات الترحيب ولاحقًا أثناء العام، عند اتصالك بالخطة. ستقوم الخطة بحفظ طلبك والاستمرار في إرسال المستندات المستقبلية بتنسيقات أخرى ما لم تطلب منا إلغاء الطلب أو تغييره. يمكنك إلغاء طلبك أو تغييره في أي وقت، بمجرد الاتصال بخدمات الأعضاء. مع العلم أن المكالمات مجانية.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إخلاء المسؤولية

- ❖ **ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-844-964-4433 (TTY 711) de 8 a.m. a 8 p.m., los siete días de la semana. La llamada es gratuita.
- ❖ تنويه: إذا كنت تتحدث العربية، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية لك مجانًا. يُرجى الاتصال بالرقم **1-844-964-4433 (TTY 711)**، من 8 صباحًا إلى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.
- ❖ **كما يمكنك الحصول على هذه المعلومات مجانًا بصيغ أخرى مثل مطبوعة كبيرة، أو بطريقة برايل أو بصيغة صوتية. اتصل بالرقم 1-844-964-4433 (TTY 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.**
- ❖ قد تتغير المزايا و/أو المشاركة في الرسوم في 1 يناير 2027.
- ❖ قد تتغير الأدوية المغطاة وشبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات في أي وقت. سنتلقى إشعارًا بشأن أي تغييرات قد تؤثر عليك قبل 30 يومًا على الأقل من حدوثها.
- ❖ **AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP)** عبارة عن خطة صحية تتعاقد مع كلاً من Medicare وكذلك Michigan Medicaid بغرض توفير مزايا كلا البرنامجين للأعضاء.

جدول المحتويات

- الفصل 1: بدء العضوية
- الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة
- الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية والخدمات المغطاة الأخرى
- الفصل 4: جدول المزايا
- الفصل 5: الحصول على خطة أدوية مرضى العيادات الخارجية لديك
- الفصل 6: ما تدفعه مقابل أدوية برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid
- الفصل 7: طلبك منا دفع حصتنا في فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات والأدوية المغطاة
- الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك
- الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات تغطية أو استئنافات أو شكوى)
- الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا
- الفصل 11: الإشعارات القانونية
- الفصل 12: تعريف الكلمات المهمة

الفصل 1: بدء العضوية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل معلومات عن AmeriHealth Caritas VIP Care، وهي خطة تأمين صحي تغطي جميع خدمات Medicare و Michigan Medicaid لديك، وعضويتك فيها. كما يوضح لك ما يمكنك توقعه والمعلومات الأخرى التي ستحصل عليها منا. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

أ. أهلاً بك في خطتنا.....	6
ب. معلومات عن برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid.....	6
ب1. Medicare.....	6
ب2. Michigan Medicaid.....	6
ج. مزايا خطتنا.....	7
د. منطقة خدمات خطتنا.....	8
هـ. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضواً في الخطة.....	8
و. ما الذي يمكن أن تتوقعه عند انضمامك لأول مرة إلى خطتنا الصحية؟.....	9
ز. فريق رعايتك وخطة الرعاية.....	9
ز1. فريق الرعاية.....	9
ز2. خطة الرعاية.....	10
ح. ملخص التكاليف الهامة.....	11
ح1. القسط الشهري للجزء "ب" من برنامج Medicare.....	11
ح2. مبلغ دفعات الوصفات الطبية لبرنامج Medicare.....	12
ط. كتيب دليل الأعضاء هذا.....	12
ي. المعلومات المهمة الأخرى التي ستحصل عليها منا.....	12
ي1. بطاقة عضويتك.....	12
ي2. دليل مقدمي الخدمات والصيدليات.....	13

- ي3. قائمة الأدوية المغطاة 14
- ي4. شرح المزايا 14
- ك. الحفاظ على تحديث سجل عضويتك 14
- ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية 15

#

أ. أهلاً بك في خطتنا

خطة AmeriHealth Caritas VIP Care هي خطة متكاملة للغاية لذوي الاحتياجات الخاصة المؤهلين للخدمة المزدوجة. توفر خطتنا تغطية لخدمات Medicare و Michigan Medicaid للأفراد المؤهلين لكلا البرنامجين. تشمل خطتنا الأطباء والمستشفيات والصيادلة ومقدمي الخدمات والدعم طويل الأجل ومقدمي خدمات الصحة السلوكية وغيرهم من مقدمي الخدمات. لدينا أيضًا منسقو رعاية وفرق رعاية لمساعدتك في إدارة مقدمي الخدمات والخدمات التي تتلقاها. إنهم يعملون جميعًا معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

ب. معلومات عن برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid.

1. Medicare

برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي لـ:

- الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر،
- بعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا ويعانون من إعاقات معينة، و
- الأشخاص المصابون بمرض الكلى في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي).

2. Michigan Medicaid

برنامج Michigan Medicaid هو اسم برنامج Medicaid في Michigan. تتم إدارة برنامج Michigan Medicaid من قبل الولاية ويتم تمويله من قبل الولاية والحكومة الفيدرالية. يساعد برنامج Michigan Medicaid الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم طويل الأجل والتكاليف الطبية. يغطي البرنامج الخدمات الإضافية والأدوية التي لا يغطيها Medicare.

تقرر كل ولاية ما يلي:

- ما يُحتسب كدخل وموارد،
- من هم المؤهلون،
- ما هي الخدمات المغطاة، و
- تكلفة الخدمات.

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

وافقت Medicare وولاية Michigan على خطتنا. يمكنك الحصول على خدمات برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid من خلال خطتنا ما دام:

- اخترنا تقديم الخطة، و
 - يسمح لنا برنامج Medicare وولاية Michigan بالاستمرار في تقديم هذه الخطة.
- حتى لو توقفت خطتنا عن العمل في المستقبل، فإن أهليتك للحصول على خدمات Medicare و Michigan Medicaid لن تتأثر.

ج. مزايا خطتنا

ستحصل الآن على جميع خدمات Medicare و Michigan Medicaid التي تغطيها خطتنا، بما في ذلك الأدوية. لن تدفع أي مبلغ إضافي للانضمام إلى هذه الخطة الصحية.

نحن نساعدك على جعل مزايا برنامج Medicare وبرنامج Medicaid تعمل بشكل أفضل معًا وتخدمك بشكل أفضل. تتضمن بعض المزايا ما يلي:

- يمكنك التعاون معنا لتلبية معظم احتياجات رعايتك الصحية.
- سيكون لديك فريق رعاية تساعد في تشكيله معنا. قد يشمل فريق رعايتك أنت شخصًا ومقدم الرعاية لديك والأطباء وطاقم التمريض والمستشارين أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية.
- سيكون بإمكانك الوصول إلى منسق رعاية. وهو شخص يعمل معك ومع خطتنا ومع فريق رعايتك للمساعدة في وضع خطة رعاية.
- بإمكانك توجيه رعايتك بنفسك بمساعدة فريق رعايتك ومنسق الرعاية.
- يعمل فريق رعايتك ومنسق الرعاية معك لوضع خطة رعاية مصممة لتلبية احتياجاتك الصحية. يساعد فريق الرعاية في تنسيق الخدمات التي تحتاجها. على سبيل المثال، هذا يعني أن فريق رعايتك يتأكد مما يلي:
 - يعرف أطباؤك جميع الأدوية التي تتناولها حتى يتمكنوا من التأكد من أنك تتناول الأدوية المناسبة ويمكنهم تقليل أي آثار جانبية قد تعاني منها بسبب هذه الأدوية.
 - تتم مشاركة نتائج اختباراتك مع جميع أطبائك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين، حسب الاقتضاء.
 - الأعضاء الجدد في برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care: في معظم الحالات، سيتم تسجيلك في برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care للحصول على مزايا Medicare الخاصة بك في اليوم الأول من الشهر التالي لطلبك التسجيل في برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care. قد تستمر في تلقي خدمات برنامج Michigan Medicaid من خطة Michigan Medicaid الصحية السابقة لمدة شهر إضافي. ستتلقى بعد ذلك خدمات برنامج Michigan Medicaid من خلال برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care. لن يكون هناك أي انقطاع في تغطية برنامج Michigan Medicaid الخاصة بك. يُرجى الاتصال بنا على الرقم الوارد أسفل الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

د. منطقة خدمات خطتنا

تشمل منطقة خدماتنا هذه المقاطعات في Michigan: Wayne و Macomb.

لا يمكن الانضمام إلى خطتنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا.

لا يمكنك البقاء في خطتنا إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا. راجع الفصل 8 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عما يترتب على الانتقال خارج منطقة خدماتنا.

ه. ما الذي يجعلك مؤهلاً لتكون عضوًا في الخطة

يحق لك الاشتراك في خطتنا ما دمت:

- تعيش في منطقة خدماتنا (لا يُعتبر الأفراد المسجونون من سكان منطقة الخدمات حتى لو كانوا موجودين فعليًا فيها)، و
- لديك كلا من برنامج Medicare الجزء "أ" وبرنامج Medicare الجزء "ب"، و
- مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا بشكل قانوني في الولايات المتحدة، و
- مؤهلًا حاليًا لخدمات برنامج Michigan Medicaid، و
- تبلغ من العمر 21 عامًا أو أكثر وقت التسجيل، بما في ذلك الأفراد الذين يبلغون من العمر 21 عامًا أو أكثر والذين يتلقون خدماتهم من خلال برنامج خدمات الرعاية الصحية المتخصصة للأطفال (CSHCS).
- تتلقى كامل مزايا برنامج Medicaid (يشمل ذلك الأفراد المؤهلين لبرنامج Medicaid من خلال حدود الأهلية المالية الموسعة بموجب إعفاء 1915 (ج) أو الذين يقيمون في مرفق ترميز، بما في ذلك أولئك الذين لديهم مبلغ مدفوعات شهري للمريض).

إذا فقدت أهليتك للاستفادة من برنامج Michigan Medicaid، وكان من المتوقع أن تستعيد هذه الأهلية خلال ثلاثة أشهر، فسواصل تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها AmeriHealth Caritas VIP Care. أما عند انتهاء تغطية Michigan Medicaid الخاصة بك، فلن نتحمل تكلفة مزايا Michigan Medicaid. وخلال فترة استمرار تسجيلك لدينا للحصول على تغطية Medicare، ستتحمل تكلفة أي خدمات تواصل تلقيها وكانت تُغطى عادةً من خلال Michigan Medicaid. كما أننا لن نستمر في تغطية مزايا Medicaid المُدرجة ضمن خطة الولاية، ولن ندفع أقساط Medicare أو مبالغ المشاركة في التكاليف التي كانت الولاية ستتحملها لولا فقدانك أهلية Medicaid. وقد يزداد المبلغ الذي تدفعه مقابل الخدمات المشمولة ضمن Medicare خلال هذه الفترة. للحصول على مزيد من المعلومات، يمكنك الاتصال بـ Michigan ENROLLS على الرقم 1-800-975-7630 (-1-888-263 TTY: 5897)، أو بخدمات الأعضاء لدى AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY: 711).

سنساعدك على استعادة أهليتك للاستفادة من برنامج Michigan Medicaid. وإذا تمت استعادة أهليتك لـ Michigan Medicaid بينما لا تزال مسجلًا لدينا للحصول على تغطية Medicare:

- سنستأنف دفع تكلفة مزايا Michigan Medicaid الخاصة بك.
- سيستمر تسجيلك في خطتنا.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- سنغطي مبالغ المشاركة في تكاليف Medicare مقابل الخدمات التي تلقيتها أثناء انتظار إعادة تفعيل تغطية Michigan Medicaid.
- سندفع تكلفة أي خدمات مشمولة ضمن Michigan Medicaid تلقيتها أثناء انتظار إعادة تفعيل تغطية Michigan Medicaid. ومع ذلك، لن ندفع تكلفة أي خدمات منزلية ومجتمعية (HCBS) تلقيتها خلال الفترة التي لم تكن فيها أهليتك لـ Medicaid سارية.

إذا لم تتمكن من استعادة أهليتك للاستفادة من برنامج Michigan Medicaid خلال ثلاثة أشهر، فسيتم إلغاء تسجيلك في AmeriHealth Caritas VIP Care. إذا استعدت أهليتك للاستفادة من برنامج Michigan Medicaid بعد إلغاء تسجيلك، فسيتم عليك التواصل معنا لإعادة التسجيل في الخطة.

اتصل بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

و. ما الذي يمكن أن تتوقعه عند انضمامك لأول مرة إلى خطتنا الصحية؟

عند انضمامك لأول مرة إلى خطتنا، ستحصل على تقييم المخاطر الصحية خلال 90 يومًا قبل أو بعد تاريخ سريان تسجيلك. يتعين علينا إكمال تقييم المخاطر الصحية نيابةً عنك. يُعد تقييم المخاطر الصحية هذا أساسًا لوضع خطة رعايتك. يتضمن تقييم المخاطر الصحية أسئلة لتحديد احتياجاتك الطبية واحتياجاتك المتعلقة بالصحة السلوكية واحتياجاتك الوظيفية واحتياجاتك غير السريرية. سنتواصل معك لإكمال تقييم المخاطر الصحية. يمكننا إكمال تقييم المخاطر الصحية عن طريق زيارة شخصية أو مكالمات هاتفية أو بالبريد.

سنرسل لك المزيد من المعلومات عن تقييم المخاطر الصحية هذا.

يتعين على برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care الحفاظ على مقدمي الخدمات والخدمات الحالية لديك التي تتلقاها وقت التسجيل. يشمل ذلك الأدوية ومقدمي الخدمات الذين ليسوا جزءًا من شبكتنا. تعتمد فترة استمرارك في تلقي هذه الخدمات على نوع الخدمات التي تتلقاها وسبب حصولك عليها. لن ننظر في أي تغييرات على الخدمات التي تحصل عليها وقت تسجيلك إلا بعد أن نكمل تقييم المخاطر الصحية لديك.

ز. فريق رعايتك وخطة الرعاية

ز1. فريق الرعاية

يمكن لفريق الرعاية مساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها باستمرار. قد يضم فريق الرعاية طبيبك أو منسق الرعاية أو أي شخص رعاية صحية آخر تختاره.

منسق الرعاية هو شخص مدرب لمساعدتك في إدارة الرعاية التي تحتاجها. ستحصل على منسق رعاية عند التسجيل في خطتنا. كما يقوم هذا الشخص بإحالتك إلى موارد مجتمعية أخرى قد لا توفرها خطتنا، وسيعمل مع فريق رعايتك للمساعدة في تنسيق تلك الرعاية. اتصل بنا على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات عن منسق رعايتك وفريق الرعاية لديك.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2. خطة الرعاية

يعمل فريق رعايتك معك لوضع خطة رعاية. توضح خطة الرعاية لك ولأطباءك الخدمات التي تحتاجها وكيفية الحصول عليها. يشمل ذلك خدماتك الطبية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأجل أو غيرها من الخدمات. ستركز خطة الرعاية على أهدافك مع مراعاة مخاوفك ورغباتك واحتياجاتك ونقاط قوتك. سيتضمن ذلك ملخصاً لحالتك الصحية وخطتك للتعامل مع مخاوفك. سيطلب منك التوقيع على خطة رعايتك بعد أن تكون مرضية لك.

تشمل خطة رعايتك ما يلي:

- أهدافك وغاياتك في إدارة الذات،
- جدول زمني للحصول على الخدمات التي تحتاجها،
- قيمك الثقافية واحتياجاتك وتفضيلاتك في التواصل،
- تفضيلاتك الشخصية للرعاية الصحية فيما يتعلق بالرعاية والخدمات والدعم،
- قائمة أولوياتك بشأن المخاوف والأهداف والغايات ونقاط القوة،
- مقدمو الخدمات والدعم والخدمات المحددة، بما في ذلك حجمها ونطاقها ومدتها.
- ملخص لحالتك الصحية،
- خطة للتعامل مع مخاوفك أو أهدافك والتدابير اللازمة لتحقيقها،
- دور مقدم الرعاية للعضو، إن وجد،
- مواعيد استحقاق التدخلات وإعادة التقييم، و
- خطة للتعامل مع الاحتياجات الاجتماعية المتعلقة بالصحة مثل الأمن الغذائي أو السكني،
- تحديد الأهداف القابلة للقياس،
- بيانات المشاكل الخاصة بالعضو والأهداف والتدخلات،
- الأهداف المحددة للموظفين لمراقبة الأعضاء الذين يتعذر الوصول إليهم أو الأعضاء الذين خرجوا عن نطاق إدارة الرعاية،
- تحديد أولويات الأهداف والتقدم نحو تحقيقها،
- التدخلات والموارد المخطط لها،
- الإطار الزمني لإعادة تقييم التقدم المحرز،
- تخطيط الرعاية لضمان استمراريتها وانتقالات الرعاية وطرق التعاون التي تشمل مشاركة العضو ومقدم الرعاية وفريق الرعاية،

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- نتائج الزيارات المباشرة التي يجريها فريق الرعاية أو البائعون أو مقدمو خدمات الشبكة المتعاقد معهم أو أعضاء فريق الرعاية متعدد التخصصات الآخرين.
- سيجتمع فريق رعايتك معك بعد تقييم المخاطر الصحية لك. سيسألك عن الخدمات التي تحتاجها. كما سيخبرونك بالخدمات التي قد ترغب في التفكير في الحصول عليها. يتم وضع خطة رعايتك بناءً على احتياجاتك وأهدافك. يعمل فريق رعايتك معك لتحديث خطة رعايتك مرة واحدة على الأقل كل عام.
- يتم توثيق خطة رعايتك في نظام معلومات إدارة الرعاية الخاص بالخطة، وذلك لتمكين فريق الرعاية من الوصول إليها وتحديثها.

ح. ملخص التكاليف الهامة

لا تتضمن خطتنا أي رسوم إضافية.

قد تشمل تكاليفك ما يلي:

- القسط الشهري للجزء "ب" من برنامج Medicare (القسم 1ح)
- مبلغ دفعات الوصفات الطبية لبرنامج Medicare (القسم 2ح)

قد يكون قسط خطتك أقل في بعض الحالات.

توجد برامج لمساعدة الأشخاص ذوي الموارد المحدودة على دفع ثمن أدويتهم. يشمل ذلك "المساعدة الإضافية" وبرامج المساعدة الدوائية الحكومية. تعرف على المزيد عن هذه البرامج في **الفصل 2، القسم 2ح**. إذا كنت مؤهلاً، فقد يؤدي التسجيل في البرنامج إلى خفض قسطك الشهري للخطة.

إذا كنت تتلقى مساعدة *بالفعل* من أحد هذه البرامج، فقد لا تنطبق عليك المعلومات المتعلقة بالأقساط الواردة في **كتيب دليل الأعضاء هذا**. لقد أرسلنا إليك ملحقاً منفصلاً، يسمى "مستند دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية لدفع ثمن أدوية الوصفات الطبية" (المعروف أيضاً باسم "مستند دعم الدخل المنخفض" أو "مستند LIS")، والذي يخبرك بتغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة وطلب "مستند دعم الدخل المنخفض".

1ح. القسط الشهري للجزء "ب" من برنامج Medicare

يتعين على العديد من الأعضاء دفع أقساط أخرى لبرنامج Medicare

يتعين على بعض الأعضاء دفع أقساط أخرى لبرنامج Medicare كما هو موضح في **القسم هـ** أعلاه، لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب عليك الحفاظ على أهليتك لبرنامج Medicaid بالإضافة إلى أن يكون لديك كل من Medicare الجزء "أ" و Medicare الجزء "ب". بالنسبة لمعظم أعضاء برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care، يدفع برنامج Medicaid قسطك المتعلق بالجزء "أ" من برنامج Medicare (إذا لم تكن مؤهلاً له تلقائياً) وقسط الجزء "ب".

إذا لم تدفع Medicaid أقساط Medicare الخاصة بك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare الخاصة بك لتظل عضواً في خطتنا. يشمل ذلك قسطك للجزء "ب" من برنامج Medicare. قد تدفع أيضاً قسطاً إضافياً للجزء "أ" من برنامج Medicare إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على الجزء "أ" من برنامج Medicare بدون أقساط. بالإضافة إلى ذلك، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو منسق رعايتك وإبلاغهم بهذا التغيير.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

2. مبلغ دفعات الوصفات الطبية لبرنامج Medicare

إذا كنت مشتركاً في خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare، فستتلقى فاتورة من خطتك مقابل أدويةك (بدلاً من الدفع للصيدلية). تعتمد فاتورتك الشهرية على المبلغ المستحق عليك مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها، بالإضافة إلى رصيد الشهر السابق، مقسوماً على عدد الأشهر المتبقية في السنة.

يخبرك **الفصل 2** بالمزيد من المعلومات عن خطة دفع الوصفات الطبية لدى Medicare. إذا كنت لا توافق على المبلغ المطلوب كجزء من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات الواردة في **الفصل 9** لتقديم شكوى أو استئناف.

ط. كتيب دليل الأعضاء هذا

يُعدّ كتيب دليل الأعضاء هذا جزءاً من عقدنا معك. هذا يعني أنه يجب علينا اتباع جميع القواعد الواردة في هذا المستند. إذا كنت تعتقد أننا فعلنا شيئاً يخالف هذه القواعد، فقد يكون بإمكانك الاستئناف ضد قرارنا. للحصول على معلومات عن الاستئنافات راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا أو اتصل بالرقم (1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

يمكنك طلب كتيب دليل الأعضاء من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة. يمكنك أيضاً الرجوع إلى كتيب دليل الأعضاء الموجود على موقعنا الإلكتروني على عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.

يسري هذا العقد خلال الأشهر التي تكون فيها مسجلاً في خطتنا بين 1 يناير 2026 و 31 ديسمبر 2026.

ي. المعلومات المهمة الأخرى التي ستحصل عليها منا

تشمل المعلومات المهمة الأخرى التي نقدمها لك بطاقة عضويتك ومعلومات عن كيفية الوصول إلى دليل مقدمي الخدمات والصيديات، ومعلومات عن كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية المغطاة، والمعروفة أيضاً باسم قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات.

ي.1 بطاقة عضويتك

بموجب خطتنا، لديك بطاقة واحدة لخدمات Medicare و Michigan Medicaid، بما في ذلك الخدمات والدعم طويل الأجل، وبعض خدمات الصحة السلوكية والوصفات الطبية. عليك إظهار هذه البطاقة عند حصولك على أي خدمات أو وصفات طبية. فيما يلي نموذج لبطاقة العضوية:

 VIP Care AmeriHealth Caritas VIP Care is an HMO D-SNP Plan that contracts with both Medicare and Michigan Medicaid. Member Name: <Cardholder Name> RxBIN: 019587 Member ID: <Cardholder ID#> Care Coordinator Phone: 1-844-964-4433 PCP Group/Name: <PCP/Group Name> PCP Phone: <PCP Phone> MEMBER CANNOT BE CHARGED Copays: PCP/Specialist \$0 ER: \$0 H6341 001	 Medicare Prescription Drug Coverage Member Services: 1-844-964-4433 (TTY 711) Behavioral Health: <Behavioral Health phone number> Pharmacy Help Desk: 1-855-379-8895 (TTY 711) Pharmacy Provider Services: 1-844-244-7644 Dental Provider: Skyline (Call Member Services). Present this card at your dental office for dental care. To find a dentist, please visit our website. Website: www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi Send Claims To: AmeriHealth Caritas VIP Care Claims Processing Center P.O. Box 7074 London, KY 40742-7074 Claim Inquiry: 1-844-964-4433 (TTY 711)
---	--

في حال تلف بطاقة عضويتك أو فقدانها أو سرقتها يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة على الفور. سنرسل لك بطاقة جديدة.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerhealthcaritasvipcare.com/mi.

ما دمت عضوًا في خطتنا فلن تحتاج إلى استخدام بطاقة Medicare ذات اللون الأحمر والأبيض والأزرق أو بطاقة Michigan Medicaid الخاصة بك للحصول على معظم الخدمات. احتفظ بتلك البطاقات في مكان آمن تحسبًا لاحتياجك إليها لاحقًا. إذا أظهرت بطاقة Medicare الخاصة بك بدلًا من بطاقة عضويتك، فقد يقوم مقدم الخدمات بإرسال فاتورة إلى Medicare بدلًا من خطتنا، وقد تتلقى فاتورة. قد يُطلب منك إظهار بطاقة Medicare الخاصة بك إذا كنت بحاجة إلى خدمات المستشفى أو خدمات الرعاية التلطيفية أو المشاركة في دراسات البحث السريري المعتمدة من Medicare (وتسمى أيضًا التجارب السريرية). راجع الفصل 7 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة ما يجب فعله إذا تلقيت فاتورة من أحد مقدمي الخدمات.

ي.2. دليل مقدمي الخدمات والصيديات

يحتوي دليل مقدمي الخدمات والصيديات على قائمة بمقدمي الخدمات والصيديات ضمن شبكة خطتنا. أثناء عضويتك في خطتنا يجب عليك استخدام مقدمي خدمات الشبكة للحصول على الخدمات المغطاة.

يمكنك طلب دليل مقدمي الخدمات والصيديات (نسخة إلكترونية أو ورقية) من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة. سيتم إرسال طلبات الحصول على نسخ ورقية من أدلة مقدمي الخدمات والصيديات إليكم بالبريد خلال ثلاثة أيام عمل. يمكنك أيضًا الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيديات الموجود على موقعنا الإلكتروني على عنوان الويب الموجود أسفل الصفحة.

يحتوي هذا الدليل على العاملين في الرعاية الصحية (مثل الأطباء والمرضى الممارسين، وأخصائيي الطب النفسي)، والمرافق (مثل المستشفيات أو العيادات)، ومقدمي الدعم (مثل مقدمي خدمة Adult Day Health و Home Health) الذين يمكنك الاطلاع عليهم بصفتك عضوًا في برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care. كما نسرّد الصيديات التي قد تستخدمها للحصول على أدوية وصفاتك الطبية.

خلال أول 90 يومًا تلي تسجيلك في برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care، يمكنك زيارة أي مقدم خدمات زرته خلال الاثني عشر (12) شهرًا الماضية، حتى لو لم يكن مقدم الخدمات ضمن شبكتنا.

تعريف مقدمي خدمات الشبكة

- يشمل مقدمو خدمات الشبكة لدينا ما يلي:

○ الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يمكنك الاستعانة بهم بصفتك عضوًا في خطتنا؛

○ العيادات والمستشفيات ومرافق التمريض وغيرها من الأماكن التي تقدم خدمات صحية ضمن خطتنا، و

يوافق مقدمو خدمات الشبكة على قبول الدفع من خطتنا مقابل الخدمات المغطاة كدفعة كاملة.

تعريف صيديات الشبكة

- صيديات الشبكة هي الصيديات التي توافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيديات للعثور على صيدلية الشبكة التي ترغب في استخدامها.

- باستثناء حالات الطوارئ، يجب عليك صرف وصفاتك الطبية من إحدى صيديات شبكتنا إذا كنت تريد أن تساعدك خطتنا في دفع ثمنها.

اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات. يمكن لكل من خدمات الأعضاء وموقعنا الإلكتروني تزويدك بأحدث المعلومات عن التغييرات في صيديات شبكتنا ومقدمي الخدمات لدينا.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

ي.3. قائمة الأدوية المغطاة

لدى خطتنا قائمة بالأدوية المغطاة. نسميها اختصاراً قائمة الأدوية. وهي توضح الأدوية التي تغطيها خطتنا. يتم اختيار الأدوية المدرجة في هذه القائمة من قبل خطتنا بمساعدة الأطباء والصيدال. يجب أن تستوفي قائمة الأدوية متطلبات برنامج Medicare. سيتم إدراج الأدوية ذات الأسعار المتفاوض عليها بموجب برنامج التفاوض على أسعار الأدوية التابع لبرنامج Medicare في قائمة الأدوية الخاصة بك ما لم يتم حذفها واستبدالها كما هو موضح في الفصل 5، القسم هـ. وافقت Medicare على قائمة أدوية AmeriHealth Caritas VIP Care.

كما توضح لك قائمة الأدوية ما إذا كانت هناك أي قواعد أو قيود على أي من الأدوية، مثل الحد الأقصى للكمية التي يمكنك الحصول عليها. لمزيد من المعلومات راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

سنرسل إليك كل عام معلومات عن كيفية الوصول إلى قائمة الأدوية، ولكن قد تحدث بعض التغييرات خلال العام. للحصول على أحدث المعلومات عن الأدوية المغطاة، اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني على العنوان الموجود أسفل الصفحة. ستتضمن قائمة الأدوية قسمًا بجميع أدوية Medicaid التي يغطيها برنامجنا. ستجد هذه المعلومات أيضًا على موقعنا الإلكتروني أو عن طريق الاتصال بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء.

ي.4. شرح المزايا

عند استخدامك لمزايا أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare، سنرسل لك ملخصًا لمساعدتك على فهم وتتبع مدفوعات أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare. يُطلق على هذا الملخص اسم شرح المزايا.

يوضح لك شرح المزايا المبلغ الإجمالي الذي أنفقته أنت، أو أنفقه آخرون نيابة عنك، على أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare، والمبلغ الإجمالي الذي دفعناه مقابل كل دواء من أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare خلال الشهر. لا يمثل شرح المزايا هذا فاتورة. يحتوي شرح المزايا على مزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها. يقدم الفصل 6 من كتيب دليل الأعضاء هذا مزيدًا من المعلومات عن شرح المزايا وكيف يساعدك في تتبع تغطية أدوية.

يمكنك أيضًا طلب شرح المزايا. للحصول على نسخة، اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة.

ك. الحفاظ على تحديث سجل عضويتك

يمكنك الحفاظ على تحديث سجل عضويتك بإبلاغنا عند تغيير معلوماتك.

سنحتاج هذه المعلومات للتأكد من أن لدينا معلوماتك الصحيحة في سجلاتنا. يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيدال وغيرهم من مقدمي الخدمات في شبكة خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المغطاة ومبالغ مشاركة التكاليف الخاصة بك. ولهذا السبب من المهم جدًا مساعدتنا في الحفاظ على تحديث معلوماتك.

أخبرنا على الفور بما يلي:

- أي تغييرات في اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك،
- التغييرات في أي تغطية تأمين صحي أخرى، مثل تلك التي يقدمها صاحب العمل، أو صاحب عمل الزوجة، أو صاحب عمل شريك السكني، أو تعويضات العمال،
- أي مطالبات بالمسؤولية، مثل المطالبات الناجمة عن حادث سيارة،

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- القبول في مرفق ترميضي أو مستشفى،
- الرعاية المقدمة من مستشفى أو غرفة طوارئ،
- التغييرات في مقدم الرعاية لديك (أو أي شخص مسؤول عنك)، و
- مشاركتك في دراسة بحثية سريرية. **(ملاحظة:** لست مطالبًا بإخبارنا عن دراسة بحثية سريرية تنوي المشاركة فيها، لكننا نشجعك على القيام بذلك.)

في حال حدوث أي تغيير في المعلومات اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة.

ك1. خصوصية المعلومات الصحية الشخصية

قد تتضمن المعلومات الواردة في سجل عضويتك معلومات صحية شخصية. نلتزمنا القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات بالحفاظ على خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية. لمزيد من التفاصيل عن كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية راجع الفصل 8 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

الفصل 2: أرقام هواتف وموارد مهمة

مقدمة

يقدم لك هذا الفصل معلومات اتصال بموارد مهمة يمكن أن تساعدك في الإجابة على أسئلتك بشأن خططنا ومزايا رعايتك الصحية. يمكنك أيضًا استخدام هذا الفصل للحصول على معلومات عن كيفية الاتصال بمنسق رعايتك وغيره للدفاع نيابة عنك. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

أ. خدمات الأعضاء	3
ب. منسق رعايتك	6
ج. برنامج MI Options	8
د. منظمة تحسين الجودة	9
هـ. Medicare	10
و. Michigan Medicaid	12
ز. مسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO)	13
ح. برنامج مسؤول الشكاوى للرعاية طويلة الأجل في Michigan (MLTCOP)	14
ط. برامج مساعدة الناس على دفع ثمن الأدوية	15
ط1. "المساعدة الإضافية" من Medicare	15
ي. الضمان الاجتماعي	17
ك. مجلس تقاعد السكك الحديدية	18
ل. الموارد الأخرى	19

أ. خدمات الأعضاء

للاتصال	1-844-964-4433 هذه المكالمات مجانية. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع قد يُطلب منك ترك رسالة بعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والأعياد الفيدرالية. سيتم الرد على مكالمتك خلال يوم العمل التالي. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمات مجانية. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع
فاكس	1-866-319-5225
المراسلات	AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075
الموقع الإلكتروني	www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على المساعدة بشأن ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة بالخطوة
- الأسئلة المتعلقة بالمطالبات أو الفواتير
- قرارات التغطية المتعلقة برعايتك الصحية
 - إن قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية هو قرار يتعلق بما يلي:
 - المزايا التي لديك والخدمات المغطاة أو
 - المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية.
 - اتصل بنا إذا كانت لديك أسئلة عن قرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية.
 - لمزيد من المعلومات عن قرارات التغطية راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- الاستثناءات المتعلقة برعايتك الصحية
 - يعد الاستئناف وسيلة رسمية لطلب مراجعة قرار اتخذناه بشأن تغطيتك وطلب تغييره إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً أو كنت لا توافق على القرار.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطوة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

- لمعرفة المزيد عن تقديم الاستئناف يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا أو الاتصال بخدمات الأعضاء.

● الشكاوى المتعلقة برعايتك الصحية

- يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي مقدم خدمات (بما في ذلك مقدمي الخدمات ضمن الشبكة أو من خارجها). مقدم الخدمات ضمن الشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع خطتنا. يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلينا أو إلى منظمة تحسين الجودة (QIO) بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها (راجع القسم "و").
- يمكنك الاتصال بنا وشرح شكواك على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711).
- إذا كانت شكواك تتعلق بقرار التغطية المتعلق برعايتك الصحية فيمكنك تقديم استئناف (راجع القسم الوارد أعلاه).
- يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج إلكتروني على الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
- يمكنك الاتصال بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في (MI CHHO) Michigan لمساعدتك في شكواك. يمكن التواصل مع مكتب MI CHHO على الرقم 1-800-746-6456 أو www.meji.org/contact-meji.
- لمعرفة المزيد عن تقديم شكوى عن رعايتك الصحية راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

● قرارات التغطية المتعلقة بأدويةك

- إن قرار التغطية المتعلق بأدويةك هو قرار يتعلق بما يلي:
 - المزايا التي لديك والأدوية المغطاة أو
 - المبلغ الذي ندفعه مقابل أدويةك.
- ينطبق هذا على أدوية وعقاقير الجزء "د" من برنامج Medicare التي يغطيها برنامج Michigan Medicaid.
- لمزيد من المعلومات عن قرارات تغطية أدويةك راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

● الاستئنافات المتعلقة بأدويةك

- الاستئناف هو وسيلة لطلب تغيير قرار التغطية.
- لمزيد من المعلومات عن تقديم استئناف بشأن أدويةك راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

● الشكاوى المتعلقة بأدويةك

- يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أي صيدلية. يشمل ذلك تقديم شكوى بشأن أدويةك.

- إذا كانت شكاوك تتعلق بقرار التغطية المتعلق بأدويةك فيمكنك تقديم استئناف. (راجع القسم أعلاه).
- يمكنك تقديم شكوى بشأن خطتنا إلى Medicare. يمكنك استخدام نموذج إلكتروني على الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/my/medicare-complaint. أو يمكنك الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لطلب المساعدة.
- لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى بشأن أدويةك راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- دفع تكاليف الرعاية الصحية أو الأدوية التي سبق لك دفع ثمنها
- لمزيد من المعلومات عن كيفية مطالبتنا برد ما دفعته لك أو سداد فاتورة تلقيتها، راجع **الفصل 7** من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- إذا طلبت منا دفع فاتورة ورفضنا أي جزء من طلبك فيمكنك الاستئناف ضد قرارنا. راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

ب. منسق رعايتك

منسق الرعاية هو متخصص صحي سيساعدك في الحصول على الرعاية والخدمات التي تؤثر على صحتك ورفاهيتك. يتم تعيين منسق رعاية لك عند التسجيل مع AmeriHealth Caritas VIP Care. سيتعرف منسق رعايتك على احتياجاتك وسيعمل معك ومع أطباءك ومقدمي الرعاية الآخرين للتأكد من أن كل شيء يعمل معًا لصالحك. يمكنك مشاركة تاريخك الصحي مع منسق رعايتك وتحديد أهداف للعيش الصحي. كلما كان لديك سؤال أو مشكلة حول صحتك أو الخدمات أو الرعاية التي تحصل عليها منا، يمكنك الاتصال بمنسق رعايتك. منسق رعايتك هو الشخص الذي يشكل "حلقة الوصل" مع AmeriHealth Caritas VIP Care.

هدفنا في AmeriHealth Caritas VIP Care هو تلبية احتياجاتك بطريقة تناسبك. لهذا السبب نطلق على برنامجنا اسم "المرتكز على الشخص". عملية التخطيط التي تركز على الشخص تكون كذلك عندما تعمل مع منسق رعايتك لوضع خطة رعاية تتعلق بأهدافك واختياراتك وقدراتك. عندما تضع خطة رعايتك، يمكنك إشراك الأشخاص الذين تعتقد أنهم أساسيين لنجاحك، مثل أفراد الأسرة أو الأصدقاء أو الممثلين القانونيين.

للتواصل مع منسق رعايتك أو تغييره، اتصل بخدمات أعضاء AmeriHealth Caritas VIP Care على رقم الهاتف الموجود أسفل الصفحة. عند التسجيل في الخطة يتم تعيين منسق رعاية لك تلقائيًا. سيتصل بك منسق رعايتك.

للاتصال	1-844-964-4433. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	711. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً.
المراسلات	AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075
الموقع الإلكتروني	www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

اتصل بمنسق رعايتك للحصول على مساعدة بشأن ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة برعايتك الصحية

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

- الأسئلة المتعلقة بالحصول على خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية واضطراب تعاطي المواد)
- الأسئلة المتعلقة بالمواصلات
- يتم تقديم العديد من مزايا الخدمات والدعم طويل الأجل لجميع المسجلين في الخطة حسب الضرورة الطبية. إذا لم تكن مشاركاً في برنامج الإعفاء، فيمكنك الحصول على بعض المزايا من خلال برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care إذا كانت ضرورية طبيًا.
- يمكنك في بعض الأحيان الحصول على المساعدة في احتياجاتك اليومية المتعلقة بالرعاية الصحية والمعيشة. قد تتمكن من الحصول على الخدمات التالية:
 - الرعاية التمريضية المتخصصة
 - العلاج الطبيعي
 - العلاج المهني
 - علاج النطق
 - خدمات الرعاية الشخصية
 - الرعاية الصحية المنزلية

ج. برنامج MI Options

برنامج مساعدة التأمين الصحي للولاية (SHIP) هو برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين في كل ولاية يقدم مساعدة ومعلومات وإجابات مجانية على أسئلتك المتعلقة ببرنامج Medicare. يُطلق على برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) في Michigan اسم MI Options.

برنامج MI Options هو برنامج حكومي مستقل (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات التأمين الصحي المحلي المجانية للأشخاص المسجلين في Medicare.

للاتصال	1-800-803-7174 من الساعة 8 صباحاً حتى 7 مساءً بالتوقيت الشرقي، من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء أيام العطلات).
TTY	1-888-263-5897 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
المراسلات	6105 St. Joe Hwy #204 Lansing Charter Township, MI 48917
الموقع الإلكتروني	https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports [michigan.gov].

اتصل ببرنامج MI Options للحصول على المساعدة بشأن ما يلي:

- الأسئلة المتعلقة ببرنامج Medicare
- يستطيع مستشارو برنامج MI Options الإجابة على أسئلتك المتعلقة بتغيير الخطة ومساعدتك في:
 - فهم حقوقك،
 - فهم خيارات خطتك،
 - الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بتغيير الخطط،
 - تقديم شكاوى بشأن رعايتك الصحية أو العلاج، و
 - تسوية المشاكل المتعلقة بفواتيرك.

د. منظمة تحسين الجودة

يوجد في ولايتنا منظمة تسمى "Commence Health" لتحسين الجودة. وهي عبارة عن مجموعة من الأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المسجلين في برنامج Medicare. Commence Health هي منظمة مستقلة. ولا علاقة لهذا الأمر بخطتنا.

للاتصال	1-888-524-9900 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 9 صباحًا إلى 5 مساءً (بالتوقيت المحلي) السبت والأحد والعطلات الرسمية من الساعة 10 صباحًا حتى 4 مساءً (بالتوقيت المحلي) هذه المكالمات مجانية.
TTY	تستخدم منظمة تحسين الجودة رقم TTY مباشر. رقم هاتف TTY هو 1-888-985-8775. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
المراسلات	Commence Health 10820 Guilford Rd., Suite 202 Annapolis Junction, MD 20701
الموقع الإلكتروني	https://www.livantaqio.cms.gov/en

اتصل بمنظمة Commence Health للحصول على المساعدة فيما يتعلق بما يلي:

- الأسئلة المتعلقة بحقوق رعايتك الصحية
- تقديم شكوى بشأن الرعاية التي تلقيتها في الحالات التالية:
 - وجود مشكلة في جودة الرعاية الصحية مثل الحصول على دواء خاطئ أو إجراء فحوصات أو عمليات غير ضرورية أو تشخيص خاطئ.
 - إذا كنت تعتقد أن إقامتك في المستشفى ستنتهي قبل الأوان، أو
 - إذا كنت تعتقد أن خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو الرعاية في مرافق التمريض المتخصصة، أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية ستنتهي قبل الأوان.

٥. Medicare

برنامج Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا من ذوي الإعاقة، والأشخاص المصابين بمرض الكلى في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل الكلى أو زراعة الكلى).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid أو CMS اختصارًا. تتعاقد هذه الوكالة مع منظمات Medicare Advantage، بما في ذلك خطتنا.

للاتصال	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات على هذا الرقم مجانية، على مدار ساعات اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048. هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الردشة المباشرة	الردشة المباشرة على www.Medicare.gov/talk-to-someone
المراسلات	راسل Medicare على العنوان التالي PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov - احصل على معلومات عن خطط الرعاية الصحية والأدوية لبرنامج Medicare في منطقتك بما في ذلك تكلفتها والخدمات التي تقدمها. - ابحث عن الأطباء أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية والموردين المشاركين في برنامج Medicare. - تعرف على ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات والتطعيمات واللقاحات وزيارات "العافية" السنوية). - احصل على معلومات ونماذج الاستئناف لبرنامج Medicare. - احصل على معلومات عن جودة الرعاية التي تقدمها الخطط ودور الرعاية والمستشفيات والأطباء ووكالات الرعاية الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومراكز الرعاية التلطيفية ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ومستشفيات الرعاية طويلة الأجل. - ابحث عن المواقع الإلكترونية وأرقام الهواتف المفيدة.

لتقديم شكوى إلى برنامج Medicare، تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ برنامج Medicare شكواك على محمل الجد وسيستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.

و. Michigan Medicaid

يقدم برنامج Michigan Medicaid المساعدة في التكاليف الطبية والخدمات والدعم طويل الأجل للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة.

أنت مسجل في برنامج Medicare وبرنامج Medicaid. إذا كانت لديك أسئلة عن المساعدة التي تحصل عليها من برنامج Medicaid، فاتصل بخط مساعدة المستفيدين على الرقم: 1-800-642-3195 أو تفضل بزيارة

www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support

خط مساعدة المستفيدين 1-800-642-3195 من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 7:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية)	للاتصال
1-866-501-5656. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.	TTY
400 S. Pine St. 5 th Floor Lansing, MI 48933	المراسلات
beneficiarysupport@michigan.gov	البريد الإلكتروني
www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support	الموقع الإلكتروني

يتم تحديد أهلية التسجيل في برنامج Michigan Medicaid من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في Michigan. إذا كانت لديك أسئلة عن أهليتك للتسجيل في برنامج Michigan Medicaid أو التجديد السنوي اتصل بأخصائي وزارة الصحة والخدمات الإنسانية التابع لك. للاستفسارات العامة عن برامج المساعدة التابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، اتصل على الرقم 1-800-642-3195 من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً.

ز. مسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO)

يعمل مسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) للدفاع نيابة عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنه مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله. كما يساعدك MI CHHO في حل المشاكل المتعلقة بالخدمة أو الفواتير. إنه غير مرتبط بخططنا ولا بأي شركة تأمين أو خطة صحية. كما أن خدماته مجانية.

للاتصال	1-888-746-6456
المراسلات	15851 S. US 27, Suite 73 Lansing, MI 48906
البريد الإلكتروني	help@MHLO.org
الموقع الإلكتروني	https://mltcop.org/

ح. برنامج مسؤول الشكاوى للرعاية طويلة الأجل في Michigan (MLTCOP)

يساعد برنامج MLTCOP الناس في الحصول على معلومات عن دور الرعاية وحل المشاكل بين دور الرعاية والمقيمين أو عائلاتهم.

برنامج MLTCOP غير مرتبط بخططنا ولا بأي شركة تأمين أو خطة صحية.

للاتصال	517-827-8040.
المراسلات	MLTCOP - MEJI 15851 S. US 27, Suite 73 Lansing. MI 48906
البريد الإلكتروني	MLTCOP@meji.org
الموقع الإلكتروني	www.mltcop.org/

ط. برامج مساعدة الناس على دفع ثمن الأدوية

يوفر موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) معلومات عن كيفية خفض تكاليف أدويةك. أما بالنسبة للأشخاص ذوي الدخل المحدود، فهناك أيضًا برامج أخرى للمساعدة كما هو موضح أدناه.

ط1. "المساعدة الإضافية" من Medicare

لأنك مؤهل للاستفادة من برنامج Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على "مساعدة إضافية" من Medicare لدفع تكاليف خطة أدويةك. أنت لا تحتاج إلى القيام بأي شيء للحصول على هذه "المساعدة الإضافية".

للاتصال	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات على هذا الرقم مجانية، على مدار ساعات اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
TTY	1-877-486-2048 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.medicare.gov

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح مقابل وصفتك الطبية في الصيدلية، فإن خطتنا بها آلية للمساعدة في الحصول على دليل على مبلغ المشاركة في الرسوم الصحيح. إذا كان لديك بالفعل دليل على المبلغ الصحيح، فيمكننا مساعدتك في مشاركة هذا الدليل معنا.

- يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لطلب المساعدة أو لتقديم أحد المستندات الواردة أدناه لتحديد مستوى رسوم المشاركة الصحيحة الخاص بك. يُرجى ملاحظة أن أي مستند وارد أدناه يجب أن يوضح أنك كنت مؤهلاً للتسجيل في برنامج Medicaid خلال شهر بعد شهر يونيو من العام السابق.

○ نسخة من بطاقة Medicaid الخاصة بك تتضمن اسمك وتاريخ الأهلية ومستوى الحالة؛

○ تقرير عن الاتصال يتضمن تاريخ إجراء مكالمة التحقق إلى مكتب برنامج Medicaid، واسم ووظيفة ورقم هاتف موظف الولاية الذي تحقق من مستوى مزايا Medicaid لحالة Medicaid؛

○ نسخة من مستند حكومي تؤكد الحالة النشطة؛

○ نسخة مطبوعة من ملف التسجيل الإلكتروني الحكومي توضح حالة برنامج Medicaid؛

○ لقطة شاشة مطبوعة من أنظمة Medicaid توضح حالة برنامج Medicaid؛

○ مستندات أخرى مقدمة من الولاية توضح حالة برنامج Medicaid؛

○ إشعار منح دخل الضمان الاجتماعي الإضافي (SSI) مع تاريخ السريان؛ أو

- "رسالة معلومات هامة" من إدارة الضمان الاجتماعي (SSA) تؤكد أنك "مؤهل تلقائيًا للحصول على مساعدة إضافية".
- إذا كنت عضوًا مقيمًا في مؤسسة، فيُرجى تقديم نسخة أو أكثر مما يلي:
- حوالة مالية من مرفق رعاية طويلة الأجل توضح دفعة برنامج Medicaid لشهر تقويمي كامل؛
- نسخة من مستند حكومي تؤكد دفعة برنامج Medicaid إلى مرفق رعاية طويلة الأجل لمدة شهر تقويمي كامل نيابة عنك؛
- لقطة شاشة مطبوعة من أنظمة Medicaid توضح حالتك المؤسسية بناءً على إقامة لمدة شهر تقويمي كامل على الأقل لأغراض دفعة Medicaid
- عندما نحصل على الأدلة التي تثبت المستوى الصحيح للمشاركة في الرسوم سنقوم بتحديث نظامنا حتى تتمكن من دفع مبلغ المشاركة في الرسوم الصحيح عند حصولك على الوصفة الطبية التالية. إذا دفعت مبلغًا زائدًا عن مبلغ مشاركتك في الرسوم فسندرد لك ما دفعته إما عن طريق شيك أو كرسيد مستقبلي للمشاركة في الرسوم. إذا لم تقم الصيدلية بتحصيل مبلغ مشاركتك في الرسوم وكنت مدينًا لها بدين، فقد نقوم بالدفع مباشرة للصيدلية. إذا قامت إحدى الولايات بالدفع نيابة عنك فقد نقوم بالدفع مباشرة إلى تلك الولاية. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة إذا كانت لديك أي أسئلة.

ي. الضمان الاجتماعي

يحدد الضمان الاجتماعي الأهلية لبرنامج Medicare ويتولى عملية التسجيل في Medicare. إذا غيرت مكان إقامتك أو عنوانك البريدي فمن المهم أن تتصل بالضمان الاجتماعي لإبلاغه بذلك.

للاتصال	1-800-772-1213 المكالمات على هذا الرقم مجانية. الاتصال متاح من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك استخدام خدماتهم الهاتفية الآلية للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة في اليوم.
TTY	1-800-325-0778 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به.
الموقع الإلكتروني	www.ssa.gov

ك. مجلس تقاعد السكك الحديدية

مجلس تقاعد السكك الحديدية هو وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج مزايا شاملة لعمال السكك الحديدية وعائلاتهم في الدولة. إذا كان لديك برنامج Medicare من خلال مجلس تقاعد السكك الحديدية فأخبرهم إذا غيرت مكان إقامتك أو عنوانك البريدي. للاستفسار عن المزايا التي لديك من مجلس تقاعد السكك الحديدية يُرجى الاتصال بالوكالة.

1-877-772-5772 المكالمات على هذا الرقم مجانية. اضغط على "0" للتحدث مع ممثل مجلس تقاعد السكك الحديدية من الساعة 9 صباحًا حتى 3:30 مساءً، أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن الساعة 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا يوم الأربعاء. اضغط على "1" للوصول إلى خط المساعدة الآلي لمجلس تقاعد السكك الحديدية والحصول على معلومات مسجلة على مدار 24 ساعة في اليوم، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.	للاتصال
1-312-751-4701 هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به. المكالمات على هذا الرقم ليست مجانية.	TTY
www.rrb.gov	الموقع الإلكتروني

ل. الموارد الأخرى

توفر ولاية Michigan أدوات myHealthButton و myHealthPortal للأعضاء الحاليين المسجلين في برنامج Michigan Medicaid، وبرنامج Healthy Michigan Plan، و MICHild و/أو برنامج خدمات الرعاية الصحية الخاصة للأطفال (CSHCS). تطبيق الهاتف المحمول myHealthButton هو تطبيق عبر الإنترنت يمكن الوصول إليه من أي جهاز متصل بالإنترنت.

نوصي الأعضاء باستخدام التطبيقات بانتظام للاستفادة من الميزات الإضافية.

خط مساعدة المستفيدين على الرقم 1-800-642-3195.	للاتصال
1-866-501-5656	TTY
myHealthButton@michigan.gov.	البريد الإلكتروني
https://myhbcd.state.mi.us/myHBPublic/landing.action?request_locale=en	الموقع الإلكتروني

كيفية الاتصال بخط استشارات التمريض على مدار 24 ساعة

خط الاتصال باستشارات التمريض متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع هو خدمة مجانية تتيح الوصول إلى ممرضة مسجلة يمكنها الإجابة على أسئلتك عن المخاوف الصحية. خط الاتصال باستشارات التمريض متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع ويعمل به ممرضون مسجلون سبعة أيام في الأسبوع. إذا لم تتمكن من الوصول إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك (PCP) وتعتقد أنك بحاجة إلى رعاية عاجلة، يمكنك الاتصال بخط استشارات التمريض متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ستساعدك ممرضة على اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت بحاجة إلى الذهاب إلى عيادة مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك أو مركز رعاية عاجلة أو إلى غرفة الطوارئ القريبة منك.

1-855-843-1145. هذه المكالمات مجانية.	للاتصال
24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	
711. هذه المكالمات مجانية.	TTY
24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع.	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritsavipcare.com/mi.

كيفية الاتصال بخط المعلومات العامة للصحة السلوكية وخط أزمات الصحة السلوكية

ستتوفر خدمات الصحة السلوكية لأعضاء برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care من خلال شبكة مقدمي خدمات الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين (PIHP) المحلية. سيستمر الأعضاء الذين يتلقون الخدمات من خلال الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين (PIHP) في الحصول عليها وفقاً لخطة رعايتهم. ستقدم شركة AmeriHealth Caritas VIP Care خدمات الرعاية الشخصية التي كان يقدمها سابقاً برنامج المساعدة المنزلية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية (DHHS). تتوفر خدمات الصحة السلوكية الأخرى الضرورية طبياً والإعاقة الذهنية/النمائية واضطراب تعاطي المواد بما في ذلك العلاج النفسي أو الاستشارة (الفردية والعائلية والجماعية) عند الاقتضاء، ويتم تنسيقها من خلال خطة التأمين الصحي والخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين (PIHP). لا توجد طريقة خاطئة لطلب هذه الخدمات أو الحصول عليها.

إذا كانت لديك أسئلة عن خدمات الصحة السلوكية الخاصة بك، فاتصل بـ AmeriHealth Caritas VIP Care. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة فورية أو كنت تعاني من أزمة صحية سلوكية فاتصل بالرقم 988 للوصول إلى خط الحياة للتعامل مع الأزمات والانتحار أو اتصل بأحد موارد الأزمات التالية.

خط المعلومات العامة للصحة السلوكية في مقاطعة Macomb:

1-855-996-2264. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 8:30 مساءً. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	للاتصال
711. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 4:45 مساءً.	TTY

خط المعلومات العامة للصحة السلوكية في مقاطعة Wayne:

1-800-241-4949 هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	للاتصال
1-800-630-1044 هذه المكالمات مجانية. هذا الرقم مخصص للأشخاص الذين يعانون من مشاكل في السمع أو الكلام. يجب أن يكون لديك جهاز هاتف خاص للاتصال به. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً.	TTY

خط أزمات الصحة السلوكية في مقاطعة Macomb

1-586-307-9100 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	للاتصال
.711 على مدار الساعة، 7 أيام في الأسبوع	TTY

خط أزمات الصحة السلوكية في مقاطعة Wayne

هذه المكالمات مجانية. 1-800-241-4949 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	للاتصال
.711 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع.	TTY

الفصل 3: استخدام تغطية خطتنا لرعايتك الصحية والخدمات المغطاة الأخرى

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على شروط وقواعد محددة تحتاج إلى معرفتها للحصول على الرعاية الصحية والخدمات الأخرى المغطاة بخطتنا. كما يخبرك أيضًا عن منسق رعايتك وكيفية الحصول على الرعاية من عدة أنواع من مقدمي الخدمات وفي ظل ظروف خاصة معينة (بما في ذلك من مقدمي الخدمات أو صيدليات خارج الشبكة)، وماذا تفعل إذا تم إصدار فاتورة لك مباشرة مقابل الخدمات التي نغطيها، وقواعد امتلاك المعدات الطبية المعمرة. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

- أ. معلومات عن الخدمات ومقدمي الخدمات 3
- ب. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا 3
- ج. منسق رعايتك 4
- ج1. من هو منسق الرعاية 4
- ج2. كيفية التواصل مع منسق رعايتك 4
- ج3. كيف يمكنك تغيير منسق رعايتك 4
- د. الرعاية المقدمة من مقدمي الخدمات 4
- د1. الرعاية المقدمة من مقدم الرعاية الصحية الأولية 4
- د2. الرعاية المقدمة من الأخصائيين ومقدمي خدمات الشبكة الآخرين 6
- د3. عندما يترك مقدم الخدمات خطتنا 6
- د4. مقدمو الرعاية الصحية خارج الشبكة 7
- هـ. الخدمات والدعم طويل الأجل 8
- و. خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية واضطراب تعاطي المواد) 8
- ز. كيفية الحصول على الرعاية الموجهة ذاتيًا 8
- ز1. ما هي الرعاية الموجهة ذاتيًا 8
- ز2. من يمكنه الحصول على الرعاية الموجهة ذاتيًا (على سبيل المثال، إذا كانت مقتصرة على الفئات المشمولين بالإعفاء) 8

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-

4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- 9..... 3. كيفية الحصول على المساعدة في توظيف مقدمي الرعاية الشخصية (حيثما انطبق ذلك)..... 9
- 9..... ح. خدمات النقل..... 9
- 10..... ط. الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية، أو عند الحاجة العاجلة، أو أثناء كارثة..... 10
- 10..... 1ط. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية..... 10
- 11..... 2ط. الرعاية المطلوبة بشكل عاجل..... 11
- 12..... 3ط. الرعاية أثناء كارثة..... 12
- 12..... ي. ماذا لو تم إصدار فاتورة لك مباشرة مقابل الخدمات المغطاة..... 12
- 12..... ي1. ماذا تفعل إذا لم تغطِ خطتنا الخدمات..... 12
- 13..... ك. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية..... 13
- 13..... ك1. تعريف الدراسة البحثية السريرية..... 13
- 13..... ك2. الدفع مقابل الخدمات عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية..... 13
- 13..... ك3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية..... 13
- 14..... ل. كيف يتم تغطية خدمات رعايتك الصحية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية..... 14
- 14..... ل1. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية..... 14
- 14..... ل2. الرعاية المقدمة من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية..... 14
- 14..... م. المعدات الطبية المعمرة..... 14
- 14..... م1. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا..... 14
- 15..... م2. ملكية المعدات الطبية المعمرة في حالة التحويل إلى برنامج Medicare الأصلي..... 15
- 15..... م3. مزايا معدات الأكسجين كعضو في خطتنا..... 15
- 16..... م4. معدات الأكسجين عند التحويل إلى برنامج Medicare الأصلي أو خطة أخرى من خطط Medicare Advantage (MA)..... 16

أ. معلومات عن الخدمات ومقدمي الخدمات

الخدمات هي الرعاية الصحية والخدمات والدعم طويل الأجل والمستلزمات وخدمات الصحة السلوكية وأدوية الوصفات الطبية وتلك التي لا تستلزم وصفة طبية والمعدات وغيرها من الخدمات. **الخدمات المغطاة** هي أي من هذه الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. الرعاية الصحية المغطاة والصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأجل موجودة في **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا. خدماتك المغطاة لأدوية الوصفات الطبية وتلك التي لا تستلزم وصفة طبية موجودة في **الفصل 5** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

مقدمو الخدمات هم الأطباء وطاقم التمريض وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية وهم مرخصون من قبل الولاية. يشمل مقدمو الخدمات أيضًا المستشفيات، ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم لك خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية والمعدات الطبية وبعض الخدمات والدعم طويل الأجل.

مقدمو خدمات الشبكة هم مقدمو الخدمات الذين يعملون مع خطتنا. يوافق مقدمو الخدمات هؤلاء على قبول ما ندفعه كدفعه كاملة. لقد رتبنا مع مقدمي الخدمات هؤلاء لتقديم الخدمات المغطاة لك. يصدر مقدمي خدمات الشبكة فواتيرهم لنا مباشرة مقابل الرعاية التي يقدمونها لك. عندما تستخدم مقدم خدمات الشبكة فعادةً لا تدفع شيئاً نظير الخدمات المغطاة.

ب. قواعد الحصول على الخدمات التي تغطيها خطتنا

تغطي خطتنا جميع الخدمات التي يغطيها برنامجا Medicare و Michigan Medicaid. يشمل ذلك الصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأجل.

ستدفع خطتنا بشكل عام مقابل خدمات الرعاية الصحية وخدمات الصحة السلوكية المغطاة والخدمات والدعم طويل الأجل التي تحصل عليها عند اتباعك لقواعدنا. شروط تغطية خطتنا:

- يجب أن تكون الرعاية التي تتلقاها مدرجة في جدول المزايا الطبية الخاص بنا في **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- يجب أن تكون الرعاية **ضرورية طبيًا**. نعني بعبارة "ضرورية طبيًا" أنك تحتاج إلى خدمات للوقاية من حالتك أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. يشمل ذلك الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى المستشفى أو مرفق تمرير. يعني ذلك أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بمعايير الممارسة الطبية المقبولة.
- للحصول على الخدمات الطبية يجب أن يكون لديك **مقدم رعاية صحية أولية** ضمن الشبكة يقوم بتقديم الرعاية والإشراف عليها. بصفتك عضوًا في الخطة يجب عليك اختيار مقدم خدمات ضمن الشبكة ليكون مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك (لمزيد من المعلومات انتقل إلى **القسم د1** من هذا الفصل).
- لست بحاجة إلى إحالات من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك للرعاية الطارئة أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل أو لاستخدام مقدم رعاية صحية نسائية. يمكنك الحصول على أنواع أخرى من الرعاية دون الحاجة إلى إحالة من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك (لمزيد من المعلومات انتقل إلى **القسم د1** في هذا الفصل).
- **يجب عليك الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات الشبكة** (لمزيد من المعلومات انتقل إلى **القسم د** في هذا الفصل). عادةً لن نغطي الرعاية المقدمة من مقدم خدمة لا يعمل ضمن خطتنا الصحية. هذا يعني أنه سيتعين عليك دفع المبلغ كاملاً لمقدم الخدمة مقابل الخدمات التي تحصل عليها. فيما يلي بعض الحالات التي لا تنطبق فيها هذه القاعدة:

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.

- نحن نغطي الرعاية الطارئة أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل من مقدم خدمة خارج الشبكة (لمزيد من المعلومات انتقل إلى القسم "ط" في هذا الفصل).
- إذا كنت بحاجة إلى رعاية تغطيها خطتنا ولا يستطيع مقدمو خدمات شبكتنا تقديمها لك، فيمكنك الحصول على الرعاية من مقدم خدمة خارج الشبكة. يتحمل مقدم الخدمات خارج الشبكة مسؤولية الحصول على موافقة مسبقة على الخدمات المقدمة خارج الشبكة. في هذه الحالة نغطي الرعاية كما لو كنت قد حصلت عليها من مقدم خدمات الشبكة. للحصول على معلومات عن الحصول على موافقة لاستخدام مقدم خدمات خارج الشبكة انتقل إلى القسم 4 في هذا الفصل.
- نحن نغطي خدمات غسيل الكلى عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا لفترة قصيرة أو عندما يكون مقدم الخدمات لديك غير متاح مؤقتاً أو لا يمكن الوصول إليه. اتصل بخدمة الأعضاء إذا أمكن على الرقم الوارد أسفل الصفحة قبل مغادرة منطقة الخدمة حتى نتمكن من مساعدتك في ترتيب جلسات غسيل الكلى الدورية أثناء وجودك خارج المنطقة.

ج. منسق رعايتك

ج1. من هو منسق الرعاية

سيساعدك منسق رعايتك في تحديد الأولويات وربط جميع أطباءك وصيدياتك وخدمات رعاية الصحية السلوكية ودعم الرعاية طويلة الأجل من خلال خططك الصحية. سيساعد منسق الرعاية في ضمان تعاون أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين لتلبية احتياجاتك واحترام خياراتك. يقوم منسق الرعاية بتوصيلك بالدعم والخدمات التي تحتاجها لتكون بصحة جيدة ولتعيش في المكان الذي ترغب فيه. سيساعدك هذا الشخص في خطة رعايتك ويجب على أسنلتك وبمساعذك في الحصول على المواعيد والخدمات ويرتب وسائل المواصلات لك وغير ذلك الكثير.

ج2. كيفية التواصل مع منسق رعايتك

يمكنك الاتصال بمنسق رعايتك عن طريق الاتصال بالرقم 1-844-964-4433 أو بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433.

ج3. كيف يمكنك تغيير منسق رعايتك

يمكنك طلب تغيير منسق رعايتك في أي وقت عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711).

د. الرعاية المقدمة من مقدمي الخدمات

د1. الرعاية المقدمة من مقدم الرعاية الصحية الأولية

يجب عليك اختيار مقدم رعاية صحية أولية لتوفير وإدارة رعايتك.

تعريف مقدم الرعاية الصحية الأولية وماذا يقدم لك

مقدم الرعاية الصحية الأولية هو طبيب يستوفي متطلبات برنامج Medicare ومتطلبات الولاية وهو مدرب على تقديم الرعاية الطبية الأساسية لك.

هناك عدة أنواع من مقدمي الرعاية الصحية الذين يمكنهم العمل كمقدمي رعاية صحية أولية. قد يكون مقدمو الرعاية الصحية الأولية ممرضين ممارسين أو مساعدين طبيين أو أطباء حاصلين على شهادة البورد أو أخصائيًا يختاره العضو. يتخصص مقدمو الرعاية الصحية الأولية بشكل عام في طب الأسرة أو الطب العام أو الطب الباطني أو طب الشيخوخة. يحق للعضوات اختيار أخصائية صحة المرأة لتكون مقدم الرعاية الصحية الأولية لديهن. قد يمكنك الحصول على أخصائي يعمل كمقدم رعاية صحية أولية لديك. يمكن للأخصائي أن يعمل كمقدم رعاية صحية أولية لديك ما دام يؤدي وظائف مقدم الرعاية الصحية الأولية. سيسمح لنا ذلك بتعيينهم لك ودفع مطالبات مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. إذا كنت ترغب في أن يعمل طبيبك المختص كمقدم رعاية صحية أولية لديك فاتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء لتقديم الطلب.

سيقوم مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك بتنسيق الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو في خطتنا. مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك هو جزء من فريق رعايتك. يعمل فريق رعايتك معًا للتأكد من تنسيق رعايتك الصحية. وهذا يعني أن مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك يجب أن يعرف جميع الأدوية التي تتناولها لتقليل أي آثار سلبية لها. سيأخذ مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك إذنك قبل مشاركة معلوماتك الطبية مع مقدمي الخدمة الآخرين.

يتمثل دور مقدم الرعاية الصحية الأولية فيما يلي:

- تنسيق الخدمات المغطاة.
- اتخاذ القرارات بشأن الموافقة المسبقة أو الحصول عليها، حيثما تطلب الأمر.
- بالنسبة لبعض أنواع الخدمات قد يحتاج مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك إلى الحصول على موافقة مسبقة من AmeriHealth Caritas VIP Care (يسمى هذا الحصول على "موافقة مسبقة"). في هذه الحالات، سيطلب من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك تقديم معلومات عن حالتك الطبية وخطة العلاج المقترحة حتى تتمكن AmeriHealth Caritas VIP Care من تحديد ما إذا كانت الخدمة ضرورية طبيًا.
- بدء ومتابعة الإحالات إلى الخدمات المتخصصة عند الحاجة.
- المشاركة كعضو في فريق الرعاية المتكاملة للأعضاء.

يمكن أن تكون عيادة الصحة الريفيه (RHC) أو مركز الصحة المؤهل اتحاديًا (FQHC) الموجود في شبكتنا هو مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك يجوز لأعضاء السكان الأصليين الأمريكيين/سكان ألأسكا الأصليين اختيار مقدم الخدمات الصحية الهندية المتعاقد معه/مرفق تديره القبيلة/برنامج/عيادة حضرية هندية كمقدم رعاية صحية أولية لهم.

اختيارك لمقدم الرعاية الصحية الأولية

ينبغي عليك اختيار مقدم رعاية صحية أولية تشعر بالراحة في مراجعته والتعامل معه لإدارة جميع احتياجاتك الصحية. إذا لم تختار مقدم رعاية صحية أولية خلال أول 90 يومًا من التسجيل وقامت AmeriHealth Caritas VIP Care بمحاولات معقولة وغير ناجحة لمساعدتك (عبر الهاتف أو البريد) في اختيار مقدم رعاية صحية أولية، فستقوم AmeriHealth Caritas VIP Care بتعيين مقدم رعاية صحية أولية لك ثم إخطارك أنت ومقدم الرعاية الصحية الأولية بالتعيين. إن تعيين مقدم الرعاية الصحية الأولية لن يؤثر سلبًا على أي حقوق انتقالية قد تكون لديك.

خيارات تغيير مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك لأي سبب وفي أي وقت. من المحتمل أيضًا أن يترك مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك شبكة خطتنا. إذا ترك مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك شبكتنا فيمكننا مساعدتك في العثور على مقدم رعاية صحية أولية جديد في شبكتنا.

سيتمكن عليك الاتصال بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء لتغيير مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. يمكنك الاتصال بمنسق رعايتك من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 5 مساءً. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

سيدخل التغيير حيز التنفيذ فور استلامنا لطلبك بتغيير مقدم الرعاية الصحية الأولية.

2. الرعاية المقدمة من الأخصائيين ومقدمي خدمات الشبكة الآخرين

الأخصائي هو طبيب يقدم الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء معين من الجسم. يوجد أنواع كثيرة من الأخصائيين مثل:

- أطباء الأورام لرعاية مرضى السرطان.
- أطباء القلب لرعاية مرضى مشاكل القلب.
- أطباء العظام لرعاية مرضى مشاكل العظام أو المفاصل أو العضلات.

عندما تحتاج إلى رعاية من مقدمي الخدمات المتخصصين، بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية المنزلية وخدمات الصحة السلوكية، ستحتاج إلى تنسيق الرعاية مع مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. سيساعدك مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك في اختيار مقدم خدمة مناسب ضمن الشبكة وسيكمل أي متطلبات ضرورية نيابةً عنك. إذا كانت لديك أي مخاوف أو أسئلة، يمكنك الاتصال بمنسق رعايتك للحصول على المساعدة. بالنسبة لبعض الخدمات، قد يحتاج مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك أو الأخصائي إلى الحصول على موافقة مسبقة من خطتنا. بالنسبة لبعض الأدوية، يجب على طبيبك أو أي شخص آخر يصف لك الدواء الحصول على موافقة من خطتنا قبل صرف الوصفة الطبية. إذا لم تحصل على موافقة فقد لا تغطي AmeriHealth Caritas VIP Care الخدمة أو الدواء. وهذا ما يسمى "بالموافقة المسبقة". في هذه الحالات، سيطلب من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك أو الأخصائي تقديم معلومات عن حالتك الطبية والعلاج المقترح حتى تتمكن الخطة من تحديد ما إذا كانت الخدمة ضرورية طبيًا. يُرجى الرجوع إلى جدول المزاي في الفصل 4، القسم د، للحصول على معلومات عن الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة.

إن اختيار مقدم رعاية صحية أولية لا يقتصر على أخصائيين أو مستشفيات محددة. ليس لدينا شبكات فرعية أو دوائر إحالة. يجب عليك مراجعة الأخصائيين ضمن شبكتنا.

3. عندما يترك مقدم الخدمات خطتنا

قد يترك مقدم خدمات الشبكة الذي تستخدمه خطتنا. إذا ترك أحد مقدمي الخدمات لديك خطتنا، فلديك الحقوق والحماية التي تم تلخيصها كما يلي:

- حتى لو تغيرت شبكة مقدمي الخدمات لدينا خلال العام، يجب أن نوفر لك وصولاً إلى مقدمي الخدمات المؤهلين بلا انقطاع.
- سنبلغك بأن مقدم الخدمات لديك سيتترك خطتنا حتى يكون لديك الوقت الكافي لاختيار مقدم خدمات جديد.
- إذا ترك مقدم الرعاية الصحية الأولية أو مقدم خدمات الصحة السلوكية خطتنا، فسنخطرِك إذا كنت قد راجعت مقدم الخدمات هذا خلال الثلاث سنوات الماضية.
- إذا ترك أي من مقدمي الخدمات الآخرين خطتنا، فسنخطرِك إذا كنت مرتبطاً بمقدم الخدمات، أو تتلقى الرعاية منه حالياً، أو راجعته خلال الثلاثة أشهر الماضية.

- سنساعدك في اختيار مقدم خدمات مؤهل جديد ضمن الشبكة لمواصلة إدارة احتياجات رعايتك الصحية.
- إذا كنت تخضع حاليًا للعلاج الطبي أو العلاجات مع مقدم الخدمات الحالي، فلديك الحق في طلب الاستمرار في الحصول على العلاج أو العلاجات الضرورية طبيًا. سنعمل معك حتى تتمكن من الاستمرار في تلقي الرعاية.
- سنقدم لك معلومات عن فترات التسجيل المتاحة والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- إذا لم نتمكن من العثور على أخصائي مؤهل يمكن الوصول إليه ضمن الشبكة، فيجب علينا ترتيب أخصائي خارج الشبكة لتقديم الرعاية لك عندما يكون مقدم الخدمات أو المزايا داخل الشبكة غير متوفر أو غير كافٍ لتلبية احتياجاتك الطبية. يلزم الحصول على موافقة مسبقة.
- إذا اكتشفت أن أحد مقدمي الخدمات لديك سيتترك خططنا فاتصل بنا. بإمكاننا مساعدتك في اختيار مقدم خدمات جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نستبدل مقدم الخدمات السابق لديك بمقدم خدمات مؤهل أو أننا لا ندير رعايتك بشكل جيد، فلديك الحق في تقديم شكوى تتعلق بجودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة، أو تقديم تظلم يتعلق بجودة الرعاية، أو كليهما. (راجع الفصل 9 لمزيد من المعلومات.)

4. مقدمو الرعاية الصحية خارج الشبكة

في معظم الحالات، لن يتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمات خارج الشبكة (مقدم خدمات ليس جزءًا من شبكة خطتنا). فيما يلي ثلاثة استثناءات:

- تغطي الخطة الرعاية الطارئة أو الرعاية العاجلة التي تحصل عليها من مقدم خدمات خارج الشبكة. لمزيد من المعلومات ولمعرفة معنى الرعاية الطارئة أو العاجلة، انظر القسم "ط" في هذا الفصل.
 - تغطي الخطة خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة غسيل كلى معتمدة من Medicare عندما تكون خارج منطقة الخدمة المغطاة في الخطة مؤقتًا.
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية تتطلب خطة Medicare أو Medicaid من خطتنا لتغطيتها ولم يتمكن مقدمو الخدمات في شبكتنا من تقديم هذه الرعاية، فيمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم خدمات خارج الشبكة.
- يتحمل مقدم الخدمات خارج الشبكة مسؤولية الحصول على موافقة مسبقة على الخدمات المقدمة خارج الشبكة من الخطة. للحصول على موافقة مسبقة يجب على مقدم الخدمات خارج الشبكة الاتصال بالخطة. سنطلب من مقدم الخدمات إعطائنا معلومات عن حالتك الطبية وخطة العلاج المقترحة حتى تتمكن الخطة من تحديد ما إذا كانت الخدمة ضرورية طبيًا.
- إذا كنت تستخدم مقدم خدمات خارج الشبكة، فيجب أن يكون مقدم الخدمات مؤهلاً للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Michigan Medicaid.
- لا يمكننا الدفع لمقدم خدمات غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare و/أو برنامج Michigan Medicaid.
 - إذا استخدمت مقدم خدمات غير مؤهل للمشاركة في برنامج Medicare، فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة للخدمات التي تحصل عليها.
 - يجب على مقدمي الخدمات إخبارك إذا لم يكونوا مؤهلين للمشاركة في برنامج Medicare.

ه. الخدمات والدعم طويل الأجل

الخدمات والدعم طويل الأجل هي خدمات تساعد كبار السن والأشخاص ذوي الإعاقة على تلبية احتياجاتهم اليومية من المساعدة وتحسين نوعية حياتهم. تشمل أمثلة الخدمات والدعم طويل الأجل المساعدة في الاستحمام وارتداء الملابس والأنشطة الأساسية الأخرى للحياة اليومية والرعاية الذاتية، بالإضافة إلى دعم المهام اليومية مثل غسيل الملابس والتسوق والمواصلات. يتم توفير الخدمات والدعم طويل الأجل على مدى فترة ممتدة عادة في المنازل والمجتمعات ولكن أيضًا في دور الرعاية وغيرها من المرافق.

يتم تقديم مزايا الخدمات والدعم طويل الأجل لجميع المسجلين في الخطة حسب الضرورة الطبية. بصفتك عضوًا، يمكنك الحصول على مزايا الخدمات والدعم طويل الأجل من خلال برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care إذا اعتبرت الخدمات ضرورية طبيًا. يتم تحديد الضرورة الطبية من خلال تقييم منزلي يتم إجراؤه بواسطة فرق تنسيق الرعاية والخدمات والدعم طويل الأجل وتنسيق الدعم التابعة لنا. إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى الخدمات والدعم طويل الأجل، يمكنك التحدث مع منسق رعايتك عن كيفية الوصول إليها. بإمكان منسق رعايتك تزويدك بمعلومات عن الموارد المتاحة لك بموجب الخطة. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

و. خدمات الصحة السلوكية (الصحة النفسية واضطراب تعاطي المواد)

توجد عدة طرق للعثور على مقدم خدمات الصحة السلوكية. يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، المكالمات مجانية. بإمكان خدمات الأعضاء مساعدتك في العثور على أخصائي في الصحة النفسية مثل طبيب نفسي أو طبيب آخر يقدم خدمات الصحة النفسية التي تغطيها Medicare.

يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق رعايتك أو البحث عن مقدم خدمات الصحة السلوكية في دليل مقدمي الخدمات والصيديات. تقدم الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين (PIHP) خدمات الصحة السلوكية التابعة لبرنامج Medicaid لأعضاء خطتنا. ابحث في الدليل المطبوع أو دليل مقدمي الخدمات عبر الإنترنت عن "الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين".

جميع خدمات الصحة السلوكية التي يقدمها برنامجا Medicaid و Medicare تغطيها خطتك. ستستمر جميع خدمات الصحة السلوكية الحالية لبرنامجي Medicare و Medicaid متاحة للأشخاص الذين يتلقون الرعاية حاليًا والذين يسجلون في MICH. تُدار بعض خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicaid من قبل الخطط الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين (PIHPs) في Michigan، وهي منظمات تتعاقد معها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في Michigan لإدارة مزايا الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicaid. سنقوم بإدارة جميع خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicaid والتي لا تديرها الخطط الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين وجميع خدمات الصحة السلوكية التي يغطيها برنامج Medicare. إذا كانت لديك أسئلة عن الصحة السلوكية، فاتصل بمنسق رعايتك.

ز. كيفية الحصول على الرعاية الموجهة ذاتيًا

1. ما هي الرعاية الموجهة ذاتيًا

لديك خيار توجيه خدماتك بنفسك إذا كنت مؤهلاً لذلك. ستتحكم في الميزانية وسيكون لك الحق في توظيف وإدارة العاملين في مجال الرعاية الشخصية وغيرهم من مقدمي الخدمات.

2. من يمكنه الحصول على الرعاية الموجهة ذاتيًا (على سبيل المثال، إذا كانت مقتصرة على الفئات المشمولين بالإعفاء)

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

سيعمل منسق رعايتك معك لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على خدمات التوجيه الذاتي.

3. كيفية الحصول على المساعدة في توظيف مقدمي الرعاية الشخصية (حيثما انطبق ذلك)

تحدث مع منسق رعايتك إذا كنت تعتقد أنك بحاجة إلى خدمات يمكنك توجيهها ذاتيًا.

ح. خدمات النقل

تغطي AmeriHealth Caritas VIP Care النقل الطبي للحالات غير الطارئة. يتم توفير النقل الطبي للحالات غير الطارئة لجميع المسجلين الذين لديهم احتياجات نقل طبي غير طارئة مثل حضور مواعيد الأطباء والذهاب إلى الصيدلية والحصول على العلاج الطبيعي. للاستفادة من هذه الميزة اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711) من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. يمكنك أيضًا الاتصال بمنسق رعايتك الذي يمكنه مساعدتك في استخدام ميزة النقل الخاصة بك. يجب جدولة الرحلات قبل 24 ساعة على الأقل من الموعد، إلا في ظروف خاصة. يتعين عليك حجز خدمات النقل فورًا بعد تحديد موعد زيارة الطبيب. لا يمكن ترتيب النقل قبل أكثر من 30 يومًا. يتمتع الأعضاء برحلات غير محدودة إلى المواقع المعتمدة في الخطة.

يمكنك أيضًا اتخاذ الترتيبات اللازمة لاسترداد تكاليف الأميال التي تستخدمها في الرحلات الطبية غير الطارئة. لمزيد من المعلومات عن تعويض تكاليف الأميال اتصل بخدمة الأعضاء أو تواصل مع منسق رعايتك. للحصول على تعويض عن أميالك يجب عليك القيام بما يلي:

1. اطلب ترتيب تعويض عن تكاليف أميال الرحلة.
 2. أحضر معك إلى موعدك نموذج استرداد تكاليف الأميال. يجب على مقدم الخدمات لديك التوقيع على النموذج.
 3. أكمل باقي النموذج. تأكد من إدخال عدد الأميال لاسترداد التكاليف.
 4. أعد النموذج إلى AmeriHealth Caritas VIP Care.
- قد تتمكن من مساعدتك في الوصول إلى مواعيدك الطبية، وإذا كنت مؤهلاً، فقد تتمكن من مساعدتك في توفير وسائل النقل لأمر آخر. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في النقل تحدث مع منسق رعايتك.

ط. الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية، أو عند الحاجة العاجلة، أو أثناء كارثة

ط1. الرعاية في حالات الطوارئ الطبية

حالة الطوارئ الطبية هي حالة طبية مصحوبة بأعراض مثل المرض أو الألم الشديد أو الإصابة الخطيرة أو حالة طبية تتفاقم بسرعة. إن هذه الحالة خطيرة للغاية وإذا لم تتلق عناية طبية فورية فقد تتوقع أنت أو أي شخص لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن تؤدي إلى:

- خطر جسيم على حياتك، وإذا كنتِ حاملاً، فقد تتعرضين لفقدان جنينك، أو
- فقدان أو إلحاق ضرر جسيم بوظائف الجسم، أو
- فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف، أو
- في حالة المرأة الحامل التي تكون في مرحلة المخاض النشط، عندما:
 - لا يوجد وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة.
 - قد يشكل نقلك إلى مستشفى آخر تهديداً لصحتك أو سلامتك أو صحة وسلامة طفلك الذي لم يولد بعد.

إذا كان لديك حالة طوارئ طبية:

- **احصل على المساعدة بأسرع وقت ممكن.** اتصل برقم 911 أو استخدم أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل بالإسعاف إذا كنت بحاجة إليه. لا تحتاج إلى موافقة أو إحالة من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. لست بحاجة إلى استخدام مقدم خدمات الشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة المغطاة كلما احتجت إليها، في أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها أو في جميع أنحاء العالم، من أي مقدم خدمات حاصل على ترخيص مناسب من الولاية حتى لو لم يكن جزءاً من شبكتنا.
- **أبلغ خطتنا في أسرع وقت ممكن عن حالة الطوارئ التي تواجهها.** إننا نتابع رعايتك في حالات الطوارئ. يجب عليك أو على شخص آخر الاتصال بنا لإخبارنا عن الرعاية الطارئة التي تحتاجها، عادةً خلال 48 ساعة. رغم ذلك، فلن تدفع مقابل خدمات الطوارئ إذا تأخرت في إخبارنا. اتصل بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الوارد أسفل الصفحة.

الخدمات المغطاة في حالات الطوارئ الطبية

يُرجى العلم أن برنامج Medicare الأصلي لا يغطي بشكل عام الرعاية الصحية، بما في ذلك خدمات الطوارئ التي يتم تلقيها خارج الولايات المتحدة وأراضيها.

تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي فيها الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي طريقة أخرى إلى تعريض صحتك للخطر. كما نغطي الخدمات الطبية أثناء حالات الطوارئ. لمعرفة المزيد راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا:

يقرر مقدمو الرعاية الطارئة متى تستقر حالتك وتنتهي حالة الطوارئ الطبية. سيستمرون في علاجك وسيصلون بنا لوضع الخطط إذا كنت بحاجة إلى متابعة رعايتك للتحسن.

تغطي خطتنا متابعة رعايتك. إذا تلقيت رعاية الطوارئ من مقدمي خدمات خارج الشبكة، فسنحاول إقناع مقدمي خدمات الشبكة بتولي رعايتك في أسرع وقت ممكن.

الحصول على رعاية طارئة حتى لو لم تكن الحالة حالة طارئة

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كنت تعاني من حالة طوارئ صحية طبية أو سلوكية. قد تذهب لتلقي رعاية طارئة ويقول الطبيب إنها لم تكن حالة طارئة بالفعل. ما دمت تعتقد بشكل معقول أن صحتك في خطر جسيم، فإننا نغطي تكاليف رعايتك.

مع ذلك، بعد أن يقول الطبيب إنها لم تكن حالة طارئة، فإننا نغطي تكاليف الرعاية الإضافية فقط في الحالات التالية:

- أنت تستخدم مقدم خدمات الشبكة أو
- تعتبر الرعاية الإضافية التي تتلقاها "رعاية مطلوبة بشكل عاجل" وأنك تتبع القواعد للحصول عليها. راجع القسم التالي.

2. الرعاية المطلوبة بشكل عاجل

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل هي الرعاية التي تحصل عليها في حالة ليست طارئة لكنها تحتاج إلى رعاية فورية. على سبيل المثال، قد تعاني من تفاقم حالة مرضية موجودة أو مرض أو إصابة غير متوقعة.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل في منطقة خدمة خطتنا

في معظم الحالات، لا نغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل إلا في الحالات التالية:

- أن تحصل على هذه الرعاية من مقدم خدمات الشبكة و
 - أن تتبع القواعد الموضحة في هذا الفصل.
- إذا لم يكن من الممكن أو المعقول الوصول إلى مقدم خدمات الشبكة، بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فإننا نغطي الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من مقدم خدمات خارج الشبكة.

إذا احتجت إلى رعاية عاجلة لكنك لم تكن متأكدًا مما إذا كانت حالتك تتطلب خدمات الطوارئ أم لا، فاتصل بمقدم الرعاية الصحية الأولية لديك أولاً. إذا لم تتمكن من الوصول إلى مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك، فاتصل بخط الاتصال التمرضي على الرقم 1-855-843-1145 (TTY 711) على مدار 24 ساعة في اليوم سبعة أيام في الأسبوع. هذه المكالمات مجانية. سيساعدك مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك على اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت بحاجة إلى الانتقال إلى غرفة الطوارئ أو عيادة مقدم الرعاية الصحية الأولية أو مركز رعاية عاجلة بالقرب منك.

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل خارج منطقة خدمة خطتنا

عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا قد لا تتمكن من الحصول على الرعاية من مقدم الخدمات. في هذه الحالة تغطي خطتنا الرعاية المطلوبة بشكل عاجل التي تحصل عليها من أي مقدم خدمات. مع ذلك، فإن الزيارات الروتينية الضرورية طبياً لمقدم الخدمات مثل الفحوصات السنوية لا تعتبر ضرورية بشكل عاجل حتى لو كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتاً.

تغطي خطتنا خدمات الطوارئ والرعاية المطلوبة بشكل عاجل في جميع أنحاء العالم خارج الولايات المتحدة وأراضيها في الظروف التالية: خدمات الطوارئ، بما في ذلك الرعاية الطارئة أو الرعاية المطلوبة بشكل عاجل ونقل سيارات الإسعاف من مكان الطوارئ إلى أقرب مرفق علاج طبي. لا يغطي التأمين تكاليف العودة من بلد آخر إلى الولايات المتحدة. لا يتم تغطية العلاجات المجدولة مسبقاً والمخطط لها مسبقاً (بما في ذلك غسيل الكلى لحالة مزمنة) و/أو الإجراءات الاختيارية.

ط3. الرعاية أثناء كارثة

إذا أعلن حاكم ولايتك أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة كارثة أو طوارئ في منطقتك الجغرافية، فلا يزال يحق لك الحصول على الرعاية من خطتنا.

يُرجى زيارة موقعنا الإلكتروني للحصول على معلومات عن كيفية الحصول على الرعاية التي تحتاجها أثناء حدوث كارثة معلنة: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

أثناء حالة كارثة معلنة، إذا لم تتمكن من استخدام مقدم خدمات الشبكة، يمكنك الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات خارج الشبكة دون أي تكلفة عليك. إذا لم تتمكن من استخدام صيدلية ضمن الشبكة أثناء حالة كارثة معلنة، فيمكنك صرف أدويةك من صيدلية خارج الشبكة. لمزيد من المعلومات راجع **الفصل 5** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

ي. ماذا لو تم إصدار فاتورة لك مباشرة مقابل الخدمات المغطاة

إذا أرسل لك مقدم الخدمات فاتورة بدلاً من إرسالها إلى خطتنا، فيجب عليك أن تطلب منا دفع الفاتورة. إذا كنت قد دفعت مقابل خدماتك المغطاة، راجع **الفصل 7** من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة ما يجب فعله.

لا يتعين عليك دفع الفاتورة بنفسك. إذا فعلت ذلك فقد لا نتمكن من رد ما دفعته لك.

ي1. ماذا تفعل إذا لم تغط خطتنا الخدمات

تغطي خطتنا جميع الخدمات:

- التي يتم تحديدها كضرورة طبية، و
- التي ترد في جدول مزايا خطتنا (راجع **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا)، و
- التي تحصل عليها باتباع قواعد الخطة.

إذا حصلت على خدمات لا تغطيها خطتنا فستدفع التكلفة الكاملة بنفسك.

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا ندفع مقابل أي خدمة أو رعاية طبية، فلك الحق في أن تسألنا. يحق لك أيضاً أن تطلب ذلك كتابياً. إذا قلنا إننا لن ندفع مقابل خدماتك، فلك الحق في الاستئناف ضد قرارنا.

يشرح **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا ماذا تفعل إذا كنت ترغب في أن نغطي خدمة أو منتجاً طبياً. كما يوضح لك كيفية الاستئناف ضد قرار التغطية الذي اتخذناه. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة المزيد عن حقوقك في الاستئناف.

إننا ندفع مقابل بعض الخدمات حتى حد معين. إذا تجاوزت هذا الحد فستدفع التكلفة الكاملة للحصول على المزيد من هذا النوع من الخدمة. راجع **الفصل 4** للاطلاع على حدود المزايا المحددة. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة حدود المزايا ومقدار المزايا التي استخدمتها.

ك. تغطية خدمات الرعاية الصحية في دراسة بحثية سريرية

ك1. تعريف الدراسة البحثية السريرية

تُعد الدراسة البحثية السريرية (تسمى أيضًا التجربة السريرية) طريقة يستخدمها الأطباء لاختبار أنواع جديدة من الرعاية الصحية أو الأدوية. عادةً ما تطلب أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من قبل برنامج Medicare متطوعين للمشاركة في تلك الدراسة. عندما تكون مشاركًا في دراسة بحثية سريرية يمكنك أن تظل مسجلًا في خططنا والاستمرار في الحصول على بقية رعايتك (الرعاية غير المتعلقة بتلك الدراسة) من خلال خططنا.

إذا كنت ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، فلا تحتاج إلى إخبارنا أو الحصول على موافقة منا أو من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. مقدمو الخدمات الذين يقدمون لك الرعاية كجزء من الدراسة ليسوا بالضرورة من مقدمي خدمات الشبكة. لا ينطبق هذا على المزايا المغطاة التي تتطلب تجربة سريرية أو سجل لتقييم المزايا، بما في ذلك بعض المزايا التي تتطلب تغطية مع تطوير الأدلة (NCDs-CED) ودراسات الإعفاء من الأجهزة التجريبية (IDE). قد تخضع هذه المزايا أيضًا للموافقة المسبقة وقواعد أخرى للخطة.

إننا نشجعك على إخبارنا قبل المشاركة في دراسة بحثية سريرية.

إذا كنت تخطط للمشاركة في دراسة بحثية سريرية يغطيها برنامج Medicare الأصلي للمُسجلين، فإننا نشجعك أنت أو منسق رعايتك على الاتصال بخدمات الأعضاء لإعلامنا بأنك ستشارك في تجربة سريرية.

ك2. الدفع مقابل الخدمات عند المشاركة في دراسة بحثية سريرية

إذا تطوعت للمشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من قبل Medicare، فلن تدفع أي شيء مقابل الخدمات التي تغطيها الدراسة. يغطي برنامج Medicare تكاليف الخدمات المغطاة في الدراسة بالإضافة إلى التكاليف الروتينية المرتبطة برعايتك. بمجرد مشاركتك في دراسة بحثية سريرية معتمدة من برنامج Medicare، ستكون مشمولاً بتغطية معظم الخدمات والمنتجات التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. ويشمل ذلك ما يلي:

- الإقامة والطعام في المستشفى التي يدفع برنامج Medicare مقابلها حتى لو لم تكن مشاركًا في دراسة.
- عملية جراحية أو إجراء طبي آخر يعد جزءًا من الدراسة البحثية.
- علاج أي آثار جانبية ومضاعفات للرعاية الجديدة.

إذا كنت جزءًا من دراسة لم يوافق عليها برنامج Medicare، فإنك تتحمل جميع التكاليف المترتبة على مشاركتك في تلك الدراسة.

ك3. المزيد عن الدراسات البحثية السريرية

يمكنك معرفة المزيد عن المشاركة في دراسة بحثية سريرية من خلال قراءة “Medicare & Clinical Research Studies” على موقع Medicare الإلكتروني www.medicare.gov/coverage/clinical-research-studies. كما يمكنك الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

ل. كيف يتم تغطية خدمات رعايتك الصحية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

1ل. تعريف مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية هي مكان يقدم الرعاية التي تحصل عليها عادةً في المستشفى أو في مرفق تريض متخصص. إذا كان تلقي الرعاية في مستشفى أو مرفق تريض متخصص يتعارض مع معتقداتك الدينية فإننا نغطي الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.

هذه الميزة مخصصة فقط لخدمات المرضى الداخليين للجزء "أ" من برنامج Medicare (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

2ل. الرعاية المقدمة من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

للحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب عليك توقيع وثيقة قانونية تنص على أنك ضد تلقي العلاج الطبي "غير المستثنى".

• العلاج الطبي "غير المستثنى" هو أي رعاية أو علاج طوعي وغير مطلوب بموجب أي قانون اتحادي أو قانون ولاية أو قانون محلي.

• العلاج الطبي "المستثنى" هو أي رعاية أو علاج غير طوعي ومطلوب بموجب قانون اتحادي أو قانون ولاية أو قانون محلي.

لكي يشمل برنامجنا الرعاية التي تتلقاها من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب أن تستوفي الشروط التالية:

- يجب أن يكون المرفق الذي يقدم الرعاية معتمد من قبل برنامج الرعاية Medicare.
- تغطي خطتنا الجوانب غير الدينية للرعاية فقط.
- إذا تلقيت خدمات من هذه المؤسسة في مرفق ما:
 - يجب أن يكون لديك حالة طبية تسمح لك بالحصول على خدمات مغطاة لرعاية المرضى الداخليين في المستشفى أو رعاية مرفق تريض متخصص.
 - يجب عليك الحصول على موافقة منا قبل دخولك أي مرفق وإلا فلن يتم تغطية إقامتك.

تطبق حدود تغطية برنامج Medicare للمرضى الداخليين في المستشفيات. راجع قسم رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في جدول المزايا في الفصل 4 لمزيد من المعلومات.

م. المعدات الطبية المعمرة

1م. المعدات الطبية المعمرة كعضو في خطتنا

تتضمن المعدات الطبية المعمرة بعض المنتجات الضرورية طبيًا التي يطلبها مقدم الخدمات مثل الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب الكهربائية ومستلزمات مرضى السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الرعاية الصحية للاستخدام المنزلي، ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات ومستلزمات الأكسجين والبخاخات والمشايات.

ستمتلك دائمًا بعض منتجات المعدات الطبية المعمرة، مثل الأطراف الاصطناعية.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

توجد أنواع أخرى من المعدات الطبية المعمرة التي يتعين عليك استئجارها. بصفتك عضوًا في خطتنا، لن تمتلك عادةً منتجات المعدات الطبية المعمرة المستأجرة، بغض النظر عن مدة استئجارك لها.

في بعض الحالات المحدودة ننقل ملكية منتج ما من منتجات المعدات الطبية المعمرة إليك. اتصل بخدمات الأعضاء على رقم الهاتف الوارد أسفل الصفحة لمزيد من المعلومات.

حتى لو كنت تمتلك معدات طبية معمرة لمدة تصل إلى 12 شهرًا متتالية بموجب برنامج Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا، فلن تمتلك تلك المعدات.

م2. ملكية المعدات الطبية المعمرة في حالة التحويل إلى برنامج Medicare الأصلي

في برنامج Medicare الأصلي، يمتلك الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من المعدات الطبية المعمرة هذه المعدات بعد 13 شهرًا. في خطة Medicare Advantage (MA)، يمكن للخطة تحديد عدد الأشهر التي يجب على الأشخاص خلالها استئجار أنواع معينة من المعدات الطبية المعمرة قبل امتلاكها.

سيتمتع عليك سداد 13 دفعة متتالية بموجب برنامج Medicare الأصلي، أو سيتمتع عليك سداد عدد الدفعات المتتالية التي تحددها خطة MA، لامتلاك منتج المعدات الطبية المعمرة إذا:

- لم تصبح مالكًا لمنتج المعدات الطبية المعمرة أثناء اشتراكك في خطتنا، و
 - تركت خطتنا وحصلت على مزايا Medicare الخاصة بك خارج أي خطة صحية في برنامج Medicare الأصلي أو خطة MA.
- إذا قمت بدفع مبالغ مقابل منتج المعدات الطبية المعمرة بموجب برنامج Medicare الأصلي أو خطة MA قبل انضمامك إلى خطتنا، فإن مدفوعات برنامج Medicare الأصلي أو خطة MA هذه لا تُحتسب ضمن المدفوعات التي تحتاج إلى سدادها بعد ترك خطتنا.
- سيتمتع عليك سداد 13 دفعة جديدة متتالية بموجب برنامج Medicare الأصلي، أو عدد الدفعات الجديدة المتتالية التي تحددها خطة MA، لامتلاك منتج المعدات الطبية المعمرة.
 - لا توجد استثناءات لهذا الأمر عند عودتك إلى برنامج Medicare الأصلي أو خطة MA.

م3. مزايا معدات الأكسجين كعضو في خطتنا

إذا كنت مؤهلاً للحصول على معدات الأكسجين التي يغطيها برنامج Medicare، فإننا نغطي ما يلي:

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

يجب إعادة معدات الأكسجين عندما لا تصبح ضرورية طبيًا لك أو إذا تركت خطتنا.

م4. معدات الأكسجين عند التحويل إلى برنامج Medicare الأصلي أو خطة أخرى من خطط Medicare Advantage (MA)

عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا وتترك خططنا وتنتقل إلى برنامج Medicare الأصلي، فإنك تستأجرها من مورد لمدة 36 شهرًا. تغطي مدفوعات الإيجار الشهرية الخاصة بك معدات الأكسجين والمستلزمات والخدمات المذكورة أعلاه.

إذا كانت معدات الأكسجين ضرورية طبيًا بعد استئجارها لمدة 36 شهرًا، فيجب على المورد توفير ما يلي:

- معدات الأكسجين ومستلزماتها وخدماتها لمدة 24 شهرًا أخرى.
 - معدات الأكسجين ومستلزماتها لمدة تصل إلى 5 سنوات إذا كانت هناك ضرورة طبية.
 - إذا كانت معدات الأكسجين لا تزال ضرورية طبيًا في نهاية فترة الخمس سنوات:
 - لم يعد موردك ملزمًا بتوفيرها، ويمكنك اختيار الحصول على معدات بديلة من أي مورد.
 - تبدأ فترة جديدة مدتها 5 سنوات.
 - تستأجر من مورد لمدة 36 شهرًا.
 - يقوم موردك بعد ذلك بتوفير معدات الأكسجين ومستلزماتها وخدماتها لمدة 24 شهرًا أخرى.
 - تبدأ دورة جديدة كل 5 سنوات ما دامت معدات الأكسجين ضرورية طبيًا.
- عندما تكون معدات الأكسجين ضرورية طبيًا وتترك خططنا وتنتقل إلى خطة أخرى من خطط MA، فإن الخطة ستغطي على الأقل ما يغطيه برنامج Medicare الأصلي. يمكنك الاستفسار من خطة MA الجديدة الخاصة بك عن معدات ومستلزمات الأكسجين التي تغطيها وما هي التكاليف التي ستتحملها.

الفصل 4: جدول المزايا

مقدمة

يوضح لك هذا الفصل الخدمات التي تغطيها خططنا وأي قيود أو حدود على تلك الخدمات. كما يوضح لك المزايا التي لا تغطيها خططنا. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

- أ. خدماتك المغطاة والتكاليف التي تدفعها من جيبك..... 3
- ب. القواعد التي تمنع مقدمي الخدمات من تحصيل رسوم منك مقابل الخدمات..... 3
- ج. نبذة عن جدول مزايا خطتنا..... 3
- د. جدول مزايا خطتنا..... 5
- هـ. المزايا المغطاة خارج خطتنا..... 60
- و. المزايا التي لا تغطيها خطتنا أو برنامج Medicare أو برنامج Michigan Medicaid..... 60

أ. خدماتك المغطاة والتكاليف التي تدفعها من جيبك

يوضح لك هذا الفصل الخدمات التي تغطيها خطتنا. يمكنك أيضًا التعرف على الخدمات غير المغطاة. توجد معلومات عن مزايا الأدوية في **الفصل 5** من كتيب دليل الأعضاء هذا. يشرح هذا الفصل أيضًا الحدود المفروضة على بعض الخدمات.

لأنك تحصل على مساعدة من برنامج Michigan Medicaid فلن تدفع شيئًا مقابل خدماتك المغطاة ما دمت تتبع قواعد خطتنا. راجع **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا للحصول على تفاصيل عن قواعد خطتنا.

إذا احتجت إلى مساعدة في فهم الخدمات المغطاة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711).

ب. القواعد التي تمنع مقدمي الخدمات من تحصيل رسوم منك مقابل الخدمات

إننا لا نسمح لمقدمي الخدمات لدينا بإصدار فواتير لك مقابل الخدمات التي تغطيها الشبكة. نحن ندفع لمقدمي الخدمات لدينا مباشرة ونحميك من أي رسوم. هذا صحيح حتى لو دفعنا لمقدم الخدمات مبلغًا أقل مما يتقاضاه مقابل الخدمة.

لا ينبغي أبدًا أن تتلقى فاتورة من مقدم خدمات مقابل الخدمات المغطاة. إذا حدث ذلك فارجع إلى **الفصل 7** من كتيب دليل الأعضاء هذا أو اتصل بخدمات الأعضاء.

ج. نبذة عن جدول مزايا خطتنا

يوضح لك جدول المزايا الخدمات التي تدفع خطتنا مقابلها. فهو يسرد الخدمات المغطاة حسب ترتيبها الأبجدي مع شرحها.

إننا ندفع مقابل الخدمات الواردة في جدول المزايا عند استيفاء القواعد التالية.

- إننا نقدم خدمات يغطيها برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid وفقًا للقواعد التي وضعها برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid.
- يجب أن تكون الخدمات (بما في ذلك الرعاية الطبية وخدمات الصحة السلوكية واستخدام المواد والخدمات والدعم طويل الأجل والمستلزمات والمعدات والأدوية) "ضرورية طبيًا". يصف مصطلح الضرورة الطبية الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاجها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. يشمل ذلك الرعاية التي تفيدك من الذهاب إلى المستشفى أو مرفق تمريض. يعني ذلك أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بمعايير الممارسة الطبية المقبولة.
- بالنسبة للمُسجلين الجدد، قد لا نطلب منك الحصول على موافقة مسبقة لأي فترة علاجية قائمة خلال أول 90 يومًا، حتى لو كانت الفترة العلاجية لخدمة بدأت مع مقدم خدمات خارج الشبكة.
- أنت تحصل على رعايتك من مقدم خدمات الشبكة. مقدم الرعاية في الشبكة هو مقدم خدمات يعمل معنا. في معظم الحالات، لن يتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمات خارج الشبكة إلا إذا كانت حالة طارئة أو رعاية مطلوبة بشكل عاجل، أو ما لم تقدم لك خطتك أو مقدم الخدمات ضمن الشبكة إحالة. راجع **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن استخدام مقدمي الخدمات داخل الشبكة وخارجها.
- لديك مقدم رعاية صحية أولية أو فريق رعاية يقدم ويدبر رعايتك.

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- إننا نغطي بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا فقط إذا حصل طبيبك أو مقدم خدمات آخر في الشبكة على موافقتنا أولاً. وهذا ما يسمى بالموافقة المسبقة. إننا نضع علامة النجمة (*) على الخدمات المغطاة في جدول المزايا التي تحتاج إلى موافقة مسبقة:
- إذا كانت خطتك تقدم موافقة على طلب الموافقة المسبقة لفترة علاجية، فيجب أن تكون الموافقة سارية ما دام كان ذلك معقولاً وضرورياً طبياً لتجنب انقطاع الرعاية بناءً على معايير التغطية وتاريخك الطبي وتوصيات مقدم الخدمات المعالج.

معلومات هامة عن المزايا للأعضاء الذين يعانون من بعض الحالات المزمنة.

- إذا كنت تعاني من أي من الحالات المزمنة الواردة أدناه وتستوفي معايير طبية معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية.
 - اضطرابات القلب والأوعية الدموية وحالات الصحة النفسية المزمنة والمعوقة وأمراض الجهاز الهضمي المزمنة (تقتصر على مرض الكبد في مرحلته النهائية)، واضطرابات الرئة المزمنة (تقتصر على اضطراب الانسداد الرئوي المزمن) وقصور القلب الاحتقاني ومرض النسيج الضام والخرف ومرض السكري وزيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي والسكتة الدماغية.
 - يتعين أن تكون الحالة مهددة للحياة أو تحد بشكل كبير من الصحة العامة أو وظائف العضو. يجب أن يكون العضو معرضاً لمخاطر عالية أو لدخول المستشفى أو غيرها من النتائج الصحية السلبية. يجب أن يحتاج العضو إلى تنسيق العناية المركزة. ستراجع الخطة المعايير الموضوعية لتحديد أهلية الأعضاء. لمزيد من المعلومات أو للتحقق من الأهلية، يتعين على الأعضاء الاتصال بالخطة.
 - راجع صف "المساعدة في بعض الحالات المزمنة" في جدول المزايا لمزيد من المعلومات.
 - اتصل بنا للحصول على معلومات إضافية.
- جميع الخدمات الوقائية مجانية. توضح هذه التفاحة 🍏 الخدمات الوقائية في جدول المزايا.

د. جدول مزايا خطتنا

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرية البطني إننا ندفع مقابل فحص الموجات فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. لا تغطي خطتنا هذا الفحص إلا إذا كان لديك عوامل خطر معينة وإذا حصلت على إحالة له من طبيبك أو من مساعد الطبيب أو ممرض ممارس أو أخصائي تمرير سريري.	\$0
الوخز بالإبر إننا ندفع مقابل 12 جلسة وخز بالإبر بحد أقصى خلال 90 يومًا إذا كنت تعاني من ألم أسفل الظهر المزمن، والذي يُعرّف كما يلي: • يستمر لمدة 12 أسبوعًا أو أكثر، • غير محدد (ليس له سبب جهازي يمكن تحديده، مثل عدم ارتباطه بمرض نقيلي أو التهابي أو معد)، • غير مرتبط بجراحة، و • غير مرتبط بالحمل. بالإضافة إلى ذلك، فإننا ندفع مقابل ثماني جلسات وخز بالإبر إضافية لعلاج ألم أسفل الظهر المزمن إذا أظهرت تحسنًا. لا يجوز لك الحصول على أكثر من 20 جلسة علاج وخز بالإبر لعلاج ألم أسفل الظهر المزمن كل عام. يجب إيقاف علاج الوخز بالإبر إذا لم تتحسن حالتك أو إذا ساءت. متطلبات مقدم الخدمات: يجوز للأطباء (كما هو محدد في الفقرة (1)(r) 1861 من قانون الضمان الاجتماعي (القانون)) تقديم الوخز بالإبر وفقًا لمتطلبات الولاية المعمول بها. يجوز لمساعدتي الأطباء والمرضى الممارسين/أخصائيي التمريض السريري (كما هو محدد في الفقرة (5) (aa) 1861 من القانون) والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا استوفوا جميع متطلبات الولاية المعمول بها وكان لديهم: تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الوخز بالإبر (تتمة) • شهادة ماجستير أو دكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من كلية معتمدة من قبل لجنة اعتماد الوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)، و • رخصة سارية وكاملة ونشطة وغير مقيدة لممارسة الوخز بالإبر في ولاية أو إقليم أو كومونولث (مثل بورتوريكو) من الولايات المتحدة، أو مقاطعة كولومبيا. يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يقدمون الوخز بالإبر تحت مستوى الإشراف المناسب من قبل طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخصائي تمرير سريري وفقاً للوائحنا في 42 CFR §§ 410.26 and 410.27.	
 الفحص والإرشاد بشأن إساءة استخدام المشروبات الكحولية إننا ندفع مقابل فحص واحد لإساءة استخدام المشروبات الكحولية للبالغين الذين يسيئون استخدام المشروبات الكحولية ولكنهم ليسوا مدمنين لها. وهذا يشمل النساء الحوامل. إذا كانت نتيجة فحصك إيجابية لإساءة استخدام المشروبات الكحولية، فيمكنك الحصول على أربع جلسات استشارية قصيرة وجهًا لوجه كل عام بحد أقصى (إذا كنت قادرًا ومتيقظًا أثناء الاستشارة) مع مقدم رعاية صحية أولية مؤهل أو ممارس في بيئة رعاية أولية.	\$0
خدمات الإسعاف تشمل خدمات الإسعاف المغطاة، سواء في حالات الطوارئ أو غيرها، خدمات الإسعاف البري والجوي (الطائرة والمروحية). ستنتقل سيارة الإسعاف إلى أقرب مكان يمكنه تقديم الرعاية لك. يجب أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي بحيث أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية قد تعرض صحتك أو حياتك للخطر. يجب الحصول على موافقة منا على خدمات الإسعاف للحالات الأخرى (غير الطارئة). في الحالات التي لا تعتبر حالات طارئة قد ندفع مقابل سيارة الإسعاف. يجب أن تكون حالتك خطيرة بما يكفي بحيث أن الطرق الأخرى للوصول إلى مكان الرعاية قد تعرض حياتك أو صحتك للخطر. *قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة لخدمات Medicare البرية والجوية غير الطارئة.	*\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 الزيارة الصحية السنوية يمكنك إجراء فحص طبي سنوي. يهدف ذلك إلى وضع أو تحديث خطة وقائية بناءً على عوامل الخطر الحالية لديك. إننا ندفع مقابل ذلك مرة كل 12 شهرًا. ملاحظة: لا يمكنك إجراء زيارتك الصحية السنوية الأولى خلال 12 شهرًا من زيارتك الترحيبية لبرنامج Medicare. مع ذلك، لست بحاجة إلى إجراء زيارة الترحيبية لبرنامج Medicare للحصول على زيارات صحية سنوية بعد أن تكون قد حصلت على الجزء "ب" لمدة 12 شهرًا.	\$0
 قياس كتلة العظام إننا ندفع مقابل بعض الإجراءات للأعضاء المؤهلين (عادةً ما يكون الشخص معرضًا لخطر فقدان كتلة العظام أو معرضًا لخطر الإصابة بهشاشة العظام). تحدد هذه الإجراءات كتلة العظام أو تكشف عن فقدان العظام أو تحدد جودتها. إننا ندفع مقابل هذه الخدمات مرة كل 24 شهرًا، أو أكثر من ذلك إذا كانت هناك ضرورة طبية. كما ندفع للطبيب ليطلع على النتائج ويعلق عليها.	\$0
 فحص سرطان الثدي (التصوير الشعاعي للثدي) إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • صورة شعاعية للثدي أساسية واحدة بين سن 35 و 39 عامًا • التصوير الشعاعي للثدي مرة واحدة كل 12 شهرًا للنساء اللواتي تبلغ أعمارهن 40 عامًا فأكثر • فحوصات الثدي السريرية مرة كل 24 شهرًا	\$0
خدمات إعادة التأهيل القلبي إننا ندفع مقابل خدمات إعادة التأهيل القلبي مثل التمارين الرياضية والتنقيف والاستشارات. يجب على الأعضاء استيفاء شروط معينة والحصول على طلب من الطبيب. كما نغطي برامج إعادة التأهيل القلبي المكثفة والتي تكون أكثر تركيزًا من برامج إعادة التأهيل القلبي العادية. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	\$0*

إذا كانت لديك أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 زيارة الحد من مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب) إننا ندفع مقابل زيارة واحدة في السنة، أو أكثر إذا كانت هناك ضرورة طبية، لمقدم الرعاية الصحية الأولية لديك للمساعدة في تقليل خطر إصابتك بأمراض القلب. قد يقوم طبيبك خلال الزيارة بما يلي: • مناقشة استخدام الأسبرين، • فحص ضغط دمك، و/أو • تقدم نصائح لك للتأكد من أنك تتغذى جيدًا.	\$0
 فحوصات الكشف عن أمراض القلب والأوعية الدموية إننا ندفع مقابل فحوصات الدم للتحقق من أمراض القلب والأوعية الدموية مرة كل خمس سنوات (60 شهرًا). نتحقق فحوصات الدم هذه أيضًا من وجود عيوب ناتجة عن مخاطر عالية للإصابة بأمراض القلب.	\$0
 فحص سرطان عنق الرحم والمهبل إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • لجميع النساء: فحوصات عنق الرحم والحوض مرة كل 24 شهرًا • للنساء المعرضات لمخاطر عالية للإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل: فحص عنق الرحم مرة كل 12 شهرًا • للنساء اللواتي خضعن لفحص عنق الرحم وكانت النتيجة غير طبيعية خلال الثلاث سنوات الماضية وهن في سن الإنجاب: فحص عنق الرحم مرة واحدة كل 12 شهرًا	\$0
خدمات مقوم العمود الفقري إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • تعديلات العمود الفقري لتصحيح المحاذاة توفر الخطة 12 زيارة للرعاية الروتينية كل عام	\$0 للرعاية الروتينية

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات إدارة وعلاج الألم المزمن خدمات شهرية مغطاة للأشخاص الذين يعانون من الألم المزمن (الألم المستمر أو المتكرر الذي يستمر لأكثر من 3 أشهر). قد تشمل الخدمات تقييم الألم وإدارة الأدوية وتنسيق وتخطيط الرعاية.	\$0 ستختلف مشاركة التكاليف في هذه الخدمة حسب الخدمات الفردية المقدمة خلال فترة العلاج.
فحص سرطان القولون والمستقيم  إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • لا يوجد حد أدنى أو أقصى للعمر لإجراء تنظير القولون ويتم تغطيته مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لمخاطر عالية، أو 48 شهرًا بعد إجراء تنظير القولون السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم ومرة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية بعد إجراء تنظير القولون للكشف السابق. • يتم تغطية تصوير القولون المقطعي المحوسب للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر غير المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم عندما يمر 59 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر تصوير مقطعي محوسب للقولون، أو عندما يمر 47 شهرًا بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر تنظير للقولون السيني المرن أو تنظير القولون. بالنسبة للمرضى المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، قد يتم دفع مبلغ مقابل الفحص. تصوير القولون المقطعي المحوسب الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل من الشهر الذي تم فيه إجراء آخر تصوير مقطعي محوسب للقولون أو آخر تنظير للقولون. • تنظير القولون السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لمخاطر عالية بعد خضوع المريض لتنظير القولون. مرة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية من آخر تنظير للقولون السيني المرن أو تصوير القولون المقطعي المحوسب. • إجراء اختبارات الدم الخفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة واحدة كل 12 شهرًا. • تحليل الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم من 45 إلى 85 عامًا والذين لا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
فحص سرطان القولون والمستقيم (تتمة) - اختبارات المؤشرات الحيوية القائمة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم من 45 إلى 85 عامًا والذين لا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. - تشمل فحوصات الكشف عن سرطان القولون والمستقيم إجراء تنظيف القولون كفحص متابعة بعد أن يُظهر فحص سرطان القولون والمستقيم غير الجراحي القائم على تحليل البراز الذي يغطيه برنامج Medicare نتيجة إيجابية. - تشمل فحوصات الكشف عن سرطان القولون والمستقيم تنظيف القولون السيني المرن المخطط له أو تنظيف القولون الذي يتضمن إزالة الأنسجة أو مواد أخرى، أو إجراء آخر يتم تقديمه فيما يتعلق بالفحص، ونتيجة له، وفي نفس اللقاء السريري.	
خدمات أخصائي الصحة المجتمعية أخصائيو الصحة المجتمعية هم مقدمو خدمات صحية عامة غير مرخصين يقومون بتسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية والاجتماعية اللازمة للأفراد. تركز خدمات أخصائي الصحة المجتمعية على الوقاية من الأمراض والإعاقة وغيرها من الحالات المزمنة أو تفاقمها، وتعزيز الصحة البدنية والنفسية. يجب أن يوصي مقدم الخدمات المرخص بخدمات أخصائي الصحة المجتمعية. تشمل الشروط التي قد تحدد أهلية العضو للحصول على خدمات أخصائي الصحة المجتمعية ما يلي: - تشخيص حالة صحية مزمنة أو أكثر بما في ذلك الصحة السلوكية، - الاحتياجات الاجتماعية غير الملباة المتعلقة بالصحة سواء المشتبه بها أو المؤثرة، أو - الحمل وفترة ما بعد الولادة.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
تقديم المشورة للإقلاع عن التدخين أو استخدام التبغ إذا كنت تستخدم التبغ ولكن ليس لديك علامات أو أعراضًا لأمراض متعلقة بالتبغ: • ستدفع الخطة مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين عن طريق الاستشارة خلال فترة 12 شهرًا كخدمة وقائية. هذه الخدمة مجانية لك. تتضمن كل محاولة استشارية أربع زيارات وجهًا لوجه بحد أقصى. إذا كنت تستخدم التبغ وتم تشخيص إصابتك بمرض متعلق بالتبغ أو كنت تتناول أدوية قد تتأثر بالتبغ: • ستدفع الخطة مقابل محاولتين للإقلاع عن التدخين عن طريق الاستشارة خلال فترة 12 شهرًا. تتضمن كل محاولة استشارية أربع زيارات وجهًا لوجه بحد أقصى. توفر الخطة 4 جلسات إضافية للاستشارات المتعلقة بالإقلاع عن التدخين والتبغ.	\$0
خدمات الأسنان ستدفع AmeriHealth Caritas VIP Care مقابل الخدمات التالية: • الفحوصات والتقييمات مغطاة لمرة واحدة كل ستة أشهر • ميزة التنظيف مغطاة لمرة واحدة كل ستة أشهر • علاج فلوريد ثنائي أمين الفضة مغطى بحد أقصى ست جلسات طوال العمر • الأشعة السينية ○ ميزة صور الأشعة السينية للعضة الجانبية مغطاة لمرة واحدة فقط كل 12 شهرًا ○ ميزة الأشعة السينية البانورامية مغطاة لمرة واحدة كل خمس سنوات ○ سلسلة الأشعة السينية للفم بالكامل أو السلسلة الكاملة مغطاة مرة واحدة كل خمس سنوات • الحشوات • خلع الأسنان • أطقم الأسنان الكاملة أو الجزئية مغطاة مرة واحدة كل خمس سنوات • مواد منع التسرب مغطاة مرة كل ثلاث سنوات، إذا استوفيت المعايير • الترميمات غير المباشرة (التيجان) مغطاة مرة كل 5 سنوات لكل سن، إذا استوفيت المعايير • علاج قناة الجذر/إعادة علاج قناة الجذر السابقة • تقييم شامل لأمراض اللثة تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات الأسنان (تتمة) • قياس اللثة في وجود الالتهاب • قياس اللثة وتخطيط الجذور • صيانة اللثة الأخرى إننا ندفع مقابل بعض خدمات الأسنان عندما تكون الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد لحالة طبية أساسية للشخص. تشمل الأمثلة إعادة بناء الفك بعد كسر أو إصابة أو خلع الأسنان الذي يتم إجراؤه استعدادًا للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يصيب الفك أو الفحوصات الفموية قبل عملية زرع العضو. العناية الوقائية للأسنان: فحوصات الفم: مرة كل 6 أشهر التنظيف: مرة كل 6 أشهر العلاج بالفلورايد - مرة كل 6 أشهر الأشعة السينية للأسنان: صورة شعاعية واحدة كاملة للفم وصورة شعاعية بانورامية واحدة كل 5 سنوات. 6 صور أشعة بحد أقصى للعضة الجانبية أو أشعة محيطية كل عام. العناية الشاملة بالأسنان: <u>حد أقصى مجمع بمبلغ \$5,000 سنويًا لما يلي:</u> الترميمات البسيطة (الحشوات). تطبيق قيود على خدمة علاج جذور الأسنان (مرة واحدة لكل سن طوال العمر). يلزم إجراء أشعة سينية قبل وبعد العملية * علاج اللثة: تطبق حدود الخدمة. قياس اللثة وتخطيط الجذور - مرة كل 24 شهرًا لكل ربع فموي. تنظيف الأنسجة الميتة مرة في السنة. يُجرى قياس اللثة في حالة وجود التهاب اللثة مرة واحدة سنويًا. * طقم الأسنان (1 لكل قوس سنوي كل 5 سنوات) * إصلاح وإعادة تبطين طقم الأسنان (مرة في السنة) * تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات الأسنان (تتمة) خدمات زراعة الأسنان: زراعات الأسنان الصغيرة، قوس الأسنان السفلي فقط وأطقم الأسنان المدعومة بالزرع (قوس الأسنان السفلي فقط)، مرة كل 5 سنوات)*. لا يتم تغطية الجسور الثابتة وجميع زراعات الأسنان الأخرى باستثناء الزراعات الصغيرة. تركيبات الأسنان الثابتة: التيجان (واحدة كل 5 سنوات لكل سن). لا يزيد عن 4 في السنة التقويمية، بحيث لا يزيد عن تاجين لكل قوس سني في السنة.* جراحة الفم والوجه والفكين * خلع الأسنان (1 لكل سن طوال العمر) * * يلزم الحصول على موافقة مسبقة	
فحص الاكتئاب  إننا ندفع مقابل فحص واحد للاكتئاب كل عام. يجب إجراء الفحص في مركز رعاية صحية أولية يمكنه تقديم العلاج اللاحق و/أو الإحالات.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات برنامج الوقاية من مرض السكري ستدفع خطتنا مقابل خدمات برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare وخدمات برنامج الوقاية من مرض السكري في Michigan: برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare ● ستدفع خطتنا مقابل خدمات برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare للأشخاص المؤهلين. تم تصميم برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare لمساعدتك على زيادة السلوك الصحي. إنه يوفر تدريبًا عمليًا في: ○ التغيير الغذائي طويل الأجل، و ○ زيادة النشاط البدني، و ○ طرق للحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي. خدمات برنامج Michigan للوقاية من مرض السكري ● ستدفع خطتنا مقابل 28 جلسة منظمة لتغيير السلوك الصحي مدة كل منها ساعة ويقدمها مدرب نمط حياة مسجل لدى برنامج Medicaid مرتبط بمقدم خدمات مسجل لدى برنامج Michigan للوقاية من مرض السكري وذلك للأعضاء الذين: ○ يعانون من زيادة الوزن أو السمنة وفقًا لمؤشر كتلة الجسم ولديهم أحد الأعراض التالية: ○ ارتفاع مستويات الجلوكوز في الدم وفقًا لمعايير مركز مكافحة الأمراض لمتطلبات مستوى الجلوكوز في الدم ○ تاريخ الإصابة بسكري الحمل ○ تحقيق درجة "مخاطر عالية" في اختبار مخاطر الإصابة بمقدمات السكري وفقًا لمعايير مركز مكافحة الأمراض ○ لا يُسمح للعضو الذي تم تشخيصه سابقًا بمرض السكري من النوع الأول أو الثاني أو الحامل حاليًا بالانضمام إلى برنامج Michigan للوقاية من مرض السكري.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 فحص مرض السكري إننا ندفع مقابل هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات سكر الدم الصائم) إذا كان لديك أي من عوامل المخاطر التالية: • ارتفاع ضغط الدم (فرط ضغط الدم) • تاريخ من ارتفاع مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية غير الطبيعية (خلل شحوم الدم) • السمنة • تاريخ من ارتفاع نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم قد يتم تغطية تكاليف الفحوصات في بعض الحالات الأخرى مثل إذا كنت تعاني من زيادة الوزن ولديك تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكري. قد تكون مؤهلاً لإجراء فحصين بحد أقصى للكشف عن مرض السكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر فحص للكشف عنه.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 التدريب على إدارة مرض السكري ذاتيًا والخدمات والمستلزمات إننا ندفع مقابل الخدمات التالية لجميع الأشخاص المصابين بمرض السكري (سواء كانوا يستخدمون الأنسولين أم لا): ● مستلزمات قياس مستوى السكر في الدم بما في ذلك ما يلي: ○ جهاز قياس نسبة السكر في الدم ○ شرائط قياس نسبة السكر في الدم ○ أجهزة الوخز والمشارط ○ محاليل مراقبة مستوى السكر للتحقق من دقة شرائط الاختبار وأجهزة القياس ● بالنسبة للأشخاص المصابين بالسكري والذين يعانون من مرض القدم السكري الحاد فإننا ندفع مقابل ما يلي: ○ زوج واحد من الأحذية العلاجية المصممة خصيصًا (بما في ذلك الحشوات الداخلية)، بما في ذلك القياس، وزوجان إضافيان من الحشوات الداخلية كل عام، أو ○ زوج واحد من أحذية العمق، بما في ذلك القياس وثلاثة أزواج من الحشوات الداخلية كل عام (لا يشمل ذلك الحشوات الداخلية القابلة للإزالة غير المخصصة التي تقدم مع هذه الأحذية). ● في بعض الحالات ندفع مقابل التدريب لمساعدتك في إدارة مرض السكري لديك. لمزيد من المعلومات اتصل بخدمات الأعضاء. تقتصر مستلزمات وخدمات مرضى السكري على مصنعين محددين. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	رسوم المشاركة للعلامات التجارية المفضلة \$0 نسبة المشاركة في التأمين 20% للعلامات التجارية غير المفضلة* نسبة المشاركة في التأمين 20% لجميع أجهزة مراقبة الجلوكوز المستمرة (العلامات التجارية المفضلة وغير المفضلة)*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات القابلة ستدفع الخطة مقابل أنواع مختلفة من خدمات القابلة بما في ذلك القابلة المجتمعية وقابلة ما قبل الولادة وقابلة المخاض والولادة وقابلة ما بعد الولادة. ستدفع الخطة مقابل إجمالي اثنتي عشرة زيارة خلال فترتي ما قبل الولادة وما بعدها وزيارة واحدة لحضور المخاض والولادة. يجوز طلب زيارات إضافية. قد يشمل دعم القابلة خلال فترة ما حول الولادة، على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات ما قبل الولادة • خدمات المخاض والولادة • خدمات ما بعد الولادة يجب أن تأتي التوصية بخدمات القابلة من مقدم رعاية صحية مرخص.	\$0
المعدات الطبية المعمرة ومستلزماتها راجع الفصل 12 من كتيب دليل الأعضاء هذا للحصول على تعريف "المعدات الطبية المعمرة". إننا نغطي المنتجات التالية: • الكراسي المتحركة • العكازات • أنظمة المراتب الكهربائية • مستلزمات السكري • أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة للاستخدام في المنزل • مضخات الحقن الوريدي وحامل المحاليل • أجهزة توليد الكلام • معدات ومستلزمات الأكسجين • البخاخات • المشتايات • مقبض منحنى قياسي أو عكاز رباعي ومستلزمات بديلة تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
المعدات الطبية المعمرة ومستلزماتها (تتمة) • شد الفقرات العنقية (فوق الباب) • محفز العظام • معدات العناية بغسيل الكلى قد يتم تغطية منتجات أخرى. إننا ندفع مقابل جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية طبياً التي يدفعها برنامج Medicare و Medicaid عادةً. إذا كان مورّدنا في منطقتك لا يحمل علامة تجارية أو صانعاً معيّنًا، فيمكنك أن تسأله عما إذا كان بإمكانه طلبها خصيصاً لك. لا يوجد مصنّعون مفضلون. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة لما يلي: • منتجات المعدات الطبية المعمرة التي تغطيها Medicare وتتجاوز قيمتها \$750 للشراء. • منتجات الإيجار والإيجار المنتهي بالشراء (الأطراف الصناعية والمستلزمات الطبية) • شراء جميع الكراسي المتحركة (الكهربائية واليدوية) • ملحقات (مكونات) الكراسي المتحركة بغض النظر عن تكلفة كل منتج • المكملات الغذائية المعوية	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الرعاية الطارئة الرعاية الطارئة تعني الخدمات التي ينطبق عليها ما يلي: • يقدمها مقدم خدمات مدرب على تقديم خدمات الطوارئ، و • مطلوبة لتقييم أو علاج حالة طبية طارئة. قد تكون الحالة الطبية الطارئة مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تتفاقم بسرعة. إن هذه الحالة خطيرة للغاية وإذا لم تتلق عناية طبية فورية فقد يتوقع أي شخص لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن تؤدي إلى: • خطر جسيم على حياتك أو على حياة طفلك الذي لم يولد بعد، أو • إلحاق ضرر جسيم بوظائف الجسم، أو • فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف. • في حالة المرأة الحامل التي تكون في مرحلة المخاض النشط، عندما: ○ لا يوجد وقت كافٍ لنقلك بأمان إلى مستشفى آخر قبل الولادة. ○ قد يشكل نقلك إلى مستشفى آخر تهديدًا لصحتك أو سلامتك أو صحة وسلامة طفلك الذي لم يولد بعد. حد إجمالي قدره \$50,000 سنويًا لخدمات الطوارئ والرعاية العاجلة وخدمات الإسعاف الطارئة المقدمة خارج الولايات المتحدة وأراضيها.	\$0 إذا تلقيت رعاية طارئة في مستشفى خارج الشبكة واحتجت إلى رعاية داخلية بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب عليك الانتقال إلى مستشفى ضمن الشبكة حتى تستمر تغطية تكاليف رعايتك. يمكنك البقاء في المستشفى خارج الشبكة لتلقي الرعاية الداخلية فقط إذا وافقت خطتنا على إقامتك.

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات تنظيم الأسرة يسمح لك القانون باختيار أي مقدم خدمات - سواء كان مقدم خدمات ضمن الشبكة أو خارج الشبكة - لبعض خدمات تنظيم الأسرة. وهذا يعني أي طبيب أو عيادة أو مستشفى أو صيدلية أو عيادة تنظيم الأسرة. إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • فحص تنظيم الأسرة والعلاج الطبي • الاختبارات المعملية والتشخيصية لتنظيم الأسرة • وسائل تنظيم الأسرة (اللولب الرحمي أو الغرسات أو الحقن أو حبوب منع الحمل أو اللاصقة أو الحلقة المهبليّة) • مستلزمات تنظيم الأسرة بوصفة طبية (الواقي الذكري والإسفنجة والرغوة والغشاء والعازل الأنثوي وغطاء عنق الرحم) • تقديم الاستشارات وتشخيص العقم والخدمات ذات الصلة • تقديم المشورة والفحص وعلاج الأمراض المنقولة جنسيًا • تقديم المشورة وفحوصات الكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز، وغيرها من الحالات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية. • وسائل منع الحمل الدائمة (يجب أن يكون عمرك 21 عامًا أو أكثر لاختيار هذه الطريقة لتنظيم الأسرة. يجب عليك توقيع نموذج الموافقة على التعقيم المعتمد فيدراليًا قبل 30 يومًا على الأقل، ولكن ليس أكثر من 180 يومًا قبل تاريخ الجراحة). • الاستشارات الجينية كما أننا ندفع مقابل بعض خدمات تنظيم الأسرة الأخرى. مع ذلك، يجب عليك استخدام مقدم خدمات ضمن شبكة مقدمي الخدمات لدينا للخدمات التالية: • علاج الحالات الطبية المسببة للعقم (لا تشمل هذه الخدمة الطرق الاصطناعية للحمل). • علاج الإيدز وغيره من الحالات المرتبطة بفيروس نقص المناعة البشرية • الاختبارات الجينية	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 اللياقة البدنية تُعد SilverSneakers® ميزة لياقة بدنية مجانية تشمل الوصول إلى مرافق اللياقة البدنية المشاركة في SilverSneakers®، وموارد الصحة والعافية عبر الإنترنت، والفصول الدراسية.	\$0
خدمات الرعاية الجماعية قبل الولادة ستدفع الخطة مقابل خدمات الرعاية الجماعية قبل الولادة إذا كان حملك منخفض الخطورة ولا يتطلب مراقبة فردية. سنتلقين تعليمًا في مواضيع صحية مثل التحضير للولادة والتغذية والتمارين الرياضية وإدارة الإجهاد والرضاعة الطبيعية وتربية الأطفال ومنع الحمل. يتم تيسير جلسات جماعية من قبل مقدم رعاية صحية مدرب تضم آخرين في مراحل حمل مماثلة. قد تغطي الخطة ما يصل إلى 12 جلسة جماعية حضورية لكل حمل بالإضافة إلى زيارة الأمومة المهنية الفردية المطلوبة، إذا: - كانت الجلسة الجماعية هي إضافة إلى زيارة التقييم البدني الفردي قبل الولادة، وليس بديلاً عنها. - تستغرق الجلسة الجماعية 60 دقيقة على الأقل. - تم توثيق وقت الجلسة الجماعية. قد تتعلق إحدى الجلسات الجماعية الاثنتي عشرة بزيارة الطبيب المختص بعد الولادة.	\$0
خدمات السمع إننا ندفع مقابل اختبارات السمع والتوازن التي يجريها مقدم الخدمات لديك. تحدد هذه الاختبارات ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي. تغطي هذه الخدمات كخدمات رعاية مرضى العيادات الخارجية عندما تحصل عليها من طبيب أو أخصائي سمع أو أي مقدم خدمات مؤهل آخر. بالنسبة للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا أو أكثر، تدفع الخطة تكاليف التقييم وجهاز سمع مرتين في السنة وتدفع تكاليف جهاز سمع مرة كل خمس سنوات. يتطلب ذلك الإحالة والموافقة. فحص سمع روتيني واحد وتركيب/تقييم أجهزة السمع مرة واحدة كل عام. تتضمن كل عملية شراء لجهاز سمع من العلامة التجارية TruHearing ما يلي: عامًا واحدًا من زيارات المتابعة لمقدم الخدمات للتركيب والتعديلات. تتوفر هذه الزيارات لمدة 12 شهرًا بعد شراء جهاز سمع من العلامة التجارية TruHearing مادام العضو مسجلًا في الخطة. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات السمع (تتمة) أجهزة السمع تغطي الخطة \$2,500 بحد أقصى من تكلفة جهازي [2] سمع متقدم غير قابلين للزرع من العلامة التجارية TruHearing كل 3 سنوات (بحد أقصى جهاز سمع واحد لكل أذن). ستصبح مسؤولاً عن التكاليف المتبقية بعد استخدام الميزة التي تدفعها الخطة.* يتعين عليك مراجعة مقدم خدمات TruHearing لاستخدام هذه الميزة. يتضمن شراء أجهزة السمع ما يلي: • أول 12 شهرًا من زيارات المتابعة لمقدم الخدمات • فترة تجريبية لمدة 60 يومًا • ضمان ممتد لمدة 3 سنوات • 80 بطارية لكل جهاز من الطرازات غير القابلة لإعادة الشحن لا تشمل المزايا أو تغطي أيًا مما يلي: • أجهزة السمع المتاحة بدون وصفة طبية • قوالب الأذن • ملحقات أجهزة السمع • زيارات إضافية لمقدم الخدمات • بطاريات إضافية، بطاريات عند شراء جهاز سمع قابل لإعادة الشحن • أجهزة السمع التي لا تحمل العلامة التجارية TruHearing • أجهزة السمع المتقدمة • التكاليف المتعلقة بمطالبات ضمان الخسارة والتلف • تعد التكاليف المتعلقة بالمنتجات المستبعدة مسؤولية العضو ولا تغطيها الخطة. • تشير التكاليف المتبقية إلى أي مبلغ يزيد عن مخصصاتك.	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
المساعدة في بعض الحالات المزمنة سيحصل الأعضاء المؤهلون للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة على رصيد ربع سنوي مجمع بقيمة \$80 للأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية وأدوية المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة على بطاقة خصم صادرة عن الخطة للمساعدة في نفقات المعيشة اليومية. يمكن استخدام هذا الرصيد لمساعدتك في الحصول على الأطعمة الصحية والدعم العام للمعيشة (مثل الإيجار والرهن العقاري والمرافق) ومكافحة الآفات. يجب أن يكون لدى الأعضاء حالة صحية مزمنة على الأقل من الحالات التالية للتأهل للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة: اضطرابات القلب والأوعية الدموية وحالات الصحة النفسية المزمنة والمعوقة وأمراض الجهاز الهضمي المزمنة (تقتصر على مرض الكبد في مرحلته النهائية)، واضطرابات الرئة المزمنة (تقتصر على اضطراب الانسداد الرئوي المزمن) وقصور القلب الاحتقاني ومرض النسيج الضام والخرف ومرض السكري وزيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي والسكتة الدماغية. بالإضافة إلى ذلك: يجب أن تكون الحالة مهددة للحياة أو تحد بشكل كبير من الصحة العامة أو وظيفة العضو، ويتعين أن يكون العضو معرضاً لمخاطر عالية تستدعي دخول المستشفى أو حدوث نتائج صحية سلبية أخرى، و يجب أن يحتاج العضو إلى تنسيق العناية المركزة. ستراجع الخطة المعايير الموضوعية لتحديد أهلية الأعضاء. لمزيد من المعلومات أو للتحقق من الأهلية، يتعين على الأعضاء الاتصال بالخطة. ستنتهي صلاحية أي مبالغ غير مستخدمة في نهاية كل ربع سنوي أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة. المزايا المذكورة هي جزء من برنامج تكميلي خاص للمرضى المصابين بأمراض مزمنة. ليس كل الأعضاء مؤهلين.	\$0
فحص فيروس نقص المناعة البشرية  إننا ندفع مقابل فحص واحد للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية كل 12 شهرًا للأشخاص الذين: • يطلبون إجراء فحص للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية، أو • هم أكثر عرضة لمخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية. إذا كنت حاملاً، فإننا ندفع مقابل ما يصل إلى ثلاثة فحوصات للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية خلال فترة الحمل.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
وكالة الرعاية الصحية المنزلية قبل أن تتمكن من الحصول على خدمات الرعاية الصحية المنزلية يجب على الطبيب أن يخبرنا أنك بحاجة إليها، ويجب أن يتم تقديمها من قبل وكالة رعاية صحية منزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل مما يعني أن مغادرة المنزل تتطلب جهدًا كبيرًا. إننا ندفع مقابل الخدمات التالية وربما خدمات أخرى غير مذكورة هنا: • خدمات التمريض المتخصص بدوام جزئي أو متقطع وخدمات مساعد الرعاية الصحية المنزلية (لكي يتم تغطيتك بموجب مزايا الرعاية الصحية المنزلية، يجب أن يكون مجموع خدمات التمريض المتخصص وخدمات مساعد الرعاية الصحية المنزلية أقل من 8 ساعات في اليوم و 35 ساعة في الأسبوع). • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية • مساعد الرعاية الصحية المنزلية عند تقديم خدمة التمريض * يلزم الحصول على موافقة مسبقة لخدمات العلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي وخدمات أمراض النطق واللغة.	\$0*
أجهزة وتعديلات السلامة في المنزل والحمام سيحصل الأعضاء على بدل سنوي بمبلغ \$150 يُضاف إلى بطاقة الخصم الصادرة عن خطتهم للمساعدة في تكلفة منتجات السلامة المنزلية والحمام. تشمل الأجهزة المعتمدة: مقابض التشبث أو مقابض الأبواب وأغطية الأرضيات غير القابلة للانزلاق وكراسي الأمان وأدوات تعديل الحمام. يمكن للأعضاء التسوق من خلال كتالوج المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية أو في متاجر التجزئة المشاركة. ستنتهي صلاحية أي مبالغ غير مستخدمة في نهاية كل عام أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
العلاج بالحقن الوريدي في المنزل تدفع خطتنا مقابلها العلاج بالحقن الوريدي في المنزل، والذي يُعرف بأنه الأدوية أو المواد البيولوجية التي يتم إعطاؤها عن طريق الوريد أو تحت الجلد وتوفيرها لك في المنزل. يلزم توفير ما يلي لإجراء الحقن الوريدي في المنزل: ● الدواء أو المادة البيولوجية مثل مضاد الفيروسات أو الغلوبولين المناعي؛ ● معدات مثل المضخة، و ● مستلزمات مثل الأنابيب أو القسطرة. تغطي خطتنا خدمات الحقن الوريدي في المنزل التي تتضمن على سبيل المثال لا الحصر: ● الخدمات المهنية بما في ذلك خدمات التمريض المقدمة وفقًا لخطة رعايتك، ● تدريب وتنظيف الأعضاء غير المشمول بالفعل في مزايا المعدات الطبية المعمرة، ● المراقبة عن بعد، و ● خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن الوريدي في المنزل وأدوية الحقن الوريدي في المنزل من قبل مورد مؤهل للعلاج بالحقن الوريدي في المنزل. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	0% رسوم مشاركة في التأمين لأدوية الجزء "ب" المفضلة للعلاج الكيميائي/الإشعاعي.* 20% لأدوية الجزء "ب" غير المفضلة للعلاج الكيميائي/الإشعاعي.* 0% رسوم مشاركة في التأمين لأدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare الأخرى المفضلة. 20% لأدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare الأخرى غير المفضلة *
الرعاية التلطيفية يحق لك اختيار الرعاية التلطيفية إذا قرر مقدم الخدمات لديك والمدير الطبي للرعاية التلطيفية أن لديك تشخيص طبي يقرب الوفاة. هذا يعني أنك مصاب بمرض عضال ومن المتوقع أن تعيش ستة أشهر أو أقل. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج رعاية تلطيفية معتمد من قبل برنامج Medicare. يجب أن تساعدك خطتنا في العثور على برامج رعاية تلطيفية معتمدة من Medicare في منطقة خدمة الخطة، بما في ذلك البرامج التي نمتلكها أو نسيطر عليها أو لدينا مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب الرعاية التلطيفية لديك مقدم خدمات ضمن الشبكة أو خارج الشبكة. تشمل الخدمات المغطاة ما يلي: ● أدوية علاج الأعراض والألم ● الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل ● الرعاية المنزلية تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الرعاية التلطيفية (تتمة) يتم إرسال فواتير خدمات الرعاية التلطيفية والخدمات التي يغطيها برنامج Medicare الجزء "أ" أو برنامج Medicare الجزء "ب" التي تتعلق بتشخيصك الطبي بقرب الوفاة إلى برنامج Medicare. • سيدفع برنامج Medicare الأصلي (بدلاً من خطتنا) لمقدم الرعاية التلطيفية لديك مقابل خدمات الرعاية التلطيفية وأي خدمات ضمن الجزء "أ" أو "ب" المتعلقة بمرضك العضال. أثناء وجودك في برنامج الرعاية التلطيفية سيقوم مقدم الرعاية التلطيفية لديك بإرسال فاتورة إلى برنامج Medicare الأصلي مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare الأصلي. بالنسبة للخدمات التي يغطيها برنامجنا ولكن لا يغطيها الجزء "أ" من برنامج Medicare أو الجزء "ب" من برنامج Medicare: • تغطي خطتنا الخدمات غير المغطاة في الجزء "أ" من برنامج Medicare أو الجزء "ب" من برنامج Medicare. نحن نغطي الخدمات سواء كانت مرتبطة بتشخيصك الطبي بقرب الوفاة أم لا. لن تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات. بالنسبة للأدوية التي قد يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare الخاص بخطتنا: • لا يتم تغطية الأدوية من قبل كل من مرفق الرعاية التلطيفية وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير الرعاية التلطيفية فاتصل بمنسق رعايتك و/أو بخدمات الأعضاء لترتيب الخدمات. الرعاية غير الرعاية التلطيفية هي الرعاية التي لا ترتبط بتشخيصك الطبي بقرب الوفاة. تغطي خطتنا خدمات استشارات الرعاية التلطيفية (مرة واحدة فقط) للشخص المصاب بمرض عضال والذي لم يختَر مزايا الرعاية التلطيفية.	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 التطعيمات إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • لقاحات الالتهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا مرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء مع جرعات إضافية من لقاحات الإنفلونزا إذا كانت هناك ضرورة طبية • لقاحات الالتهاب الكبدي "ب" إذا كنت معرضًا لمخاطر الإصابة بالالتهاب الكبدي "ب" بدرجة عالية أو متوسطة • لقاحات كوفيد-19 • لقاحات أخرى إذا كنت معرضًا للمخاطر وتستوفي قواعد تغطية الجزء "ب" من برنامج Medicare إننا ندفع مقابل اللقاحات الأخرى التي تستوفي قواعد تغطية الجزء "د" من برنامج Medicare. راجع الفصل 6 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة المزيد.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الرعاية الصحية للمرضى الداخليين في المستشفى يشمل ذلك خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين في الحالات الحادة وإعادة تأهيل المرضى الداخليين والرعاية طويلة الأجل وأنواع أخرى من خدمات المرضى الداخليين في المستشفى. تبدأ الرعاية الصحية للمرضى الداخليين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه قبولك رسميًا في المستشفى بناءً على طلب من الطبيب. اليوم الذي يسبق خروجك من المستشفى هو آخر يوم لك فيها كمريض داخلي. إننا ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الطبية الضرورية غير المذكورة هنا: ● غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية) ● الوجبات بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض المعتادة ● تكاليف وحدات الرعاية الخاصة مثل وحدات العناية المركزة أو وحدات العناية التاجية ● الأدوية والعقاقير ● الفحوصات المخبرية ● الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى ● المستلزمات الجراحية والطبية اللازمة ● الأجهزة مثل الكراسي المتحركة ● خدمات غرف العمليات والإنعاش ● العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق ● خدمات علاج سوء استخدام المواد للمرضى الداخليين ● في بعض الحالات تشمل أنواع عمليات الزرع ما يلي: القرنية والكلية الكلوية/البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب/الرئة والنخاع العظمي والخلايا الجذعية والأمعاء/الأعضاء المتعددة. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0* يتعين عليك الحصول على موافقة من خططنا للحصول على رعاية داخلية في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة.

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الرعاية الصحية للمرضى الداخليين في المستشفى (تتمة) إذا كنت بحاجة إلى عملية زرع أعضاء فسيقوم مركز زراعة الأعضاء المعتمد من برنامج Medicare بمراجعة حالتك وتحديد ما إذا كنت مرشحاً لعملية الزرع. قد يكون مقدمو خدمات زراعة الأعضاء المحليين أو خارج منطقة الخدمة. إذا كان مقدمو خدمات زراعة الأعضاء المحليون على استعداد لقبول سعر برنامج Medicare، فيمكنك الحصول على خدمات زراعة الأعضاء محلياً أو خارج نطاق الرعاية المتبعة في مجتمعك. إذا كانت خططنا توفر خدمات زراعة الأعضاء خارج نطاق الرعاية المقدمة لمجتمعنا واخترت إجراء عملية الزرع هناك فإننا نرتب أو ندفع تكاليف الإقامة والسفر لك ولشخص آخر. • الدم بما في ذلك التخزين والإعطاء • خدمات الأطباء ملاحظة: لكي تصبح مريضاً داخلياً يجب على مقدم الخدمات لديك كتابة طلب لقبولك رسمياً كمريض داخلي في المستشفى. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل فقد لا تزال تعتبر "مريضاً خارجياً". إذا لم تكن متأكداً مما إذا كنت مريضاً داخلياً أم خارجياً فاسأل العاملين بالمستشفى. للحصول على مزيد من المعلومات راجع نشرة معلومات برنامج Medicare بشأن <i>مزايا المستشفيات في برنامج Medicare</i>. تتوفر نشرة المعلومات هذه على الموقع الإلكتروني https://www.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. لكل دخول أو لكل إقامة * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	
خدمات المرضى الداخليين في مستشفى للأمراض النفسية سندفع مقابل إقامتك في مستشفى للأمراض النفسية للمرضى الداخليين لمدة 190 يوماً بحد أقصى طوال حياتك. بمجرد استخدامك للـ 190 يوماً بالكامل طوال حياتك سيتم إلغاء تسجيلك من البرنامج وستتم تغطية خدماتك مباشرة من قبل برنامج Medicaid. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات ومستلزمات أمراض الكلى إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات التنقيف الصحي لأمراض الكلى لتعليمك كيفية العناية بالكلى ومساعدتك على اتخاذ قرارات جيدة بشأن رعايتك. يجب أن تكون مصابًا بمرض الكلى المزمن في المرحلة الرابعة، ويجب على طبيبك عمل إحالة لك. إننا نغطي خدمات التنقيف الصحي لأمراض الكلى بحد أقصى ست جلسات. • علاجات غسيل الكلى لمرضى العيادات الخارجية بما في ذلك علاجات غسيل الكلى عند الخروج مؤقتًا من منطقة الخدمة، كما هو موضح في الفصل 3 من كتيب دليل الأعضاء هذا، أو عندما يكون مقدم الخدمات لديك غير متاح أو لا يمكن الوصول إليه مؤقتًا. • علاجات غسيل الكلى للمرضى المقيمين إذا تم إدخالك كمريض داخلي إلى المستشفى لتلقي رعاية خاصة • التدريب على غسيل الكلى الذاتي بما في ذلك التدريب لك ولأي شخص يساعدك في علاجات غسيل الكلى المنزلي. • معدات ومستلزمات غسيل الكلى المنزلي • بعض خدمات الدعم المنزلي مثل الزيارات الضرورية التي يقوم بها أخصائيو غسيل الكلى المدربون للتحقق من غسيل الكلى المنزلي والمساعدة في حالات الطوارئ وفحص معدات غسيل الكلى وإمدادات المياه. يدفع الجزء "ب" من برنامج Medicare مقابل بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى. للحصول على معلومات راجع قسم "أدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare" في هذا الجدول.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة تدفع خطتنا مقابل فحص سرطان الرئة كل 12 شهرًا في الحالات التالية: • يتراوح عمرك من 50 إلى 77 عامًا، و • لديك زيارة استشارية وجلسة اتخاذ قرار مشترك مع طبيبك أو مع أي مقدم خدمات مؤهل آخر، و • كنت تدخن علبة سجائر على الأقل يوميًا لمدة 20 عامًا دون ظهور أي علامات أو أعراض لسرطان الرئة أو تدخن حاليًا أو أقلعت عن التدخين خلال الـ 15 عامًا الماضية. بعد الفحص الأول، تدفع خطتنا مقابل فحص آخر كل عام بناءً على طلب كتابي من طبيبك أو من أي مقدم خدمات مؤهل آخر. إذا اختار مقدم الخدمات تقديم استشارة بشأن فحص سرطان الرئة وزيارة لاتخاذ قرار مشترك لفحوصات سرطان الرئة، فيجب أن تستوفي الزيارة معايير برنامج Medicare لمثل هذه الزيارات.	\$0
الوجبات تغطي مزايا الوجبات بعد الخروج من المستشفى 14 وجبة على مدار أسبوع واحد للأعضاء المؤهلين المقيمين في المنزل بعد كل خروج من مرفق للمرضى الداخليين أو مرفق تمرير متخصص. 4 مرات في السنة بحد أقصى. يلزم الحصول على إحالة.	\$0
 العلاج الغذائي الطبي هذه الميزة مخصصة للأشخاص المصابين بمرض السكري أو أمراض الكلى الذين لا يخضعون لغسيل الكلى. كما تُستخدم بعد عملية زراعة الكلى بناءً على طلب طبيبك. إننا ندفع مقابل ثلاث ساعات من خدمات الاستشارات الفردية خلال السنة الأولى التي تحصل فيها على خدمات العلاج الغذائي الطبي بموجب برنامج Medicare. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت هناك ضرورة طبية. إننا ندفع مقابل ساعتين من خدمات الاستشارات الفردية كل سنة بعد ذلك. إذا تغيرت حالتك أو علاجك أو تشخيصك فقد تتمكن من الحصول على ساعات علاج إضافية بناءً على طلب من الطبيب. يجب على الطبيب وصف هذه الخدمات وتجديد الطلب كل سنة إذا كنت بحاجة إلى علاج في السنة التقويمية التالية. قد نوافق على خدمات إضافية إذا كانت هناك ضرورة طبية.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
أدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare هذه الأدوية مغطاة ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare. تدفع خطتنا مقابل الأدوية التالية: - الأدوية التي لا تتناولها عادةً بنفسك ويتم حقنها أو ضخها أثناء تلقيك خدمات الطبيب أو خدمات مرضى العيادات الخارجية بالمستشفى أو خدمات مركز جراحات اليوم الواحد. - الأنسولين الذي يتم توفيره من خلال المعدات الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) - الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام المعدات الطبية المعمرة (مثل البخاخات) التي اعتمدتها خطتنا - دواء الزهايمر Leqembi® (الاسم العام lecanemab) الذي يُعطى عن طريق الوريد. - عوامل التخثر التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت مصابًا بالهيموفيليا - أدوية زراعة الأعضاء/المتبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare العلاج الدوائي لزراعة الأعضاء إذا كان برنامج Medicare قد دفع مقابل زراعة الأعضاء. يجب أن يكون لديك الجزء "أ" وقت إجراء عملية الزراعة المغطاة، ويجب أن يكون لديك الجزء "ب" وقت حصولك على الأدوية المتبطة للمناعة. يغطي الجزء "د" من برنامج Medicare الأدوية المتبطة للمناعة إذا لم يغطيها الجزء "ب" - أدوية هشاشة العظام التي يتم حقنها. إننا ندفع مقابل هذه الأدوية إذا كنت ملازمة للمنزل وتعانين من كسر في العظام يؤكد الطبيب أنه مرتبط بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث، ولا تستطيعين حقن الدواء بنفسك تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	0% رسوم مشاركة في التأمين لأدوية الجزء "ب" المفضلة للأنسولين. 20% أو \$35، أيهما أقل، بالنسبة لأدوية الجزء "ب" غير المفضلة للأنسولين. 0% رسوم مشاركة في التأمين لأدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare الأخرى المفضلة. 20% لأدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare الأخرى غير المفضلة. 0% رسوم مشاركة في التأمين لأدوية الجزء "ب" المفضلة للعلاج الكيميائي/الإشعاعي. 20% لأدوية الجزء "ب" غير المفضلة للعلاج الكيميائي/الإشعاعي.*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
أدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare (تتمة) • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا قام الطبيب بتحضيرها وقام شخص مدرب بشكل مناسب (قد يكون هذا الشخص أنت) بإعطائها تحت إشراف مناسب. • بعض الأدوية الفموية المضادة للسرطان: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان التي تتناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متوفرًا في شكل حقن أو إذا كان الدواء دواء أوليًا (شكل فموي من الدواء الذي يتحلل عند بلعه إلى نفس المكون النشط الموجود في الدواء القابل للحقن). توفر أدوية فموية جديدة لعلاج سرطان قد يغطيها الجزء "ب". إذا لم يغطيها الجزء "ب"، فإن الجزء "د" يغطيها. • الأدوية الفموية المضادة للعدوى: يغطي برنامج Medicare الأدوية الفموية المضادة للعدوى التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم تناولها قبل العلاج الكيميائي أو أثناءه أو خلال 48 ساعة منه، أو إذا تم استخدامها كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للعدوى يُعطى عن طريق الوريد. • بعض الأدوية الفموية لعلاج مرض الكلى في المرحلة النهائية يغطيها الجزء "ب" من برنامج Medicare • الأدوية المحاكية للكالسيوم والأدوية الرابطة للفوسفات بموجب نظام الدفع الخاص بمرض الكلى في المرحلة النهائية، بما في ذلك دواء Parsabiv® الوريدي ودواء Sensipar الفموي • بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى المنزلي بما في ذلك الـ heparin ومضاد الـ heparin (عند الضرورة الطبية) والمخدر الموضعي • عوامل تحفيز تكوين الكريات الحمراء: يغطي برنامج Medicare الـ erythropoietin عن طريق الحقن إذا كنت تعاني من مرض الكلى في المرحلة النهائية أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج الأنيميا المرتبطة ببعض الحالات الأخرى (مثل Epoen® أو Procrit® أو Retacrit® أو Epoetin Alfa أو Aranesp® أو Darbepoetin Alfa® أو Mircera® أو Methoxy (polyethylene glycol-epotin beta)*) تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
أدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare (تتمة) • الغلوبولين المناعي الوريدي لعلاج أمراض نقص المناعة الأولية في المنزل • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية عبر الوريد والأنبوب) إننا نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب الجزء "ب" من برنامج Medicare ومعظم لقاحات البالغين بموجب مزايا أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare لدينا. يشرح الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا مزايا الأدوية لدينا. إنه يشرح القواعد التي يجب عليك اتباعها لتغطية أدوية الوصفات الطبية. يشرح الفصل 6 من كتيب دليل الأعضاء هذا ما تدفعه مقابل أدويةك من خلال خطتنا. *يلزم الحصول على موافقة مسبقة للعلاج الكيميائي الإشعاعي ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare وأدوية الجزء "ب" من برنامج Medicare.	
النقل الطبي للحالات غير الطارئة ستغطي الخطة تكاليف نقلك من وإلى مواعيدك الطبية بالإضافة إلى تكاليف الصيدلانية إذا كانت الخدمة مغطاة. تشمل أنواع النقل غير الطارئ ما يلي: • سيارة فان مجهزة للكراسي المتحركة • سيارة الخدمة • سيارة أجرة رحلات غير محدودة في اتجاه واحد كل عام إلى مواقع معتمدة من الخطة (على سبيل المثال عيادة الطبيب والصيدلية والمستشفى). قد يكون ذلك من خلال سيارة أو حافلة أو سيارة فان حسبما يناسب الموقف واحتياجات العضو. يجب جدولة الرحلات قبل يوم عمل واحد على الأقل من الموعد، إلا في ظروف خاصة. يُسمح بالنقل للمواقع المعتمدة في الخطة فقط (على سبيل المثال عيادة الطبيب والصيدلية والمستشفى).	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الرعاية في مرافق التمريض مرافق التمريض هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى دخول المستشفى. تشمل الخدمات التي ندفع مقابلها على سبيل المثال لا الحصر ما يلي: ● غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية) ● الوجبات بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض ● العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق ● العلاج التنفسي ● الأدوية التي تم إعطاؤها لك كجزء من خطة رعايتك. (يشمل ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم مثل عوامل تخثر الدم.) ● الدم بما في ذلك التخزين والإعطاء ● عادةً ما توفر مرافق التمريض المستلزمات الطبية والجراحية ● عادةً ما يتم إجراء الفحوصات المخبرية في مرافق التمريض ● الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تقدمها عادةً مرافق التمريض ● استخدام الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي عادةً ما توفرها مرافق التمريض تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0* عندما يتجاوز دخلك مبلغًا مسموحًا به يجب عليك حينها المساهمة في تكلفة الرعاية التي تتلقاها في مرافق التمريض. يعتمد المبلغ المسموح به على وضع كل شخص ويتم تحديده عندما يتقدم الشخص بطلب للحصول على مساعدة في دفع تكاليف مرافق التمريض. هذه المساهمة المعروفة باسم مبلغ مشاركة المريض في الدفع مطلوبة إذا كنت تعيش في مرافق تمريض. لكن قد لا تضطر في النهاية إلى الدفع كل شهر. لا تنطبق مسؤولية مشاركة المريض في الدفع على الأيام التي يغطيها برنامج Medicare في مرافق تمريض.

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الرعاية في مرافق التمريض (تتمة) • خدمات الأطباء/الممارسين • المعدات الطبية المعمرة • خدمات الأسنان بما في ذلك أطقم الأسنان • مزايا خدمات النظر • اختبارات السمع • رعاية تقويم العمود الفقري • خدمات طب القدم عادةً ما تتلقى الرعاية الصحية من مرافق الشبكة. مع ذلك قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق خارج شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا كانت تقبل مبالغ خطتنا للدفع: • مرفق تمريض أو مجتمع للتقاعد والرعاية المستمرة حيث كنت تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (ما دام يوفر رعاية مرفق التمريض). • مرفق تمريض حيث يقيم زوجك أو شريكك السكني وقت مغادرتك المستشفى. • دار الرعاية التي كنت تقيم فيها عند تسجيلك في برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care. تهدف هذه الخدمة إلى توفير رعاية وصائية طويلة الأجل ولا تتداخل مع رعاية مرافق التمريض المتخصصة. يجب عليك استيفاء معايير مستوى الرعاية في مرافق التمريض التابعة لبرنامج Michigan Medicaid للحصول على هذه الخدمة. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	
فحص وعلاج السمنة للحفاظ على انخفاض الوزن إذا كان مؤشر كتلة جسمك 30 أو أكثر فإننا ندفع مقابل الاستشارة لمساعدتك على إنقاص وزنك. يجب عليك الحصول على الاستشارة في مركز رعاية صحية أولية. وبهذه الطريقة يمكن إدارتها من خلال خطة الوقاية الكاملة لديك. تحدث مع مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك لمعرفة المزيد.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات برنامج علاج الإدمان على المواد الأفيونية تدفع خطتنا مقابل الخدمات التالية لعلاج اضطراب استخدام المواد الأفيونية من خلال برنامج علاج الإدمان على المواد الأفيونية الذي يشمل الخدمات التالية: • إجراءات القبول • التقييمات الدورية • الأدوية المعتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية وإدارة هذه الأدوية وإعطائها لك حيثما تطلب الأمر • تقديم المشورة بشأن تعاطي المواد • العلاج الفردي والجماعي • اختبار وجود المخدرات أو المواد الكيميائية في جسمك (اختبار السموم)	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الفحوصات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية للمرضى الخارجيين إننا ندفع مقابل الخدمات التالية وغيرها من الخدمات الطبية الضرورية غير المذكورة هنا: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديو ونظائره) بما في ذلك مواد ومستلزمات الفنينين • المستلزمات الجراحية مثل الضمادات • الجبائر والضمادات وغيرها من التجهيزات المستخدمة لعلاج الكسور والخلع • الفحوصات المخبرية • الدم بما في ذلك التخزين والإعطاء • الفحوصات التشخيصية غير المخبرية مثل الأشعة المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي وتخطيط كهربية القلب والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني عندما يطلبها طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر لعلاج حالة طبية • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين <i>* لا تتطلب جميع إجراءات التشخيص والاختبارات والخدمات المخبرية للمرضى الخارجيين الحصول على موافقة مسبقة. لا تتطلب غالبية خدمات المختبرات الحصول على موافقة مسبقة. قد تتطلب بعض خدمات المختبرات المتخصصة (على سبيل المثال خدمات مختبرات الفحوصات الجينية) الحصول على موافقة مسبقة. اطلب من مقدم الخدمات لديك الاتصال بالخطة للتأكد مما إذا كانت الموافقة المسبقة مطلوبة.</i>	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
ملاحظة مرضى العيادات الخارجية للمستشفى إننا ندفع مقابل خدمات ملاحظة مرضى العيادات الخارجية للمستشفى لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى كمريض داخلي أو يمكنك الخروج. يجب أن تستوفي الخدمات معايير برنامج Medicare وأن تُعتبر معقولة وضرورية. لا تغطي خدمات الملاحظة إلا عند تقديمها بناءً على طلب طبيب أو شخص آخر مخول بموجب قانون الولاية ولوائح موظفي المستشفى بقبول المرضى في المستشفى أو طلب إجراء فحوصات لمرضى العيادات الخارجية. ملاحظة: ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا بقبولك كمريض داخلي في المستشفى فأنت مريض خارجي. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل فقد لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا فاسأل موظفي المستشفى. للحصول على مزيد من المعلومات راجع نشرة معلومات برنامج Medicare بشأن مزايا المستشفيات في برنامج Medicare. تتوفر نشرة المعلومات هذه على الموقع الإلكتروني Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات مرضى العيادات الخارجية للمستشفى إننا ندفع مقابل الخدمات الطبية الضرورية التي تحصل عليها في قسم العيادات الخارجية للمستشفى لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة مثل: • الخدمات المقدمة في قسم الطوارئ أو العيادة الخارجية مثل جراحة العيادات الخارجية أو خدمات الملاحظة ○ تساعد خدمات المراقبة طبيبك على معرفة ما إذا كنت بحاجة إلى دخول المستشفى "كمريض داخلي". ○ في بعض الأحيان يمكنك البقاء في المستشفى طوال الليل ومع ذلك تظل "مريضاً خارجياً". ○ يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن كونك مريضاً داخلياً أو خارجياً في نشرة المعلومات هذه: es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf • الفحوصات المخبرية والتشخيصية التي تقوم المستشفى بإصدار فواتير بها • رعاية الصحة النفسية بما في ذلك الرعاية في برنامج الإقامة الجزئية في المستشفى إذا أقر الطبيب أن العلاج في المستشفى سيكون ضرورياً بدونها • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي تقوم المستشفى بإصدار فواتير بها • المستلزمات الطبية مثل الجبائر والضمادات • الفحوصات والخدمات الوقائية المدرجة في جدول المزايا • بعض الأدوية التي لا يمكنك تناولها بنفسك لن تتطلب جميع خدمات التشخيص/العلاج/التصوير الإشعاعي والأشعة السينية لمرضى العيادات الخارجية الحصول على موافقة مسبقة. لا تتطلب غالبية خدمات الأشعة السينية الحصول على موافقة مسبقة. *يلزم الحصول على موافقة مسبقة لبعض خدمات الأشعة السينية المتخصصة. اطلب من مقدم الخدمات لديك الاتصال بالخطة للتأكد مما إذا كانت الموافقة المسبقة مطلوبة.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
رعاية الصحة النفسية لمرضى العيادات الخارجية إننا ندفع مقابل خدمات الصحة النفسية التي يقدمها: • طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية • الأخصائي النفسي السريري • الأخصائي الاجتماعي السريري • أخصائي التمريض السريري • الاستشاري المهني المرخص • معالج الزواج والأسرة المرخص • الممرض الممارس • مساعد الطبيب • أي متخصص آخر في مجال رعاية الصحة النفسية مؤهل من برنامج Medicare وفقًا لما تسمح به قوانين الولاية المعمول بها يتم تقديم خدمات الصحة السلوكية التخصصية لبرنامج Medicaid من قبل الخطط الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين الإقليميين أو مقدمي خدمات الصحة النفسية المجتمعية. يشمل ذلك رعاية الصحة النفسية لمرضى العيادات الخارجية. إذا كنت تعيش في مقاطعة Macomb أو مقاطعة Wayne فستحيك الخطأ إلى الخطأ الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين للحصول على هذه الخدمة. راجع القسم ج في هذا الفصل لمزيد من المعلومات. تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
رعاية الصحة النفسية لمرضى العيادات الخارجية (تتمة) ستدفع الخطة مقابل الخدمات التالية وربما خدمات أخرى غير مدرجة هنا إذا كانت من مزايا لبرنامج Medicare أو برنامج Medicaid ولكن لا تغطيها الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين: • خدمات العيادات • العلاج النهاري • خدمات إعادة التأهيل النفسي والاجتماعي يجب على الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين الموافقة على القبول لخدمات الصحة النفسية التخصصية التي يقدمها غير الأطباء.	
خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية إننا ندفع مقابل العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق. يمكنك الحصول على خدمات إعادة تأهيل مرضى العيادات الخارجية من أقسام العيادات الخارجية بالمستشفيات وعيادات المعالجين المستقلين ومرافق إعادة التأهيل الشاملة لمرضى العيادات الخارجية وغيرها من المرافق.	\$0
خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد لمرضى العيادات الخارجية ستدفع مقابل خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد لمرضى العيادات الخارجية التي يغطيها الجزء "ب" من برنامج Medicare. بالنسبة للدعم والخدمات الإضافية التي تتجاوز ما يغطيه الجزء "ب" من برنامج Medicare، فسنقوم بتقييم احتياجاتك وإحالتك إلى الخطط الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين أو مقدم خدمات الصحة النفسية المجتمعية المحلي لتلقي الرعاية والعلاج. يشمل ذلك خدمات علاج اضطرابات تعاطي المواد لمرضى العيادات الخارجية. إذا كنت تعيش في مقاطعة Macomb أو مقاطعة Wayne فستحملك الخطة إلى الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين للحصول على هذه الخدمة. راجع القسم ج في هذا الفصل لمزيد من المعلومات. * قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
العمليات الجراحية لمرضى العيادات الخارجية إننا ندفع مقابل العمليات الجراحية والخدمات المقدمة لمرضى العيادات الخارجية في مرافق العيادات الخارجية بالمستشفيات ومراكز جراحة اليوم الواحد. ملاحظة: إذا كنت ستخضع لعملية جراحية في مرفق تابع لمستشفى فيجب عليك التحقق مع مقدم الخدمات لديك بشأن وضعك كمريض داخلي أم خارجي. ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا بقبولك كمريض داخلي في المستشفى فأنت مريض خارجي. حتى لو بقيت في المستشفى طوال الليل فقد لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. *قد يلزم الحصول على موافقة مسبقة لخدمات مركز جراحة اليوم الواحد.	\$0*
المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية مخصص بحد أقصى \$80 كل ربع سنوي على المنتجات المؤهلة التي لا تستلزم وصفة طبية مثل الفيتامينات ومسكنات الألم وعلاجات البرد وغيرها. يتم شحن بطاقة الخصم الصادرة عن الخطة بالمال كل ربع سنوي. يمكن للأعضاء التسوق من خلال كتالوج المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية أو في متاجر التجزئة المشاركة. لا يوجد حد أقصى لعدد المنتجات أو الطلبات. ستنتهي صلاحية أي أرصدة غير مستخدمة في نهاية الربع السنوي أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة. إذا كنت مؤهلاً للحصول على المزايا التكميلية الخاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة يمكن استخدام رصيد المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية ربع السنوي البالغ \$80 لمساعدتك في الحصول على الأطعمة الصحية والدعم العام للمعيشة (مثل الإيجار والرهن العقاري والمرافق) ومكافحة الآفات. ستنتهي صلاحية أي أرصدة غير مستخدمة في نهاية الربع السنوي أو عند إلغاء الاشتراك في الخطة. Naloxone مغطى ضمن مزايا المنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية في الجزء "ج". لا يكرر العلاج المطروح ببدايل النيكوتين أي أدوية لا تستلزم وصفة طبية في الجزء "د" أو الأدوية الواردة في كتيب الوصفات.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات الإقامة الجزئية في المستشفى والخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية الإقامة الجزئية في المستشفى هي برنامج منظم للعلاج النفسي النشط. يتم تقديمه كخدمة لمرضى العيادات الخارجية للمستشفيات أو من قبل مركز الصحة النفسية المجتمعي وهو مكثف أكثر من الرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو معالجك أو معالج الزواج والأسرة المرخص أو عيادة الاستشاري المهني المرخص. يمكن أن يساعدك ذلك على تجنب الاضطرار إلى البقاء في المستشفى. الخدمة المكثفة لمرضى العيادات الخارجية هي برنامج منظم للعلاج السلوكي (النفسي) النشط يتم تقديمه كخدمة لمرضى العيادات الخارجية للمستشفيات أو في مركز للصحة النفسية المجتمعية أو مركز صحي مؤهل اتحاديًا أو عيادة صحية ريفية وهي مكثفة أكثر من الرعاية التي تتلقاها في عيادة طبيبك أو معالجك أو معالج الزواج والأسرة المرخص أو عيادة الاستشاري المهني المرخص ولكنها مكثفة أقل من الإقامة الجزئية في المستشفى. سندفع مقابل الإقامة الجزئية في المستشفى والخدمات المكثفة لمرضى العيادات الخارجية حسب تغطية برنامج Medicare. سيتم تغطية الدعم والخدمات الإضافية المطلوبة التي تتجاوز تغطية برنامج Medicare بواسطة برنامج Medicaid مباشرًا. إذا كنت تعيش في مقاطعة Macomb أو مقاطعة Wayne فستحيك الخطة إلى الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين للحصول على هذه الخدمة. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	\$0*
خدمات الرعاية الشخصية ستدفع الخطة مقابل المساعدة العملية لمساعدتك على البقاء في منزلك لأطول فترة ممكنة. تشمل تلك الخدمات المساعدة في أنشطة الحياة اليومية وهي مهام مثل الاستحمام وتناول الطعام وارتداء الملابس واستخدام المرحاض. يمكن أن تشمل هذه الخدمة الأنشطة الأساسية للحياة اليومية ولكن فقط عندما تكون هناك حاجة أيضًا إلى أنشطة الحياة اليومية. تشمل الأنشطة الأساسية للحياة اليومية أشياء مثل التسوق وغسل الملابس وإعداد الوجبات والتذكير بتناول الأدوية واصطحابك إلى مواعيدك الطبية. يتم توفير هذه الخدمات من خلال الخطة وهي متاحة فقط للأفراد المسجلين في إعفاء (MICH 1915(c). * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات الطبيب/مقدم الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: • خدمات الرعاية الصحية أو الجراحة الضرورية طبياً التي تقدم في أماكن مثل: • عيادة الطبيب • مركز معتمد لجراحة اليوم الواحد • قسم مرضى العيادات الخارجية بالمستشفى • الاستشارة والتشخيص والعلاج من قبل أخصائي • الفحوصات الأساسية للسمع والتوازن التي يجريها أخصائي إذا طلبها طبيبك لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المتعلقة بمرض الكلى في المرحلة النهائية لأعضاء غسيل الكلى المنزلي أو في مركز غسيل كلى تابع لمستشفى أو مركز غسيل كلى تابع لمستشفى للحالات الحرجة أو مرفق غسيل الكلى أو في المنزل • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد أو اضطراب الصحة النفسية المصاحب له • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص وتقييم وعلاج اضطرابات الصحة النفسية في الحالات التالية: ○ لديك زيارة شخصية تجريها خلال 6 أشهر قبل زيارتك الصحية الأولى عن بُعد ○ لديك زيارة شخصية تجريها كل 12 شهراً أثناء تلقيك خدمات الرعاية الصحية عن بُعد تلك ○ يمكن استثناء بعض الحالات مما سبق. • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة النفسية التي تقدمها العيادات الصحية الريفية والمراكز الصحية المؤهلة اتحادياً. • الاستشارات الافتراضية (على سبيل المثال عبر الهاتف أو محادثة الفيديو) مع طبيبك لمدة 10-5 دقائق في الحالات التالية: تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
خدمات الطبيب/مقدم الخدمات، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تتمة) ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لا ترتبط الاستشارة بزيارة لعيادة خلال السبعة أيام الماضية و ○ لا تؤدي الاستشارة إلى زيارة للعيادة خلال 24 ساعة أو أقرب موعد متاح ● تقييم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك وتفسيرها ومتابعتها من قبل طبيبك خلال 24 ساعة في الحالات التالية: ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لا يرتبط التقييم بزيارة لعيادة خلال السبعة أيام الماضية و ○ لا يؤدي التقييم إلى زيارة للعيادة خلال 24 ساعة أو أقرب موعد متاح ● استشارة طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني إذا لم تكن مريضًا جديدًا ● الحصول على رأي ثانٍ من مقدم خدمات آخر في الشبكة قبل الجراحة *يلزم الحصول على موافقة مسبقة لخدمات مرضى العيادات الخارجية بالمستشفى.	
خدمات طب القدم إننا ندفع مقابل الخدمات التالية: ● التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدم (مثل الإصبع المطرقي أو نتوءات الكعب). ● العناية الروتينية بالقدمين للأعضاء الذين يعانون من حالات تؤثر على الساقين مثل مرض السكري توفر الخطة 6 زيارات روتينية للعناية بالقدمين كل عام.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 الوقاية قبل التعرض لفيروس نقص المناعة البشرية إذا لم تكن مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية ولكن طبيبك أو أي ممارس رعاية صحية آخر قرر أنك معرض لخطر متزايد للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية فإننا نغطي أدوية الوقاية قبل التعرض للفيروس والخدمات ذات الصلة. إذا كنت مؤهلاً فإن الخدمات المغطاة تشمل ما يلي: • دواء الوقاية قبل التعرض المعتمد من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية سواء كان عن طريق الفم أو الحقن. إذا كنت ستتلقى دواءً عن طريق الحقن فإننا نغطي رسوم حقن الدواء أيضاً. • 8 جلسات استشارية فردية بحد أقصى (بما في ذلك تقييم مخاطر الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والحد من مخاطر الإصابة به والالتزام بتناول الأدوية) كل 12 شهراً. • 8 فحوصات بحد أقصى للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية كل 12 شهراً. • فحص لمرة واحدة للكشف عن فيروس التهاب الكبد "ب".	\$0
 فحوصات سرطان البروستاتا بالنسبة للرجال الذين تبلغ أعمارهم 50 عاماً فأكثر فإننا ندفع مقابل الخدمات التالية مرة واحدة كل 12 شهراً: • الفحص السريري للمستقيم • فحص مستضد البروستاتا النوعي	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
الأجهزة التعويضية والتقويمية ومستلزماتها الأجهزة التعويضية تحل محل كل أو جزء من عضو أو وظيفة من وظائف الجسم. يشمل ذلك على سبيل المثال لا الحصر ما يلي: • اختبار أو تركيب أو التدريب على استخدام الأجهزة التعويضية والتقويمية • أكياس فغر القولون ومستلزمات رعاية فغر القولون • أجهزة تنظيم ضربات القلب • تقويم الأسنان • الأحذية التعويضية • الأذرع والأرجل الاصطناعية • بدائل الثدي الصناعية (بما في ذلك حمالة الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي) إننا ندفع مقابل بعض المستلزمات المتعلقة بالأجهزة التعويضية والتقويمية. كما ندفع مقابل إصلاح أو استبدال الأجهزة التعويضية والتقويمية. إننا نقدم بعض التغطية بعد إزالة المياه البيضاء أو جراحة المياه البيضاء. راجع "العناية بالنظر" لاحقًا في هذا الجدول للحصول على تفاصيل. <i>* يلزم الحصول على موافقة مسبقة لاستئجار وشراء الأطراف الاصطناعية والمستلزمات الطبية التي تغطيها Medicare.</i>	\$0*
خدمات إعادة التأهيل الرئوي إننا ندفع مقابل برامج إعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن المتوسط إلى الحاد جدًا. يجب أن يكون لديك طلب بإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب أو مقدم الخدمات الذي يعالج مرض الانسداد الرئوي المزمن. <i>* يلزم الحصول على موافقة مسبقة</i>	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 فحص الإصابة بفيروس التهاب الكبد سي إننا نغطي فحصًا واحدًا لالتهاب الكبد سي إذا طلبه طبيب الرعاية الأولية لديك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر وكنت تستوفي أحد هذه الشروط التالية: • أنت معرض لمخاطر عالية لأنك تستخدم أو استخدمت مخدرات غير مشروعة عن طريق الحقن. • خضعت لعملية نقل دم قبل عام 1992. • ولدت بين عامي 1945 و 1965. إذا ولدت بين عامي 1945 و 1965 ولا تعتبر معرضًا لمخاطر عالية فإننا ندفع ثمن الفحص مرة واحدة. إذا كنت معرضًا لمخاطر عالية (على سبيل المثال، استمررت في استخدام المخدرات غير المشروعة عن طريق الحقن منذ اختبار الالتهاب الكبد سي السلبي السابق)، فإننا نغطي الفحوصات السنوية.	\$0
 الفحص والاستشارة بشأن الأمراض المنقولة جنسيًا إننا ندفع مقابل فحوصات الكلاميديا والسيلان والزهري والالتهاب الكبد "ب". هذه الفحوصات مغطاة للنساء الحوامل ولبعض الأشخاص المعرضين لخطر متزايد للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا. يجب على مقدم الرعاية الصحية الأولية طلب الفحوصات. إننا نغطي هذه الفحوصات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة أثناء الحمل. كما ندفع مقابل ما يصل إلى جلستين استشاريتين سلوكيتين وجهًا لوجه وعالية الكثافة كل عام للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين لمخاطر متزايدة للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا. قد تستغرق كل جلسة من 20 إلى 30 دقيقة. إننا ندفع مقابل جلسات الاستشارة هذه كخدمة وقائية فقط إذا تم تقديمها من قبل مقدم رعاية صحية أولية. يجب أن تكون الجلسات في بيئة رعاية أولية مثل عيادة الطبيب.	\$0
رعاية مرافق التمريض المتخصصة للحصول على تعريف رعاية مرافق التمريض المتخصصة انتقل إلى الفصل 12. إننا ندفع مقابل الخدمات التالية وربما خدمات أخرى غير مذكورة هنا: • غرفة شبه خاصة أو غرفة خاصة إذا كانت هناك ضرورة طبية • الوجبات بما في ذلك الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المتخصص تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	\$0*

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
رعاية مرافق التمريض المتخصصة (تتمة) ● العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق ● الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة رعايتك بما في ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم مثل عوامل تخثر الدم ● الدم بما في ذلك التخزين والإعطاء ● المستلزمات الطبية والجراحية التي توفرها مرافق التمريض المتخصصة ● الفحوصات المخبرية التي تقدمها مرافق التمريض المتخصصة ● الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي تقدمها مرافق التمريض ● الأجهزة مثل الكراسي المتحركة التي عادةً ما توفرها مرافق التمريض ● خدمات الأطباء/مقدمي الخدمات عادةً ما تتلقى رعاية مرافق التمريض المتخصصة من مرافق الشبكة. في ظل ظروف معينة قد تتمكن من الحصول على الرعاية من مرفق خارج شبكتنا. يمكنك الحصول على الرعاية من الأماكن التالية إذا كانت تقبل مبالغ خطتنا للدفع: ● مرفق تمريض أو مجتمع للتقاعد والرعاية المستمرة حيث تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (ما دام يوفر رعاية مرفق التمريض). ● مرفق تمريض حيث يقيم زوجك أو شريكك السكني وقت مغادرتك المستشفى. إقامتان يغطيهما برنامج Medicare، لكل دخول أو لكل إقامة. فترة مزايا مدتها 100 يومًا. * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
بدل رعاية لتغطية تكاليف الصيانة لحيوان الخدمة ستدفع الخطة مقابل ما يصل إلى \$20 شهريًا لتكاليف الصيانة لحيوان الخدمة في الحالات التالية: • أنت تتلقى خدمات الرعاية الشخصية، و • تم اعتمادك كمعاق بسبب حالة محددة بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، مثل التهاب المفاصل أو العمى أو الشلل الدماغي أو شلل الأطفال أو التصلب المتعدد أو الصمم أو السكتة الدماغية أو إصابة الحبل الشوكي، و • يتم تدريب حيوان الخدمة لتلبية احتياجاتك الخاصة المتعلقة بإعاقتك. • يجب أن توضح خطة الخدمة الخاصة بك أن حيوان الخدمة سيستخدم في المقام الأول لتلبية احتياجات الرعاية الشخصية لديك.	\$0
 الإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ تغطي خدمات الاستشارة للإقلاع عن التدخين واستخدام التبغ لمرضى العيادات الخارجية والمرضى المقيمين في المستشفى الذين يستوفون المعايير التالية: • استخدام التبغ بغض النظر عما إذا كانوا يظهرون علامات أو أعراضًا لأمراض متعلقة بالتبغ • يتمتعون بالكفاءة واليقظة أثناء تقديم المشورة • يقدم الاستشارة طبيب مؤهل أو ممارس آخر معترف به من قبل برنامج Medicare إننا نغطي محاولتين للإقلاع عن التدخين في السنة (قد تتضمن كل محاولة أربع جلسات متوسطة أو مكثفة على الأكثر بحد أقصى ثماني جلسات في السنة). بالإضافة إلى برنامج Medicare، تقدم الخطة 4 زيارات.	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف إننا ندفع مقابل العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف للأعضاء الذين يعانون من مرض الشرايين المحيطية المصحوب بأعراض. تدفع خطتنا مقابل: • ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة 12 أسبوعاً إذا تم استيفاء جميع متطلبات العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف • 36 جلسة إضافية بمرور الوقت إذا رأى مقدم الخدمات ضرورة طبية لذلك يجب أن يكون برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف كالتالي: • جلسات لمدة 30 إلى 60 دقيقة من برنامج تدريبي علاجي لمرض الشرايين المحيطية لدى الأعضاء الذين يعانون من تشنجات الساق بسبب ضعف تدفق الدم (المرج المتقطع). • في قسم العيادات الخارجية بالمستشفى أو في عيادة طبيب • يتم تقديم الخدمة من قبل أفراد مؤهلين يضمنون أن الفائدة تفوق الضرر وهم مدربون على العلاج بالتمارين الرياضية لمرض الشرايين المحيطية. • تحت إشراف مباشر لطبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/أخصائي تمرير سريري مدرب على أساليب دعم الحياة الأساسية والمتقدمة * يلزم الحصول على موافقة مسبقة.	\$0*
خدمات إدارة الحالات المستهدفة ستدفع الخطة مقابل خدمات إدارة الحالات المستهدفة للأعضاء الذين يعانون من احتياجات رعاية صحية جسدية أو سلوكية مزمنة أو معقدة وكانوا نزلاء مؤخرًا أو يقيمون قسرًا في سجن أو سجن مقاطعة. تساعد خدمات إدارة الحالات المستهدفة الأعضاء في الحصول على الخدمات الطبية والتعليمية والاجتماعية و/أو غيرها من الخدمات المناسبة. تشمل خدمات إدارة الحالات المستهدفة التقييمات والتخطيط والربط والدعم وتنسيق الرعاية والإحالة والمراقبة وأنشطة المتابعة (مثل التعليم والدعم).	\$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
النقل (غير الطارئ) رحلات غير محدودة في اتجاه واحد كل عام إلى مواقع معتمدة من الخطة (على سبيل المثال عيادة الطبيب والصيدلية والمستشفى). قد يكون ذلك من خلال سيارة أو حافلة أو فان حسبما يناسب الموقف واحتياجات العضو. يجب جدولة الرحلات قبل يوم عمل واحد على الأقل من الموعد، إلا في ظروف خاصة. يُسمح بالنقل للمواقع المعتمدة في الخطة فقط (على سبيل المثال عيادة الطبيب والصيدلية والمستشفى).	\$0
الرعاية المطلوبة بشكل عاجل الرعاية المطلوبة بشكل عاجل هي الرعاية المقدمة لعلاج: • حالة غير طارئة تتطلب رعاية طبية فورية، أو • مرض غير متوقع، أو • إصابة، أو • حالة تتطلب رعاية فورية. إذا كنت بحاجة إلى رعاية مطلوبة بشكل عاجل فيجب عليك أولاً محاولة الحصول عليها من مقدم خدمات ضمن الشبكة. مع ذلك، يمكنك استخدام مقدمي الخدمات خارج الشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إلى مقدم خدمات ضمن الشبكة لأنه بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فإنه من غير الممكن أو من غير المعقول الحصول على هذه الخدمة من مقدمي خدمات الشبكة (على سبيل المثال عندما تكون خارج منطقة خدمات الخطة وتحتاج إلى خدمات طبية فورية لحالة غير متوقعة ولكنها ليست حالة طوارئ طبية). حد إجمالي قدره \$50,000 سنوياً لخدمات الطوارئ والرعاية العاجلة وخدمات الإسعاف الطارئة المقدمة خارج الولايات المتحدة وأراضيها.	\$0
العناية بالنظر  يتم تغطية فحوصات النظر الروتينية مرة كل عامين. ستدفع الخطة مقابل أول نظارة. كما يمكن منح نظارة بديلة مرة واحدة كل عام. ستدفع الخطة مقابل العدسات اللاصقة للأشخاص الذين يعانون من حالات معينة. ستدفع الخطة مقابل المساعدات الأساسية والضرورية لضعف النظر (مثل التلسكوبات والمجاهر وبعض المساعدات الأخرى لضعف النظر). تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.	رسوم المشاركة \$0

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
العناية بالنظر (تتمة) إننا ندفع مقابل خدمات مرضى العيادات الخارجية لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العيون. على سبيل المثال، علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. بالنسبة للأشخاص المعرضين لمخاطر عالية للإصابة بالجلوكوما، سندفع تكلفة فحص واحد للجلوكوما كل عام. الأشخاص المعرضون لمخاطر عالية للإصابة بالجلوكوما هم: • الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما • الأشخاص المصابين بمرض السكري • الأمريكيون من أصل أفريقي الذين يبلغون من العمر 50 عامًا فأكثر • الأمريكيون من أصل إسباني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر بالنسبة للأشخاص المصابين بمرض السكري فإننا ندفع مقابل فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة كل عام. إننا ندفع مقابل نظارة واحدة أو زوج من العدسات اللاصقة بعد كل جراحة مياه بيضاء عندما يقوم الطبيب بزرع عدسة داخل العين. إذا أجريت لك جراحتين منفصلتين للمياه البيضاء، فيجب عليك الحصول على نظارة بعد كل جراحة منهما. لا يمكنك الحصول على نظارتين بعد الجراحة الثانية، حتى لو لم تحصل على نظارة بعد الجراحة الأولى. يقدم هذا البرنامج مبلغًا إجماليًا أقصاه \$520 سنويًا. فحص روتيني للعين مرة كل عام. زوج واحد من العدسات اللاصقة أو نظارة (العدسات والإطارات) كل عام. يجب أن تتلقى الرعاية من مقدم خدمات ضمن الشبكة. ستدفع الخطة فقط مقابل خدمات النظر المغطاة إذا ذهبت إلى مقدم خدمات نظر ضمن الشبكة. سيكون عليك في معظم الحالات دفع تكاليف الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمات خارج الشبكة.	

الخدمة المغطاة	ما تدفعه أنت
 الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare" إننا نغطي الزيارة الوقائية لمرة واحدة "مرحبًا بك في Medicare" تشمل الزيارة ما يلي: • مراجعة حالتك الصحية، • التثقيف والإرشاد بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك الفحوصات والتطعيمات)، و • إحالات إلى خدمات رعاية أخرى إذا كنت بحاجة إليها. ملاحظة: إننا نغطي الزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare" فقط خلال أول 12 شهرًا يكون لديك فيها الجزء "ب" من برنامج Medicare. عند تحديد موعدك أخبر عيادة طبيبك أنك ترغب في تحديد موعد للزيارة الوقائية "مرحبًا بك في Medicare".	\$0

ما تدفعه أنت	إعفاءات خدمات الرعاية المنزلية والمجتمعية التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0*	المعدات والمستلزمات الطبية التكميلية تغطي الخطة الأجهزة أو أدوات التحكم أو المعدات التي يمكنك من زيادة قدرتك على أداء أنشطة الحياة اليومية أو على إدراك البيئة التي تعيش فيها أو التحكم فيها أو التواصل معها. قد تشمل الخدمات ما يلي: • كراسي/مقاعد الاستحمام • كراسي الرفع • مقاعد المرحاض المرتفعة • أدوات الوصول • فتاحات البرطمانات • المقاعد المتنقلة • رافعات الحمام/مساعدات الغرف • الأقراص الدوارة • أدوات الاستحمام مثلليفة تنظيف ذات مقبض طويل • أجهزة الهاتف المساعدة • الأجهزة الآلية/الهواتف أو الساعات التي تساعد في التذكير بتناول الأدوية • خطافات الأزرار أو سحابات الملابس • أدوات الطعام المعدلة • الأدوات المعدلة للعناية بنظافة الفم • أدوات العناية الشخصية المعدلة • وسادات التدفئة • حاويات الأدوات الحادة • أدوات التمارين الرياضية وغيرها من أدوات العلاج • جهاز قياس ضغط الدم ذو المخرج الصوتي • المكملات الغذائية مثل Ensure * يلزم الحصول على موافقة مسبقة

ما تدفعه أنت	إعفاءات خدمات الرعاية المنزلية والمجتمعية التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	برنامج الرعاية النهارية للبالغين تغطي الخطة أنشطة نهارية منظمة ضمن برنامج للرعاية والإشراف المباشرين إذا كنت مؤهلاً لذلك. هذه الخدمة: توفر اهتمامًا شخصيًا وتعزز الرفاهية الاجتماعية والجسدية والعاطفية
\$0	التكنولوجيا المساعدة تغطي الخطة المنتجات التكنولوجية المستخدمة لزيادة أو الحفاظ على أو تحسين الأداء وتعزيز الاستقلالية إذا كنت مؤهلاً لذلك. تتضمن بعض الأمثلة على الخدمات ما يلي: - رافعات سيارات الفان - أدوات التحكم اليدوية - أنظمة الصوت المحوسبة - لوحات الاتصالات - أقفال الأبواب التي تعمل بالصوت - آليات الأبواب الكهربائية - نظام إنذار أو انتركوم متخصص - جهاز الاتصال المساعد
\$0	الخدمات الروتينية تغطي الخطة الخدمات اللازمة للحفاظ على منزلك في بيئة نظيفة وصحية وأمنة إذا كنت مؤهلاً لذلك. ومن أمثلة هذه الخدمات ما يلي: - الأعمال الروتينية الشاقة (غسل الأرضيات والنوافذ والجدران) - تنظيف السجاد والبلاط غير المثبتين - نقل قطع الأثاث الثقيلة - جز العشب وجمع الأوراق المتساقطة وتنظيف المخلفات الخطرة مثل الأغصان والأشجار المتساقطة قد تغطي الخطة المواد والمستلزمات التي تُستخدم لمرة واحدة لإنجاز المهام الروتينية.

ما تدفعه أنت	إعفاءات خدمات الرعاية المنزلية والمجتمعية التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	التعديلات البيئية تغطي الخطة التعديلات التي تُجرى على منزلك إذا كنت مؤهلاً لذلك. يجب تصميم التعديلات لضمان صحتك وسلامتك ورفاهيتك أو لجعلك أكثر استقلالية في منزلك. قد تشمل التعديلات ما يلي: • تركيب المنحدرات ومقابض التشبيث • توسيع المداخل • تعديل مرافق الحمام • تركيب أنظمة كهربائية متخصصة ضرورية لاستيعاب المعدات والمستلزمات الطبية
\$0	الدعم الموسع للحياة المجتمعية للحصول على هذه الخدمة يجب أن تكون بحاجة إلى التوجيه والإرشاد والملاحظة والتعليم و/أو التذكير لمساعدتك في إكمال أنشطة الحياة اليومية مثل الأكل والاستحمام وارتداء الملابس واستخدام المرحاض والنظافة الشخصية الأخرى وغيرها. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمة يمكنك أيضًا الحصول على المساعدة في الأنشطة الأساسية للحياة اليومية مثل غسل الملابس وإعداد الوجبات والمواصلات والمساعدة في الشؤون المالية والمساعدة في تناول الأدوية والتسوق ومرافقتك إلى المواعيد الطبية وغيرها من المهام المنزلية. قد يشمل ذلك أيضًا التوجيه والإرشاد والتعليم والملاحظة والتذكير و/أو أي دعم آخر لإكمال الأنشطة الأساسية للحياة اليومية بنفسك.
\$0	خدمات الوسيط المالي ستغطي الخطة تكاليف وسيط مالي لمساعدتك على العيش بشكل مستقل في المجتمع بينما تتحكم أنت في ميزانيتك الفردية وتختار الموظفين الذين يعملون معك. سيساعدك الوسيط المالي في إدارة وتوزيع الأموال الموجودة في الميزانية الفردية. ستستخدم هذه الأموال لشراء الخدمات المنزلية والمجتمعية المعتمدة في خطة رعايتك. لديك الحق في توظيف مقدم الرعاية الذي تختاره.
\$0	توصيل الوجبات للمنزل تغطي الخطة وجبتين جاهزتين يوميًا بحد أقصى يتم توصيلهما إلى منزلك إذا كنت مؤهلاً لذلك.

ما تدفعه أنت	إعفاءات خدمات الرعاية المنزلية والمجتمعية التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	المواصلات غير الطبية تغطي الخطة خدمات النقل لتمكينك من الوصول إلى الإعفاءات وغيرها من الخدمات والأنشطة والموارد المجتمعية إذا كنت مؤهلاً لذلك.
\$0	نظام الاستجابة الشخصية في حالات الطوارئ تغطي الخطة جهازًا إلكترونيًا منزليًا يوفر المساعدة في حالات الطوارئ. يمكنك أيضًا ارتداء زر "المساعدة" المحمول للسماح بالتنقل. النظام متصل بهاتفك ومبرمج لإرسال إشارة إلى مركز الاستجابة بمجرد تفعيل زر "المساعدة". نظام الاستجابة للطوارئ الشخصية هو نظام مراقبة التنبيهات الطبية الذي يوفر إمكانية الوصول إلى المساعدة على مدار الساعة سبعة أيام الأسبوع بضغط زر. نحن نقدم أنماطًا متعددة، بما في ذلك جهاز يمكن ارتداؤه متصل بالهاتف المحمول. تقتصر الاستفادة على جهاز واحد سنويًا.
\$0	خدمات التمريض الوقائية تغطي الخطة خدمات التمريض التي يقدمها ممرض مسجل أو ممرض عملي مرخص. يجب أن تتطلب حالتك مراقبة وتقييم سلامة الجلد ومستويات السكر في الدم وتمارين نطاق الحركة الموصوفة أو الحالة البدنية لتكون مؤهلاً لذلك. قد تحصل على خدمات تمريض أخرى أثناء زيارة الممرض لمنزلك. لا يتم تقديم هذه الخدمات بشكل مستمر.
\$0	التمريض الخاص تغطي الخطة خدمات التمريض المتخصص بشكل فردي ومستمر بحد أقصى 16 ساعة في اليوم لتلبية احتياجاتك الصحية المتعلقة مباشرة بالإعاقة الجسدية. يشمل التمريض الخاص تقديم التقييم التمريضي والعلاج والملاحظة من قبل ممرضة مرخصة بما يتوافق مع طلبات الطبيب ووفقًا لخطة رعايتك. يجب أن تستوفي معايير طبية معينة لتكون مؤهلاً للحصول على هذه الخدمة.

ما تدفعه أنت	إعفاءات خدمات الرعاية المنزلية والمجتمعية التي تدفع خطتنا مقابلها
\$0	خدمات الرعاية المؤقتة يمكنك الحصول على خدمات الرعاية المؤقتة على أساس قصير الأجل ومتقطع لتخفيف الضغط اليومي ومتطلبات الرعاية عن عائلتك أو مقدمي الرعاية الأولية الآخرين خلال الأوقات التي يقدمون فيها رعاية غير مدفوعة الأجر. ينبغي تلبية احتياجات الراحة للعاملين بالساعة أو بنظام المناوبات من خلال استبدال الموظفين أو تعديل الخطط أو تغيير المواقع وليس من خلال الرعاية المؤقتة. لا يُقصد من الرعاية المؤقتة أن تقدم على أساس مستمر وطويل الأجل حيث تكون جزءاً من الخدمات اليومية التي من شأنها أن تمكن مقدم الرعاية غير المدفوع الأجر من العمل في مكان آخر بدوام كامل.

هـ. المزايا المغطاة خارج خطتنا

إننا لا نغطي خدمات الصحة السلوكية التخصصية لبرنامج Medicaid لكنها متاحة من خلال الخطط الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين الإقليمية أو مقدمي خدمات الصحة النفسية المجتمعية.

إذا كنت تتلقى خدمات من خلال الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين فيرجى الرجوع إلى كتيب دليل أعضاء الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين المنفصلة لمزيد من المعلومات والعمل مع منسق رعايتك للحصول على الخدمات التي تقدمها الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين.

و. المزايا التي لا تغطيها خطتنا أو برنامج Medicare أو برنامج Michigan Medicaid

يطلعك هذا القسم على المزايا المستثناة من خطتنا. كلمة "مستثناة" تعني أننا لا ندفع مقابل هذه المزايا. لا يدفع برنامج Medicare وبرنامج Medicaid مقابلها أيضاً.

تصف القائمة التالية بعض الخدمات والمنتجات التي لا نغطيها تحت أي ظرف من الظروف وبعضها نستثنيه فقط في بعض الحالات. إننا لا ندفع مقابل المزايا الطبية المستثناة المدرجة في هذا القسم (أو في أي مكان آخر في كتيب دليل الأعضاء هذا) إلا في ظل شروط محددة مذكورة. حتى لو حصلت على الخدمات في مرفق طوارئ فإن الخطة لن تدفع مقابل هذه الخدمات. إذا كنت تعتقد أن خطتنا يجب أن تدفع مقابل خدمة غير مغطاة فيمكنك تقديم طلب استئناف. للحصول على معلومات عن الاستئنافات راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

بالإضافة إلى أي استبعادات أو قيود موضحة في جدول المزايا، فإن خطتنا لا تغطي المنتجات والخدمات التالية:

- الخدمات التي لا تُعتبر "معقولة وضرورية طبيًا"، وفقاً لمعايير برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid، ما لم ندرجها ضمن الخدمات المغطاة.

- العلاجات والإجراءات والأدوية الطبية والجراحية التجريبية ما لم يغطيها برنامج Medicare أو تعتمد عليها دراسة بحثية سريرية من Medicare أو تغطيها خطتنا. لمزيد من المعلومات راجع **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا بشأن الدراسات البحثية السريرية. العلاج والمنتجات التجريبية هي تلك التي لا يقبلها المجتمع الطبي بشكل عام.
- العلاج الجراحي للسمنة المرضية إلا عند وجود ضروري طبية ويدفع برنامج Medicare مقابلها.
- غرفة خاصة في المستشفى إلا عند وجود ضرورة طبية.
- ممرضات الخدمة الخاصة.
- الأغراض الشخصية في غرفتك في مستشفى أو مرفق تريض مثل الهاتف أو التلفزيون.
- الرعاية التمريضية بدوام كامل في منزلك.
- الرسوم التي يفرضها أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك.
- الإجراءات أو الخدمات التحسينية الاختيارية أو الطوعية (بما في ذلك فقدان الوزن ونمو الشعر والأداء الجنسي والأداء الرياضي والأغراض التجميلية ومكافحة الشيخوخة والأداء العقلي)، إلا عند وجود ضرورة طبية.
- جراحة التجميل أو أي عمل تجميلي آخر، إلا إذا كانت هناك حاجة إليها بسبب إصابة عرضية أو لتحسين جزء من الجسم غير متناسق الشكل. مع ذلك، سندفع مقابل إعادة بناء الثدي بعد استئصال الثدي ولعلاج الثدي الآخر ليتناسق معه.
- رعاية تقويم العمود الفقري بخلاف المعالجة اليدوية للعمود الفقري بما يتفق مع إرشادات التغطية.
- العناية الروتينية بالقدم باستثناء ما هو موضح في خدمات طب القدم في جدول المزايا في **القسم د**.
- الأحذية الطبية ما لم تكن الأحذية جزءاً من دعامة للساق ومدرجة في تكلفة الدعامة، أو كانت الأحذية مخصصة لشخص مصاب بمرض القدم السكري.
- أجهزة دعم القدمين، باستثناء الأحذية الطبية أو العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري.
- بضع القرنية الشعاعي وجراحة الليزك وغيرها من وسائل المساعدة البصرية لضعاف البصر.
- عكس إجراءات التعقيم وتوفير مستلزمات منع الحمل بدون وصفة طبية.
- خدمات العلاج الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة).
- الخدمات المقدمة للمحاربين القدامى في مرافق شؤون المحاربين القدامى. مع ذلك، عندما يتلقى أحد المحاربين القدامى خدمات الطوارئ في مستشفى تابع لإدارة شؤون المحاربين القدامى وتكون مشاركة التكاليف في إدارة شؤون المحاربين القدامى أكثر من مشاركة التكاليف بموجب خطتنا، فسنعوض المحارب القديم عن الفرق. أنت لا تزال مسؤولاً عن مبالغ مشاركة التكاليف الخاصة بك.

الفصل 5: الحصول على خطة أدوية مرضى العيادات الخارجية لديك

مقدمة

يوضح هذا القسم قواعد الحصول على أدوية مرضى العيادات الخارجية لديك. هذه أدوية يصفها لك مقدم الخدمات لديك والتي تحصل عليها من الصيدلية أو بطلبها بالبريد. يشمل ذلك الأدوية التي يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid. يوضح لك **الفصل 6** من كتيب دليل الأعضاء المبلغ الذي تدفعه مقابل هذه الأدوية. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

إننا نغطي أيضًا الأدوية التالية، على الرغم من أنها غير مذكورة في هذا الفصل:

- **الأدوية التي يغطيها الجزء "أ" من برنامج Medicare.** تشمل هذه الأدوية بشكل عام الأدوية التي تعطى لك أثناء وجودك في المستشفى أو في مرفق ترميز.
- **الأدوية التي يغطيها الجزء "ب" من برنامج Medicare.** وهي تشمل بعض أدوية العلاج الكيميائي وبعض الحقن الدوائية التي تعطى لك أثناء زيارة الطبيب أو مقدم الخدمات الأخر والأدوية التي تعطى لك في عيادة غسيل الكلى. لمعرفة المزيد عن الأدوية التي يغطيها الجزء "ب" من برنامج Medicare، راجع جدول المزايا في **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- بالإضافة إلى تغطية الجزء "د" من برنامج Medicare والمزايا الطبية، قد يتم تغطية أدويةك من قبل برنامج Medicare الأصلي إذا كنت في الرعاية التلطيفية لبرنامج Medicare. لمزيد من المعلومات يُرجى الرجوع إلى **الفصل 5، القسم د** "إذا كنت في برنامج الرعاية التلطيفية المعتمد من Medicare".

قواعد تغطية أدوية مرضى العيادات الخارجية في خطتنا

عادةً ما نغطي تكاليف أدويةك ما دمت تتبع القواعد الواردة في هذا القسم.

يجب أن يقوم مقدم الخدمات (طبيب أو طبيب أسنان أو أي طبيب آخر يصف الدواء) بكتابة وصفتك الطبية والتي يجب أن تكون سارية بموجب قانون الولاية المعمول به. غالبًا ما يكون هذا الشخص هو مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. قد يكون أيضًا مقدم رعاية صحية آخر إذا أحالك مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك لتلقي الرعاية.

يجب ألا يكون طبيبك مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو المنع الخاصة ببرنامج Medicare أو أي قوائم مماثلة لبرنامج Medicaid.

يجب عليك بشكل عام استخدام إحدى صيدليات الشبكة لصرف وصفتك الطبية (راجع **القسم 1** لمزيد من المعلومات). أو يمكنك صرف وصفتك الطبية من خلال خدمة الطلب عبر البريد التابعة للخطة.

يجب أن يكون دواء الوصفة الطبية مدرجًا في قائمة الأدوية المغطاة بخطتنا. نسميها اختصارًا "قائمة الأدوية". (راجع **القسم ب** من هذا الفصل).

- إذا لم يكن مدرجًا في قائمة الأدوية، فقد نتمكن من تغطيته من خلال منحك استثناء.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

• راجع الفصل 9 لمعرفة كيفية طلب استثناء.

يجب استخدام دوائك لغرض طبي مقبول. هذا يعني أن استخدام الدواء إما أن يكون معتمدًا من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعومًا بمراجع طبية معينة. قد يتمكن طبيبك من المساعدة في تحديد المراجع الطبية لدعم الاستخدام المطلوب لدواء الوصفة الطبية. بعض الأدوية والمنتجات المدرجة في قائمة الأدوية المغطاة يجب أن يغطيها برنامج Michigan Medicaid، بينما يتم استبعاد البعض الآخر بشكل محدد. تمت الموافقة على المنتجات المغطاة باعتبارها ذات غرض مقبول طبيًا من قبل الولاية بينما لم تتم الموافقة على المنتجات المستبعدة.

قد يتطلب دوائك موافقة من خطتنا بناءً على بعض المعايير قبل أن نغطيها. (راجع القسم ج في هذا الفصل).

جدول المحتويات

- أ. صرف وصفاتك الطبية..... 4
- 1أ. صرف وصفاتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة..... 4
- 2أ. استخدام بطاقة عضويتك عند صرف الوصفة الطبية..... 4
- 3أ. ماذا تفعل إذا غيرت صيدليتك التي تتعامل معها ضمن الشبكة..... 4
- 4أ. ماذا تفعل إذا تركت صيدليتك الشبكة..... 4
- 5أ. استخدام صيدلية متخصصة..... 4
- 6أ. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على أدوية..... 5
- 7أ. الحصول على إمداد طويل الأجل بالأدوية..... 7
- 8أ. استخدام صيدلية خارج شبكة خطتنا..... 7
- 9أ. رد ثمن الوصفة الطبية لك..... 8
- ب. قائمة أدوية خطتنا..... 8
- 1ب. الأدوية الموجودة في قائمتنا للأدوية..... 8
- 2ب. كيفية العثور على دواء في قائمتنا للأدوية..... 9
- استخدم أداة المزايا في الوقت الفعلي (Real Time Benefit Tool) على www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء..... 9
- 3ب. الأدوية غير الموجودة في قائمتنا للأدوية..... 9
- 4ب. شرائح مشاركة التكاليف لقائمة الأدوية..... 10

- ج. القيود على بعض الأدوية..... 10
- د. الأسباب التي قد تجعل دوائك غير مغطى..... 12
- د1. الحصول على إمداد مؤقت..... 12
- د2. طلب إمداد مؤقت..... 13
- د3. طلب استثناء..... 14
- هـ. التغييرات في تغطية أدويةك..... 15
- و. تغطية الأدوية في الحالات الخاصة..... 16
- و1. في مستشفى أو مرفق تريض متخصص لإقامة تغطيتها خطتنا..... 17
- و2. في مرفق الرعاية طويلة الأجل..... 17
- و3. في برنامج الرعاية التلطيفية المعتمد من Medicare..... 17
- ز. برامج سلامة وإدارة الأدوية..... 17
- ز1. برامج لمساعدتك على استخدام الأدوية بأمان..... 17
- ز2. برامج مساعدتك في إدارة أدويةك..... 18
- ز3. برنامج إدارة الأدوية لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان..... 18

أ. صرف وصفاتك الطبية

1أ. صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة

إننا ندفع مقابل وصفاتك الطبية في معظم الحالات فقط عند صرفها من أي صيدلية تابعة لشبكتنا. صيدلية الشبكة هي متجر أدوية يوافق على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. يمكنك استخدام أي من صيدليات شبكتنا. (راجع القسم 8 للحصول على معلومات عن متى نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها من الصيدليات خارج الشبكة.)

للعثور على صيدلية ضمن الشبكة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء أو منسق رعايتك.

2أ. استخدام بطاقة عضويتك عند صرف الوصفة الطبية

لصرف وصفتك الطبية يُرجى إظهار بطاقة عضويتك في صيدلية الشبكة التي تتعامل معها. تقوم صيدلية الشبكة بإرسال فاتورة لنا بحسبنا من تكلفة الدواء المغطى. قد تحتاج إلى دفع رسوم مشاركة للصيدلية عند استلام وصفتك الطبية.

إذا لم تكن بطاقة عضويتك معك عند صرف وصفتك الطبية فاطلب من الصيدلية الاتصال بنا للحصول على المعلومات اللازمة، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند استلامها. يمكنك بعد ذلك أن تطلب منا أن نرد لك حصتنا. إذا لم تتمكن من دفع ثمن الدواء فاتصل بخدمة الأعضاء على الفور. سنبدل قصارى جهدنا للمساعدة.

- لطلب رد ما دفعته راجع الفصل 7 من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في صرف وصفة طبية اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء.

3أ. ماذا تفعل إذا غيرت صيدليتك التي تتعامل معها ضمن الشبكة

إذا غيرت الصيدلية وكنت بحاجة إلى إعادة صرف وصفة طبية فيمكنك إما أن تطلب من مقدم الخدمات كتابة وصفة طبية جديدة/أو أن تطلب من الصيدلية التي تتعامل معها تحويل الوصفة الطبية إلى الصيدلية الجديدة إذا كان هناك أي كميات متبقية لإعادة الصرف.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تغيير صيدليتك التابعة للشبكة فاتصل بخدمات الأعضاء أو بمنسق رعايتك.

4أ. ماذا تفعل إذا تركت صيدليتك الشبكة

إذا تركت الصيدلية التي تستخدمها شبكة خطتنا فأنت بحاجة إلى العثور على صيدلية جديدة ضمن الشبكة.

للعثور على صيدلية جديدة ضمن الشبكة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء أو منسق رعايتك.

5أ. استخدام صيدلية متخصصة

في بعض الأحيان يجب صرف الوصفات الطبية من صيدلية متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة ما يلي:

- الصيدليات التي توفر الأدوية اللازمة للعلاج بالحقن الوريدي في المنزل.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأجل، مثل مرفق تمرير.

- عادةً ما تحتوي مرافق الرعاية طويلة الأجل على صيدلياتها الخاصة. إذا كنت مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأجل فإننا نضمن لك الحصول على الأدوية التي تحتاجها من صيدلية المرفق.
- إذا لم تكن صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل التي تتعامل معها ضمن شبكتنا أو كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدويةك في مرفق رعاية طويلة الأجل فاتصل بخدمات الأعضاء.
- الصيدليات التي تخدم برنامج الخدمة الصحية الهندية/القبلية/الحضرية. باستثناء حالات الطوارئ، لا يُسمح باستخدام هذه الصيدليات إلا للأمريكيين الأصليين أو سكان ألاسكا الأصليين.
- الصيدليات التي تصرف الأدوية التي تقصر إدارة الغذاء والدواء الأمريكية صرفها على مواقع معينة أو التي تتطلب تعامل خاص أو تنسيقًا مع مقدم الخدمات أو تنسيقًا بشأن استخدامها. (ملاحظة: ينبغي أن يندر حدوث هذا السيناريو.) للعثور على صيدلية متخصصة، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني أو الاتصال بخدمات الأعضاء أو منسق رعايتك.

6. استخدام خدمات الطلب بالبريد للحصول على أدويةك

بالنسبة لبعض أنواع الأدوية يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة خطتنا. بوجه عام، الأدوية المتاحة من خلال الطلب بالبريد هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج حالة مزمنة أو حالة طبية طويلة الأمد. الأدوية غير المتوفرة من خلال خدمة الطلب بالبريد الخاصة بخطتنا يشار إليها بعبارة غير متاحة بالبريد "NMO" في قائمتنا للأدوية.

تتيح لك خدمة الطلب بالبريد الخاصة بخطتنا طلب كمية من الدواء تكفي لمدة 61 يومًا على الأقل وبحد أقصى 100 يومًا. رسوم المشاركة في الإمداد لمدة 61-100 يومًا هي نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد.

صرف الوصفات الطبية بالبريد

للحصول على نماذج الطلب ومعلومات عن صرف وصفتك الطبية بالبريد، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو زيارة الموقع الإلكتروني للخطة. إذا استخدمت صيدلية للطلب بالبريد ليست ضمن شبكة الخطة، فلن يتم تغطية وصفتك الطبية.

عادةً ما تصل الوصفة الطبية التي يتم طلبها بالبريد خلال 10 أيام عمل. مع ذلك، قد يتأخر وصول طلبك بالبريد في بعض الأحيان. في حال حدوث تأخير، يُرجى الاتصال بخدمة بريد والغرينز على الرقم 1-800-345-1985 (TTY 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع.

إذا كنت بحاجة إلى دوائك بشكل عاجل ولا يمكنك الانتظار 10 أيام عمل للحصول على طلبك، فيُرجى الاتصال بخدمة بريد والغرينز على الرقم 1-800-345-1985 (TTY 711)، على مدار 24 ساعة في اليوم، سبعة أيام في الأسبوع، لتجنب انقطاع العلاج الدوائي.

- عند الاتصال بخدمة بريد والغرينز لطلب عاجل، اتبع التعليمات لئتم تحويلك إلى أحد الموظفين. كن مستعدًا للإجابة على بعض الأسئلة التعريفية. سيتم بعد ذلك ربطك بأحد الموظفين.
- أخبر موظف خدمة بريد والغرينز أن لديك كمية من الأدوية تكفي لأقل من 10 أيام وأنك بحاجة إلى تسريع طلبك (تسليم عاجل). سيناقد ممثل مركز خدمة العملاء الخيارات المتاحة معك.
- أبلغ الموظف بالمعلومات التالية:

- اسمك وعنوانك ورقم هاتفك وتاريخ ميلادك واسم الدواء والجرعة وعدد الأيام المتبقية منه واسم الشخص الذي وصف الدواء وتأمينك الصحي.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- سيقدم مركز خدمة العملاء خيارات الشحن المتاحة للمساعدة في تسريع طلب الأدوية إليك. سيؤكد ممثل مركز خدمة العملاء المعلومات التالية معك: (1) الخيار الذي اخترته للحصول على طلب مستعجل، (2) عنوانك البريدي، (3) طريقة الدفع (إن كان يوجد دفع)، (4) الوقت المقدر للحصول، و (5) رقم الطلب للرجوع إليه والتأكيد.
- يمكن أن يشمل الطلب المستعجل الشحن خلال ليلة واحدة أو خلال 3 أيام. تعتمد طريقة الشحن على كمية الدواء المتبقية لديك ومتى تتصل بمركز خدمة عملاء خدمة بريد والغرينز. للحصول على خدمة التوصيل في اليوم التالي، ستحتاج إلى الاتصال بخدمة بريد والغرينز بحلول الساعة 2 ظهراً بتوقيت المنطقة الجبلية، من الاثنين إلى الجمعة.
- قد تحتاج خدمة بريد والغرينز إلى الاتصال بالشخص الذي وصف الدواء أو بشركة التأمين الخاصة بك إذا انتهت صلاحية وصفتك الطبية، أو إذا كانت هناك حاجة إلى موافقة، أو لأسباب أخرى. قد يكون هذا النوع من المعلومات مطلوباً قبل شحن الطلب إليك.
- قد تتمكن خدمة بريد والغرينز أيضاً من ترتيب حصولك على إمداد قصير الأجل أثناء انتظارك لطلبك بالبريد. يمكنك الاستفسار من ممثل خدمة عملاء خدمة بريد والغرينز عن الحصول على إمداد قصير الأجل.
- إذا لم تستلم دواؤك الذي طلبته بالبريد في الموعد الذي حددته خدمة بريد والغرينز، فاتصل بخدمة بريد والغرينز على الرقم 1-800-345-1985 (TTY 711). اتبع التعليمات ليتم تحويلك إلى أحد الموظفين. كن مستعداً للإجابة على بعض الأسئلة التعريفية. سيتم بعد ذلك ربطك بممثل خدمة العملاء.
- يُرجى العلم أنه ليس كل دواء مؤهلاً للطلب بالبريد.

إجراءات الطلب بالبريد

تختلف إجراءات خدمة الطلب بالبريد بالنسبة للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها من تلك الخدمة، والوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من عيادة مقدم الخدمات لديك، وإعادة صرف الوصفات الطبية التي تطلبها بالبريد.

1. طلبات الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلية منك

تصرف الصيدلية تلقائياً وتوصل الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها منك.

2. طلبات الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها الصيدلية من عيادة مقدم الخدمات لديك

تصرف الصيدلية تلقائياً وتوصل الوصفات الطبية الجديدة التي تتلقاها من مقدمي الرعاية الصحية، دون التحقق منك أولاً، في الحالات التالية:

- استخدمت خدمات الطلب بالبريد لدى خطتنا في الماضي، أو
- سجلت لتلقي جميع الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من مقدمي الرعاية الصحية تلقائياً. يمكنك طلب التوصيل التلقائي لجميع الوصفات الطبية الجديدة الآن أو في أي وقت عن طريق الاتصال بصيدلية الطلب بالبريد قبل صرف أول وصفة طبية لك.

إذا تلقيت وصفة طبية تلقائياً بالبريد لا تريدها، ولم يتم الاتصال بك لمعرفة ما إذا كنت تريدها قبل شحنها، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد أموالك.

إذا كنت قد استخدمت خدمة الطلب بالبريد في الماضي ولا تريد أن تقوم الصيدلية تلقائياً بصرف وشحن كل وصفة طبية جديدة، فاتصل بنا هاتفياً. بإمكان خدمات الأعضاء مساعدتك في هذا الطلب أو الاتصال بصيدلية الطلب بالبريد لإبلاغها بأنك لا ترغب في صرف وصفتك الطبية تلقائياً.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إذا لم تستخدم خدمة التوصيل بالبريد الخاصة بنا أبدًا و/أو قررت إيقاف صرف الوصفات الطبية الجديدة تلقائيًا، فإن الصيدلية ستتصل بك في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية جديدة من مقدم الرعاية الصحية لمعرفة ما إذا كنت تريد صرف الدواء وشحنه على الفور.

- يمكنك ذلك فرصة للتأكد من أن الصيدلية تقوم بتسليم الدواء الصحيح (بما في ذلك تركيز وكمية وشكل الدواء) وإذا لزم الأمر، السماح لك بإلغاء الطلب أو تأجيله قبل إصدار الفاتورة وشحنه.
- رد في كل مرة تتصل بك الصيدلية لإفادتها بما يجب فعله بالوصفة الطبية الجديدة ولمنع أي تأخير في الشحن.

لإلغاء التوصيل التلقائي للوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها مباشرة من عيادة مقدم رعايتك الصحية، اتصل بنا هاتفياً. بإمكان خدمات الأعضاء مساعدتك في هذا الطلب أو الاتصال بصيدلية الطلب بالبريد لإبلاغها بأنك لا ترغب في صرف وشحن وصفتك الطبية تلقائياً.

3. إعادة صرف الوصفات الطبية المطلوبة بالبريد

لإعادة صرف الأدوية اتصل بالصيدلية التي تتعامل معها قبل 14 يوماً من نفاذ وصفتك الطبية الحالية للتأكد من شحن طلبك التالي إليك في الوقت المناسب.

أخبر الصيدلية بأفضل الطرق للتواصل معك حتى تتمكن من الوصول إليك لتأكيد طلبك قبل الشحن. لكي تتمكن الصيدلية التي تقدم خدمة الطلب بالبريد من الوصول إليك، يجب أن يكون لديها رقم هاتف صحيح للتواصل معك. يمكنك التأكد من أن معلوماتك محدثة لدى صيدلية الطلب بالبريد عن طريق الهاتف، أو على موقعها الإلكتروني، أو من خلال قسيمة إعادة الصرف المرفقة مع كل طلب إعادة صرف.

7. الحصول على إمداد طويل الأجل بالأدوية

يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل بأدوية المداومة من قائمة/أدوية خطتنا. أدوية المداومة هي الأدوية التي تتناولها بشكل منتظم لعلاج حالة مزمنة أو حالة طبية طويلة الأمد. عندما تحصل على إمداد طويل الأجل بالأدوية، قد تكون رسوم مشاركتك في الدفع أقل.

تسمح بعض صيدليات الشبكة بالحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. رسوم المشاركة في الإمداد لمدة 61-100 يوماً هي نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد. يخبرك دليل مقدمي الخدمات والصيدليات بالصيدليات التي يمكنها تزويدك بإمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

بالنسبة لبعض أنواع الأدوية يمكنك استخدام خدمات الطلب بالبريد التابعة لشبكة خطتنا للحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. راجع القسم 6 لمعرفة المزيد عن خدمات الطلب بالبريد.

8. استخدام صيدلية خارج شبكة خطتنا

بشكل عام، نحن ندفع ثمن الأدوية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تتمكن من استخدام صيدلية ضمن الشبكة. لدينا صيدليات ضمن شبكتنا خارج منطقة خدمتنا حيث يمكنك الحصول منها على وصفاتك الطبية كعضو في خطتنا. في هذه الحالات، تحقق أولاً مع خدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة قريبة.

إننا ندفع مقابل الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة في الحالات التالية:

- إذا كانت الوصفات الطبية متعلقة بالرعاية في حالة طوارئ طبية أو رعاية عاجلة.
- إذا لم تتمكن من الحصول على دواء مغطى في الوقت المناسب ضمن منطقة خدمتنا لأنه لا توجد صيدليات ضمن الشبكة على مسافة قيادة معقولة تقدم خدمة على مدار 24 ساعة.

- إذا كنت تحاول صرف دواء بوصفة طبية غير متوفر بانتظام في صيدلية بيع بالتجزئة أو صيدلية الطلب بالبريد يسهل الوصول إليها (بما في ذلك الأدوية عالية التكلفة والفريدة).
- إذا كان أحد الأدوية المغطاة التي يمكن إعطاؤها في عيادة الطبيب.
- عندما تعلن الحكومة عن كارثة أو حالة طوارئ، فإننا نسمح بالوصول إلى المرافق خارج الشبكة لمنع انقطاع الخدمة.

9. رد ثمن الوصفة الطبية لك

إذا اضطررت إلى استخدام صيدلية خارج الشبكة، فسيتعين عليك عمومًا دفع التكلفة الكاملة بدلاً من دفع رسوم المشاركة عند الحصول على وصفتك الطبية. يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك حصتنا من التكلفة. لمعرفة المزيد عن ذلك راجع الفصل 7 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

ب. قائمة الأدوية خطتنا

لدينا قائمة بالأدوية المغطاة. نسميها اختصارًا "قائمة الأدوية".

إننا نختار الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية بمساعدة الأطباء والصيادلة. توضح لك قائمة الأدوية أيضًا القواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدوية.

إننا نغطي عادةً دواء ما مدرجًا في قائمة الأدوية خطتنا عندما تتبع القواعد التي نشرحها في هذا الفصل.

ب1. الأدوية الموجودة في قائمتنا للأدوية

تتضمن قائمتنا للأدوية الأدوية التي يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare وبعض الأدوية والمنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية والتي يغطيها برنامج Michigan Medicaid.

تتضمن قائمتنا للأدوية الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية العامة والمنتجات الحيوية (والتي قد تشمل المنتجات الحيوية المماثلة).

الدواء ذو العلامة التجارية هو دواء يباع تحت اسم تجاري مملوك للشركة المصنعة للدواء. المنتجات الحيوية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية. عندما نشير إلى "الأدوية" في قائمتنا للأدوية فهذا قد يعني دواءً أو منتجًا حيويًا.

تحتوي الأدوية العامة على نفس المكونات الفعالة مثل الأدوية التي لها علامة تجارية. توجد بدائل للمنتجات الحيوية تسمى المنتجات الحيوية المماثلة. بشكل عام، تعمل الأدوية العامة والمنتجات الحيوية المماثلة بنفس كفاءة المنتجات الحيوية الأصلية أو ذات العلامة التجارية، وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. تتوفر بدائل دوائية عامة للعديد من الأدوية ذات العلامة التجارية، وبدائل حيوية مماثلة لبعض المنتجات الحيوية الأصلية. بعض المنتجات الحيوية المماثلة هي منتجات حيوية مماثلة قابلة للتبديل، وبناءً على قانون الولاية، يمكن استبدالها بالمنتج الحيوي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة، تمامًا كما يحدث عند استبدال الأدوية العامة بالأدوية ذات العلامات التجارية.

راجع الفصل 12 للاطلاع على تعريفات أنواع الأدوية التي قد تكون مدرجة في قائمة الأدوية.

تشمل خطتنا أيضًا بعض الأدوية والمنتجات التي لا تستلزم وصفة طبية. بعض الأدوية التي تصرف بدون وصفة طبية تكلف أقل من أدوية الوصفات الطبية وتعمل بنفس الكفاءة. لمزيد من المعلومات اتصل بخدمات الأعضاء.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

ب2. كيفية العثور على دواء في قائمتنا للأدوية

لمعرفة ما إذا كان الدواء الذي تتناوله مدرجًا في قائمتنا للأدوية، يمكنك القيام بما يلي:

- يُرجى زيارة موقع خطتنا على الرابط www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. قائمة الأدوية الموجودة على موقعنا الإلكتروني هي دائمًا الأحدث.
- اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كان الدواء مدرجًا في قائمتنا للأدوية أو لطلب نسخة من القائمة.

استخدم أداة المزايا في الوقت الفعلي (Real Time Benefit Tool) على

www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه وما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة. كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء.

ب3. الأدوية غير الموجودة في قائمتنا للأدوية

نحن لا نغطي جميع الأدوية.

- بعض الأدوية غير موجودة في قائمتنا للأدوية لأن القانون لا يسمح لنا بتغطية تلك الأدوية.
- في حالات أخرى قررنا عدم إدراج دواء ما في قائمتنا للأدوية.
- قد تتمكن في بعض الحالات من الحصول على دواء غير مدرج في قائمتنا للأدوية. لمزيد من المعلومات راجع الفصل 9.

لا تغطي خطتنا تكاليف أنواع الأدوية الواردة في هذا القسم. تسمى هذه الأدوية بالأدوية المستبعدة. إذا حصلت على وصفة طبية لدواء مستبعد فقد تضطر إلى دفع ثمنه بنفسك. إذا كنت تعتقد أنه يجب علينا دفع ثمن دواء مستبعد بسبب حالتك فيمكنك تقديم استئناف. راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن الاستئنافات.

فيما يلي ثلاث قواعد عامة للأدوية المستبعدة:

1. لا يمكن لتغطية أدوية مرضى العيادات الخارجية في خطتنا (والتي تشمل أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare وأدوية برنامج Michigan Medicaid) أن تدفع ثمن دواء يغطيه بالفعل الجزء "أ" من برنامج Medicare أو الجزء "ب" من برنامج Medicare. تغطي خطتنا الأدوية المغطاة بموجب الجزء "أ" من برنامج Medicare أو الجزء "ب" من برنامج Medicare مجانًا، ولكن هذه الأدوية لا تعتبر جزءًا من مزايا أدوية مرضى العيادات الخارجية لديك.

2. لا تغطي خطتنا الأدوية التي يتم شراؤها خارج الولايات المتحدة وأراضيها.

3. يجب أن تتم الموافقة على استخدام الدواء من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية أو أن يكون مدعومًا بمراجع طبية معينة كعلاج لحالتك. قد يصف طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر دواءً معينًا لعلاج حالتك، على الرغم من أنه لم تتم الموافقة عليه لعلاج هذه الحالة. يطلق على ذلك اسم "الاستخدام خارج نطاق الاستخدام المعتمد". لا تغطي خطتنا عادةً الأدوية الموصوفة للاستخدام خارج نطاق الاستخدام المعتمد.

كما أن القانون لا يسمح لبرنامج Medicare أو برنامج Michigan Medicaid بتغطية أنواع الأدوية المدرجة أدناه.

- الأدوية المستخدمة لزيادة الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد

- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لزيادة نمو الشعر
- بعض الفيتامينات والمعادن الموصوفة طبيًا، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة ومستحضرات الفلورايد
- الأدوية المستخدمة لعلاج الضعف الجنسي أو ضعف الانتصاب
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية أو فقدان الوزن أو زيادة الوزن
- أدوية مرضى العيادات الخارجية التي تُصنعها شركة تشترط إجراء الفحوصات أو تلقي الخدمات من خلالها فقط.

ب.4. شرائح مشاركة التكاليف لقائمة الأدوية

كل دواء ضمن قائمةنا للأدوية يندرج ضمن إحدى الشرائح التسعة. الشريحة هي مجموعة من الأدوية من نفس النوع بشكل عام (على سبيل المثال، الأدوية ذات العلامة التجارية أو الأدوية العامة أو الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية). بشكل عام، كلما ارتفعت شريحة مشاركة التكاليف زادت تكلفة الدواء عليك.

- أدوية الشريحة 1 هي الأدوية العامة المفضلة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 2 هي الأدوية العامة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 3 هي أدوية العلامات التجارية المفضلة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 4 هي الأدوية غير المفضلة. ستدفع 25% من مبلغ دوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- الشريحة 5 هي الأدوية المتخصصة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- الشريحة 6 هي أدوية الرعاية المختارة. ستدفع رسوم مشاركة بمبلغ \$0 لأدوية نظام النجوم العامة واللقاحات.
- الشريحة 9 هي الأدوية التي يغطيها برنامج Medicaid.

لمعرفة شريحة مشاركة التكاليف التي يندرج تحتها دوائك ابحث عن الدواء في قائمةنا للأدوية.

يوضح الفصل 6 من كتيب دليل الأعضاء هذا المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل شريحة.

ج. القيود على بعض الأدوية

بالنسبة لبعض الأدوية، توجد قواعد خاصة تحدد كيفية وقت تغطية خطتنا لها. بشكل عام، تشجعك قواعدا على الحصول على دواء يناسب حالتك الطبية ويكون آمنًا وفعالاً. عندما يكون الدواء الآمن ذو التكلفة المنخفضة فعالاً بنفس فعالية الدواء ذي التكلفة الأعلى، فإننا نتوقع من مقدم الخدمات لديك أن يصف الدواء الأقل تكلفة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

لاحظ أنه في بعض الأحيان قد يظهر الدواء أكثر من مرة في قائمتنا للأدوية. يحدث ذلك لأن نفس الأدوية يمكن أن تختلف بناءً على تركيز الدواء أو كميته أو شكله الذي يصفه مقدم الخدمات لديك، وقد تنطبق قيود مختلفة على الإصدارات المختلفة من الأدوية (على سبيل المثال، 10 ملغ مقابل 100 ملغ، حبة واحدة في اليوم مقابل حبتين في اليوم، أقراص مقابل شراب).

إذا كانت هناك قاعدة خاصة بدوائك، فهذا يعني عادةً أنه يجب عليك أو على مقدم الخدمات لديك اتخاذ خطوات إضافية حتى تتمكن من تغطية تكلفة الدواء. على سبيل المثال، قد يتعين على مقدم الخدمات لديك إخبارنا بتشخيصك أو تقديم نتائج فحوصات الدم أولاً. إذا كنت أنت أو مقدم الخدمات لديك تعتقدان أن قاعدتنا لا ينبغي أن تنطبق على حالتك، فاطلب منا استخدام عملية قرار التغطية لإجراء استثناء. قد نوافق أو لا نوافق على السماح لك باستخدام الدواء دون اتخاذ خطوات إضافية.

لمعرفة المزيد عن طلب استثناءات راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

1. الحد من استخدام الأدوية ذات العلامة التجارية أو المنتجات الحيوية الأصلية عندما يتوفر بديل عام أو بديل حيوي مماثل بالترتيب

بشكل عام، يعمل الدواء العام أو البديل الحيوي المماثل بنفس طريقة عمل الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي، وعادة ما يكون أقل تكلفة. في معظم الحالات، إذا كان هناك نسخة عامة أو بديل حيوي مماثل لدواء يحمل علامة تجارية أو منتج حيوي أصلي، فإن صيغيات شبكتنا تقدم لك بالترتيب النسخة العامة أو البديل الحيوي المماثل.

- نحن لا ندفع عادةً ثمن الدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي عندما تكون هناك نسخة عامة متاحة.
- مع ذلك، إذا أخبرنا مقدم الخدمات لديك بالسبب الطبي الذي يجعل الدواء العام أو المنتج الحيوي المماثل البديل غير مناسب لك، أو كُتبت عبارة "لا بدائل" على وصفتك الطبية للدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي، أو أخبرنا بالسبب الطبي الذي يجعل الدواء العام أو المنتج الحيوي المماثل البديل أو الأدوية المغطاة الأخرى التي تعالج نفس الحالة غير مناسبة لك، حينها نغطي الدواء ذي العلامة التجارية.
- قد تكون رسوم المشاركة أكبر بالنسبة للدواء ذي العلامة التجارية أو المنتج الحيوي الأصلي مقارنة بالدواء العام أو المنتج الحيوي المماثل البديل.

2. الحصول على موافقة الخطة مسبقاً

بالنسبة لبعض الأدوية، يجب عليك أو على طبيبك الحصول على موافقة من خطتنا قبل صرف وصفتك الطبية. ويسمى هذا "الموافقة المسبقة". تم اتخاذ هذا الإجراء لضمان سلامة الأدوية والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لبعض الأدوية. إذا لم تحصل على الموافقة، فقد لا نقوم بتغطية الدواء. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi لمزيد من المعلومات عن الموافقة المسبقة.

3. تجربة دواء مختلف أولاً

بشكل عام، نريدك أن تجرب الأدوية الأقل تكلفة والتي تتمتع بنفس الفعالية قبل أن نغطي الأدوية التي تكلف أكثر. على سبيل المثال، إذا كان الدواء "أ" والدواء "ب" يعالجان نفس الحالة الطبية، وكان الدواء "أ" أقل تكلفة من الدواء "ب"، فقد نطلب منك تجربة الدواء "أ" أولاً.

إذا لم ينجح الدواء "أ" معك، فإننا نغطي الدواء "ب". وهذا ما يسمى بالعلاج التدريجي. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة أو على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi لمزيد من المعلومات العلاج التدريجي.

4. حدود الكمية

بالنسبة لبعض الأدوية، نقوم بتحديد كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. يسمى ذلك حد الكمية. على سبيل المثال، إذا كان من الآمن عادة تناول حبة واحدة فقط يوميًا لدواء معين، فقد نحد من كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفتك الطبية.

لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد المذكورة أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو ترغب في تناوله، راجع *قائمتنا للأدوية*. للحصول على أحدث المعلومات، اتصل بخدمات الأعضاء أو تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية الخاص بنا بناءً على أي من الأسباب المذكورة أعلاه، فيمكنك تقديم طلب استئناف. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب *دليل الأعضاء* هذا.

د. الأسباب التي قد تجعل دوائك غير مغطى

إننا نحاول أن نجعل تغطية دوائك مناسبة لك، ولكن في بعض الأحيان قد لا يتم تغطية دواء ما بالطريقة التي تفضلها. على سبيل المثال:

- لا تغطي خطتنا الدواء الذي ترغب في تناوله. قد لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمتنا للأدوية*. قد نغطي النسخة العامة من الدواء ولكن ليس النسخة ذات العلامة التجارية التي ترغب في تناولها. قد يكون الدواء جديدًا ولم نقم بمراجعته من حيث السلامة والفعالية بعد.
 - تغطي خطتنا الدواء ولكن هناك قواعد أو حدود خاصة بالتغطية. كما هو موضح في القسم أعلاه، فإن بعض الأدوية التي تغطيها خطتنا لها قواعد تحد من استخدامها. في بعض الحالات قد ترغب أنت أو طبيبك في طلب استثناء منا.
 - يكون الدواء مغطى لكنه ضمن شريحة مشاركة التكاليف التي تجعل التكلفة أعلى مما تعتقد.
- هناك أشياء يمكنك القيام بها إذا لم نغطي دواءً ما بالطريقة التي تريدها.

1. الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الحالات يمكننا أن نقدم لك إمدادًا مؤقتًا من دواء ما عندما لا يكون الدواء مدرجًا في *قائمتنا للأدوية* أو يكون محدودًا بطريقة ما. يمنحك ذلك وقتًا للتحدث مع مقدم الخدمات لديك بشأن الحصول على دواء مختلف أو لطلب تغطية الدواء.

للحصول على إمداد مؤقت من دواء ما يجب عليك استيفاء القاعدتين التاليتين:

1. الدواء الذي كنت تتناوله:

- لم يعد مدرجًا في *قائمتنا للأدوية* أو
- لم يكن مدرجًا أبدًا في *قائمتنا للأدوية* أو
- أصبح الآن محدودًا بطريقة ما.

2. يتعين أن تكون في إحدى هذه الحالات التالية:

- كنت ضمن خطتنا العام الماضي.

○ نغطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.

- يكون هذا الإمداد المؤقت لمدة 30 يومًا بحد أقصى.
- إذا كانت وصفتك الطبية محددة بأيام أقل، فسنسمح لك بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير الدواء لمدة 30 يومًا بحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من صيدلية ضمن الشبكة.
- قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل دوائك بكميات صغيرة في كل مرة لمنع الهدر.
- أن تكون مشتركًا جديدًا في خطتنا.
- نغطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.
- يكون هذا الإمداد المؤقت لمدة 30 يومًا بحد أقصى.
- إذا كانت وصفتك الطبية محددة بأيام أقل، فسنسمح لك بإعادة صرفها عدة مرات لتوفير الدواء لمدة 30 يومًا بحد أقصى. يجب عليك صرف الوصفة الطبية من صيدلية ضمن الشبكة.
- قد توفر صيدليات الرعاية طويلة الأجل دوائك بكميات صغيرة في كل مرة لمنع الهدر.
- كنت مشتركًا في خطتنا لأكثر من 90 يومًا، وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، وتحتاج إلى إمداد على الفور.
- نحن نغطي إمدادًا واحدًا لمدة 31 يومًا، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مكتوبة لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت المذكور أعلاه.
- سيُسمح للأعضاء الذين يطرأ تغيير على مستوى الرعاية (التجهيزات) لهم بالحصول على إمداد انتقالي لمرة واحدة لمدة 30 يومًا كحد أقصى لكل دواء. على سبيل المثال، الأعضاء الذين:
- يدخلون مرافق الرعاية طويلة الأجل من المستشفيات أحيانًا ما يتم اصطحاب قائمة بالأدوية عند خروجهم مصدرها كتيب الوصفات بتلك المستشفيات، مع مراعاة التخطيط قصير المدى للغاية (غالبًا أقل من ثماني ساعات).
- يتم نقلهم من المستشفى إلى منازلهم.
- ينهون إقامتهم في مرفق تريض متخصص تابع لبرنامج Medicare الجزء "أ" (حيث تشمل المدفوعات جميع الأدوية والرسوم) والذين يحتاجون إلى العودة إلى كتيب وصفات الجزء "د" للخطة.
- ينهون إقامتهم في مرفق رعاية طويلة الأجل ويعودون إلى المجتمع.

د2. طلب إمداد مؤقت

لطلب إمداد مؤقت من دواء ما اتصل بخدمات الأعضاء.

عندما تحصل على إمداد مؤقت من الدواء تحدث مع مقدم الخدمات لديك في أسرع وقت ممكن لتقرر ما يجب فعله عندما ينفد إمدادك من الدواء. فيما يلي خياراتك المتاحة:

• تغيير الدواء.

قد تغطي خطتنا دواءً مختلفًا يناسبك. اتصل بخدمات الأعضاء لطلب قائمة بالأدوية التي نغطيها والتي تعالج نفس الحالة الطبية. يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات لديك في العثور على دواء مغطى قد يناسبك.

أو

• اطلب استثناء.

تستطيع أنت ومقدم الخدمات لديك أن تطلب منا عمل استثناء. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا تغطية دواء غير مدرج في *قائمتنا للأدوية* أو أن تطلب منا تغطية الدواء بدون حدود. إذا قال مقدم الخدمات لديك إن لديك سببًا طبيًا وجيهاً للاستثناء، فيمكنه مساعدتك في طلب ذلك.

بالنسبة لأدوية برنامج Michigan Medicaid:

أن تكون مشتركًا جديدًا في الخطة.

سنغطي إمدادك بدواء برنامج Michigan Medicaid لمدة تصل إلى 90 يومًا تقويميًا بعد التسجيل ولن ننهي ذلك في نهاية الـ 90 يومًا دون إشعار مسبق لك والانتقال إلى دواء آخر، إذا لزم الأمر.

3. طلب استثناء

إذا كان سيتم حذف دواء تتناوله من *قائمتنا للأدوية* أو تقييده بطريقة ما في العام التالي، فإننا نسمح لك بطلب استثناء قبل العام التالي.

• سنبلغك بأي تغيير في تغطية دوائك للعام التالي. اطلب منا أن نجري لك استثناءً من ذلك ونغطي تكلفة الدواء للعام التالي بالطريقة التي تريدها.

• سنرد على طلبك للحصول على استثناء خلال 72 ساعة من استلامنا لطلبك (أو بيان الدعم المقدم من طبيبك).

• إذا وافقنا على طلبك فسنوافق على تغطية الدواء قبل أن يصبح التغيير ساريًا.

لمعرفة المزيد عن طلب استثناء راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب استثناء، فاتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء.

هـ. التغييرات في تغطية أدويةك

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في 1 يناير، ولكن قد نضيف أو نحذف أدوية من قائمتنا للأدوية خلال العام. كما يجوز لنا تغيير قواعدنا المتعلقة بالأدوية. على سبيل المثال، قد نقوم بما يلي:

- نقرر بشأن ما إذا كان من الضروري الحصول على موافقة مسبقة على دواء ما (إن من قبل أن تتمكن من الحصول على دواء ما).
- نضيف أو نغير كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها (حدود الكمية).
- نضيف أو نغير قيود العلاج التدريجي على دواء ما (يجب عليك تجربة دواء واحد قبل أن نغطي دواء آخر).
- استبدال المنتج الحيوي الأصلي بنسخة منتج حيوي مماثل بديل للمنتج الحيوي.

يتعين علينا اتباع متطلبات برنامج Medicare قبل تغيير قائمة الأدوية خطتنا. لمزيد من المعلومات عن قواعد الأدوية هذه، راجع القسم "ج".

إذا كنت تتناول دواءً كان مغطى في بداية العام، فلن نقوم بوجه عام بحذف أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال بقية العام إلا في الحالات التالية:

- ظهور دواء جديد أرخص في السوق ويعمل بنفس فعالية الدواء الموجود في قائمتنا للأدوية الآن، أو
- إذا علمنا أن دواءً ما ليس آمناً، أو
- إزالة الدواء من السوق.

ماذا يحدث إذا تغيرت تغطية دواء تتناوله؟

للحصول على مزيد من المعلومات عما يحدث عند تغيير قائمتنا للأدوية، يمكنك دائماً:

- الاطلاع على قائمة الأدوية الحالية لدينا عبر الإنترنت على الموقع www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi أو

- اتصل بخدمة الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة للاطلاع على قائمة الأدوية الحالية لدينا.

التغييرات التي قد نجريها على قائمة الأدوية والتي تؤثر عليك خلال العام الحالي للخطة

ستحدث بعض التغييرات في قائمة الأدوية على الفور. على سبيل المثال:

- توفر دواء عام جديد. في بعض الأحيان، يتم طرح دواء عام جديد أو منتج حيوي مماثل في السوق يعمل بنفس فعالية الدواء ذي العلامة التجارية أو منتج حيوي مماثل موجود في قائمة الأدوية الحالية. عندما يحدث ذلك، قد نقوم بإزالة اسم العلامة التجارية للدواء وإضافة الدواء العام الجديد، لكن تكلفة الدواء الجديد عليك ستبقى كما هي أو ستكون أقل. عندما نضيف الدواء العام الجديد، قد نقرر أيضاً الاحتفاظ بالدواء ذي العلامة التجارية في القائمة ولكن مع تغيير قواعد أو حدود تغطيته.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

○ قد لا نخبرك قبل إجراء هذا التغيير، ولكننا سنرسل إليك معلومات عن هذا التغيير الذي أجريناه بمجرد حدوثه.

○ يمكنك أنت أو مقدم الخدمات لديك طلب "استثناء" من هذه التغييرات. سنرسل إليك إشعارًا بالخطوات التي يمكنك اتخاذها لطلب استثناء. يُرجى الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن الاستثناءات.

حذف الأدوية غير الآمنة وغيرها من الأدوية التي يتم سحبها من السوق. في بعض الأحيان قد يُكتشف أن دواء ما غير آمن أو يسحب من السوق لسبب آخر. إذا حدث ذلك فقد نحذفه على الفور من *قائمتنا للأدوية*. إذا كنت تتناول هذا الدواء فسنرسل إليك إشعارًا بعد إجراء التغيير. سيعلم مقدم الخدمات لديك بهذا التغيير أيضًا. يُرجى الاتصال بمقدم الخدمات لديك والذي سيعمل معك لإيجاد دواء آخر لحالتك.

قد نقوم بإجراء تغييرات أخرى تؤثر على الأدوية التي تتناولها. سنبلغك مسبقًا بهذه التغييرات الأخرى على *قائمتنا للأدوية*. قد تحدث هذه التغييرات إذا:

- قدمت إدارة الغذاء والدواء إرشادات جديدة أو توجد إرشادات سريرية جديدة تتعلق بدواء ما.

سنقوم بما يلي عندما تحدث هذه التغييرات:

- سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء تغيير على *قائمتنا للأدوية* أو

- سنُعلمك ونزودك بالدواء لمدة 30 يومًا بعد أن تطلب إعادة صرفه.

سيمنحك ذلك الوقت للتحدث مع طبيبك أو أي طبيب آخر يصف لك الدواء. بإمكانهم مساعدتك في اتخاذ قرار بشأن ما يلي:

- إذا كان هناك دواء بديل مماثل في *قائمتنا للأدوية* يمكنك تناوله أو

- إذا كان يتعين عليك طلب استثناء من هذه التغييرات لمواصلة تغطية الدواء أو نسخة الدواء التي كنت تتناولها.

لمعرفة المزيد عن طلب استثناءات راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

التغييرات على قائمة الأدوية التي لا تؤثر عليك خلال هذا العام للخطوة

قد نجري تغييرات على الأدوية التي تتناولها والتي لم يتم وصفها أعلاه ولا تؤثر عليك الآن. بالنسبة لمثل هذه التغييرات، إذا كنت تتناول دواءً كان مغطى في بداية العام، فإننا لا نقوم بوجه عام بحذف أو تغيير تغطية هذا الدواء خلال بقية العام.

على سبيل المثال، إذا قمنا بحذف دواء تتناوله أو زيادة ما تدفعه مقابل الدواء أو الحد من استخدامه، فإن هذا التغيير لا يؤثر على استخدامك للدواء أو ما تدفعه مقابله لبقية العام.

إذا حدث أي من هذه التغييرات بالنسبة لدواء تتناوله (باستثناء التغييرات المذكورة في القسم أعلاه)، فلن يؤثر هذا التغيير على استخدامك حتى 1 يناير من العام التالي.

لن نخبرك بهذه الأنواع من التغييرات بشكل مباشر خلال العام الحالي. ستحتاج إلى مراجعة قائمة الأدوية لسنة الخطوة التالية (عندما تكون القائمة متاحة خلال فترة التسجيل المفتوح) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييرات ستؤثر عليك خلال عام الخطوة التالي.

و. تغطية الأدوية في الحالات الخاصة

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

1. في مستشفى أو مرفق تريض متخصص لإقامة تغطيتها خطتنا

إذا تم إدخالك مستشفى أو مرفق تريض متخصص لإقامة تغطيتها خطتنا، فإننا نغطي بشكل عام تكلفة أدويةك أثناء إقامتك. لن تدفع رسوم مشاركة. بمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق التريض المتخصص، فإننا نغطي تكاليف أدويةك ما دامت الأدوية تستوفي جميع قواعدها تغطيتها.

لمعرفة المزيد عن تغطية الأدوية وما تدفعه راجع الفصل 6 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

2. في مرفق الرعاية طويلة الأجل

عادةً يكون لدى مرفق الرعاية طويلة الأجل، مثل مرفق التريض، صيدلية خاصة به أو صيدلية توفر الأدوية لجميع المقيمين فيه. إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل، فيمكنك الحصول على أدويةك من خلال صيدلية المرفق إذا كانت جزءًا من شبكتنا.

تحقق من دليل مقدمي الخدمات والصيديات لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق الرعاية طويلة الأجل لديك جزءًا من شبكتنا. إذا لم يكن الأمر كذلك أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات، فاتصل بخدمات الأعضاء.

3. في برنامج الرعاية التلطيفية المعتمد من Medicare

لا يتم تغطية الأدوية من قبل كل من مرفق الرعاية التلطيفية وخطتنا في نفس الوقت.

- قد تكون مسجلًا في برنامج الرعاية التلطيفية لدى Medicare وتحتاج إلى أدوية معينة (مثل مسكنات الألم والأدوية المضادة للغثاس والمليينات أو الأدوية المضادة للقلق) لا يغطيها برنامج الرعاية التلطيفية لديك لأنها لا تتعلق بتشخيصك الطبي بقرب الوفاة وبحالتك الصحية. في هذه الحالة يجب أن تتلقى خطتنا إشعارًا من الطبيب أو مقدم الرعاية التلطيفية لديك يفيد بأن الدواء لا علاقة له بحالتك قبل أن تتمكن من تغطية الدواء.
- لتجنب التأخير في الحصول على أي أدوية لا علاقة لها بحالتك ويجب أن تغطيها خطتنا، يمكنك أن تطلب من مقدم الرعاية التلطيفية لديك أو من الطبيب التأكد من حصولنا على إشعار بأن الدواء لا علاقة له بحالتك قبل أن تطلب من الصيدلية صرف وصفتك الطبية.

إذا غادرت مرفق الرعاية التلطيفية فإن خطتنا تغطي جميع أدويةك. لتجنب أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء مزايا الرعاية التلطيفية لدى برنامج Medicare، اصطحب معك إلى الصيدلية المستندات التي تثبت أنك تركت الرعاية التلطيفية.

راجع الأجزاء السابقة من هذا الفصل التي تتحدث عن الأدوية التي تغطيها خطتنا. راجع الفصل 4 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن مزايا الرعاية التلطيفية.

ز. برامج سلامة وإدارة الأدوية

1. برامج لمساعدتك على استخدام الأدوية بأمان

في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية نبحت عن المشاكل المحتملة مثل أخطاء الأدوية أو الأدوية التي:

- قد لا تكون حاجة لها لأنك تتناول دواءً آخر مشابهًا يؤدي نفس الغرض.
- قد لا تكون آمنة لعمرك أو جنسك.
- قد يضررك تناولها معًا في نفس الوقت.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- تحتوي على مكونات لديك أو قد يكون لديك حساسية منها.
- قد يكون هناك خطأ بشأنها فيما يخص الكمية (الجرعة).
- تناول كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية.

إذا وجدنا مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية فإننا نعمل مع مقدم الخدمات لديك لتصحيح تلك المشكلة.

2. برامج مساعدتك في إدارة أدويةك

تتضمن خططنا برنامجاً لمساعدة الأعضاء ذوي الاحتياجات الصحية المعقدة. في مثل هذه الحالات، قد تكون مؤهلاً للحصول على الخدمات دون أي تكلفة عليك من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج اختياري ومجاني. يساعدك هذا البرنامج أنت ومقدم الخدمات لديك على التأكد من أن أدويةك تعمل على تحسين صحتك. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج فسيقوم الصيدلي أو أي متخصص صحي آخر بإجراء مراجعة شاملة لجميع أدويةك والتحدث معك عما يلي:

- كيفية الحصول على أقصى استفادة من الأدوية التي تتناولها.
- أي مخاوف لديك مثل تكاليف الأدوية والتحسس الدوائي.
- أفضل طريقة لتناول أدويةك.
- أي أسئلة أو مشاكل لديك بخصوص أدوية وصفتك الطبية أو التي تصرف بدون وصفة طبية.

بعد ذلك سيعطونك ما يلي:

- ملخص مكتوب لهذه المناقشة. يحتوي الملخص على خطة عمل دوائية توصي بما يمكنك فعله لتحقيق الاستخدام الأمثل لأدويةك.
- قائمة الأدوية الشخصية التي تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها والكمية التي تتناولها ومتى ولماذا تتناولها.
- معلومات عن التخلص الآمن من أدوية الوصفات الطبية التي تعتبر مواد خاضعة للرقابة.

من المستحسن التحدث مع طبيبك بشأن خطة العلاج وقائمة الأدوية.

- اصطحب معك خطة عملك وقائمة أدويةك إلى زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع أطباءك والصيدلة وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية.
- اصطحب معك قائمة أدويةك إذا ذهبت إلى المستشفى أو غرفة الطوارئ.

برامج إدارة العلاج الدوائي اختيارية ومجانية للأعضاء المؤهلين. إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك فسنسجلك فيه ونرسل لك المعلومات. إذا كنت لا ترغب في المشاركة في البرنامج فأخبرنا بذلك وسنخرجك منه.

إذا كانت لديك أسئلة عن هذه البرامج فاتصل بخدمات الأعضاء أو بمنسق رعايتك.

3. برنامج إدارة الأدوية لمساعدة الأعضاء على استخدام الأدوية الأفيونية بأمان

لدينا برنامج يساعد على ضمان استخدام الأعضاء للمواد الأفيونية الموصوفة طبيًا وغيرها من الأدوية التي يُساء استخدامها بشكل متكرر بشكل آمن. يُطلق على هذا البرنامج اسم برنامج إدارة الأدوية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة أطباء أو صيدليات أو إذا تعرضت لجرعة زائدة من الأفيون مؤخرًا فقد نتحدث مع طبيبك للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. بالتعاون مع طبيبك، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينات الموصوفة لك قد لا يكون آمنًا، فقد نحد من كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا قمنا بإدراجك في برنامج إدارة الأدوية لدينا فقد تشمل القيود ما يلي:

- يشترط الحصول على جميع الوصفات الطبية للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينية من صيدلية (صيدليات) معينة.
- يشترط الحصول على جميع وصفاتك الطبية للأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينية من طبيب (أطباء) معينين.
- سنحدد كمية الأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبينية التي سنغطيها لك.

إذا كنا نخطط لتقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية أو الكمية التي يمكنك الحصول عليها فسنرسل لك خطابًا مسبقًا بذلك. سيخبرك الخطاب ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية لك أو ما إذا كان يتعين عليك الحصول على وصفات طبية لهذه الأدوية فقط من مقدم خدمات أو صيدلية محددة.

ستتاح لك الفرصة لإخبارنا بالأطباء أو الصيدليات التي تفضل استخدامها وأي معلومات تعتقد أنها مهمة بالنسبة لنا. بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل لك خطابًا آخر يؤكد هذه القيود.

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، أو أنك لا توافق على قرارنا أو على التقييد، فيمكنك أنت وطبيبك تقديم استئناف. إذا تقدمت باستئناف سنراجع طلبك ونعطيك قرارًا جديدًا. إذا واصلنا رفض أي جزء من استئنافك المتعلق بالقيود التي تنطبق على حصولك على الأدوية، فسنقوم تلقائيًا بإرسال حالتك إلى منظمة مراجعة مستقلة. (لمعرفة المزيد عن الاستئنافات ومنظمة المراجعة المستقلة راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا.)

قد لا ينطبق عليك برنامج إدارة الأدوية في الحالات التالية:

- إذا كنت تعاني من بعض الحالات الطبية مثل السرطان أو مرض فقر الدم المنجلي.
- إذا كنت تتلقى رعاية تلطيفية أو رعاية تسكينية أو رعاية نهاية الحياة، أو
- إذا كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.

الفصل 6: ما تدفعه مقابل أدوية برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid

مقدمة

يوضح هذا الفصل ما تدفعه مقابل الأدوية التي تحصل عليها لمرضى العيادات الخارجية. ونقصد بكلمة "الأدوية" ما يلي:

- أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare، و
- الأدوية والمنتجات المغطاة بموجب برنامج Medicaid، و
- الأدوية والمنتجات التي تغطيها خطتنا كمزايا إضافية.

لأنك مؤهل للاستفادة من برنامج Michigan Medicaid، ستحصل على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare. لقد أرسلنا إليك ملحقاً منفصلاً، يسمى "مستند دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية لدفع ثمن أدوية الوصفات الطبية" (المعروف أيضاً باسم "مستند دعم الدخل المنخفض" أو "مستند LIS")، والذي يخبرك بتغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب "مستند دعم الدخل المنخفض".

برنامج المساعدة الإضافية هو برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات ورسوم المشاركة. وتسمى المساعدة الإضافية أيضاً "دعم الدخل المنخفض" أو "LIS".

تظهر المصطلحات الرئيسية الأخرى وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

لمعرفة المزيد عن الأدوية يمكنك البحث في هذه الأماكن:

- قائمة الأدوية المغطاة لدينا.
 - إننا نسمي هذه القائمة قائمة الأدوية. وهي تفيدك بما يلي:
 - ما الأدوية التي ندفع ثمنها
 - في أي من الشرائح التسعة يندرج كل دواء
 - إذا كانت هناك أي قيود على الأدوية
 - إذا كنت بحاجة إلى نسخة من قائمتنا للأدوية، فاتصل بخدمات الأعضاء. يمكنك أيضاً العثور على أحدث نسخة من قائمتنا للأدوية على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

• الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

- يوضح هذا الفصل كيفية الحصول على أدوية مرضى العيادات الخارجية من خلال خطتنا.

- يتضمن ذلك قواعد يجب عليك اتباعها. كما يوضح أنواع الأدوية التي لا يغطيها برنامجنا.
- عند استخدامك "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بالخطة للبحث عن تغطية الأدوية (راجع الفصل 5، القسم "ب2")، فإن التكلفة المبينة هي تقدير للتكاليف التي من المتوقع أن تدفعها من جيبك. يمكنك الاتصال بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

● دليل مقدمي الخدمات والصيديات لدينا.

- يجب عليك في معظم الحالات استخدام صيدلية ضمن صيديات الشبكة للحصول على الأدوية المغطاة. صيديات الشبكة هي الصيديات التي توافق على العمل معنا.
- يحتوي دليل مقدمي الخدمات والصيديات على قائمة بصيديات شبكتنا. راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن صيديات الشبكة.

جدول المحتويات

- أ. شرح المزايا..... 4
- ب. كيفية تتبع تكاليف أدويةك..... 4
- ج. مراحل سداد تكاليف الأدوية للأدوية التي يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare أو الإمداد طويل الأجل بالأدوية..... 6
- ج1. تتضمن خطتنا 9 شرائح لمشاركة التكاليف..... 6
- ج2. خياراتك للصيديات..... 7
- ج3. الحصول على إمداد طويل الأجل من دواء ما..... 7
- لحصول على تفاصيل عن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل من الدواء، راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا أو دليل مقدمي الخدمات والصيديات لدينا..... 7
- ج4. ما تدفعه أنت..... 7
- د. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية..... 9
- د1. خياراتك للصيديات..... 10
- د2. الحصول على إمداد طويل الأجل من دواء ما..... 10
- د3. ما تدفعه أنت..... 10
- د4. نهاية مرحلة التغطية الأولية..... 12
- هـ. المرحلة 2: مرحلة التغطية الكارثية..... 12
- و. تكاليف أدويةك إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من كمية شهر كامل..... 13

- ز. ما تدفعه مقابل لقاءات الجزء "د" 13
- ز1. ما نحتاج إلى معرفته قبل الحصول على اللقاح 13

أ. شرح المزايا

تتبع خطتنا تكاليف أدويةك والمدفوعات التي تقوم بها عند حصولك على الوصفات الطبية من الصيدلية. إننا نتبع نوعين من التكاليف:

- **التكاليف التي تدفعها من جيبك.** وهي المبلغ الذي تدفعه أنت أو يدفعه آخرون نيابة عنك مقابل وصفاتك الطبية. يشمل ذلك ما دفعته عند حصولك على دواء يغطيه الجزء "د"، وأي مدفوعات لأدويةك من قبل العائلة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات لأدويةك تمت من قبل المساعدة الإضافية من برنامج Medicare أو خطط الرعاية الصحية لصاحب العمل أو النقابة أو الخدمة الصحية الهندية أو برامج مساعدة أدوية الإيدز أو الجمعيات الخيرية أو معظم برامج المساعدة الدوائية الحكومية (SPAPs).

- **إجمالي تكاليف أدويةك.** يمثل ذلك إجمالي كل المدفوعات التي تمت مقابل الأدوية المغطاة ضمن الجزء "د". يشمل ذلك ما دفعته خطتنا، وما دفعته البرامج أو المنظمات الأخرى مقابل الأدوية التي يغطيها الجزء "د".

عندما تحصل على الأدوية من خلال خطتنا فإننا نرسل إليك ملخصاً يسمى *شرح المزايا*. ونسميه اختصاراً *EOB*. لا يمثل شرح المزايا فاتورة. يحتوي شرح المزايا على مزيد من المعلومات عن الأدوية التي تتناولها مثل الزيادات في الأسعار والأدوية الأخرى ذات المشاركة الأقل في التكاليف والتي قد تكون متاحة. يمكنك التحدث مع من يكتب لك الوصفة الطبية عن هذه الخيارات الأقل تكلفة. يتضمن شرح المزايا ما يلي:

- **معلومات الشهر.** يوضح الملخص الأدوية التي حصلت عليها خلال الشهر الماضي. كما يوضح إجمالي تكاليف الأدوية وما دفعناه وما دفعته أنت وما دفعه الآخرون نيابةً عنك.
- **الإجمالي السنوي منذ 1 يناير.** يوضح ذلك إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي مدفوعات أدويةك منذ بداية السنة.
- **معلومات عن سعر الأدوية.** يمثل ذلك إجمالي سعر الأدوية والتغيرات في سعرها منذ صرفه لأول مرة لكل وصفة طبية لنفس الكمية.
- **البدائل الأقل تكلفة.** يتم عند الاقتضاء تقديم معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة ذات تكلفة المشاركة الأقل لكل وصفة طبية.

إننا نقدم تغطية للأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.

- لا تُحتسب المدفوعات التي تتم مقابل هذه الأدوية ضمن إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك.
- كما أننا ندفع ثمن بعض الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية. لا يتعين عليك دفع أي شيء مقابل هذه الأدوية.
- لمعرفة الأدوية التي تغطيها خطتنا يُرجى الرجوع إلى *قائمتنا للأدوية*. بالإضافة إلى الأدوية التي يغطيها برنامج Medicare، يتم تغطية بعض الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية بموجب برنامج Michigan Medicaid. هذه الأدوية مدرجة في *قائمة الأدوية*.

ب. كيفية تتبع تكاليف أدويةك

لتتبع تكاليف أدويةك والمدفوعات التي تقوم بها، فإننا نستخدم السجلات التي نحصل عليها منك ومن الصيدلية التي تتعامل معها. يمكنك مساعدتنا كما يلي:

1. استخدم بطاقة عضوتك.

أظهر بطاقة عضوتك في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية. يساعدنا ذلك في معرفة الوصفات الطبية التي تقوم بصرفها والمبلغ الذي تدفعه.

2. تأكد من حصولنا على المعلومات التي نحتاجها.

أعطنا نسخًا من إيصالات الأدوية المغطاة التي دفعت ثمنها. يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك حصتنا من تكلفة الدواء.

فيما يلي أمثلة على الحالات التي يجب عليك فيها إعطائنا نسخ من إيصالاتك:

- عند شراء دواء مغطى من صيدلية ضمن الشبكة بسعر خاص أو استخدام بطاقة خصم لا تعد جزءًا من مزايا خطتنا.
- عندما تدفع رسوم مشاركة مقابل الأدوية التي تحصل عليها بموجب برنامج مساعدة المرضى التابع لشركة تصنيع الأدوية.
- عند شراء الأدوية المغطاة من صيدلية خارج الشبكة.
- عندما تدفع السعر الكامل لدواء مغطى ضمن ظروف خاصة.

لمزيد من المعلومات عن مطالبتنا برد حصتنا من تكلفة الدواء لك، راجع **الفصل 7** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

3. أرسل لنا معلومات عن المدفوعات التي يقوم بها آخرون نيابةً عنك.

تُحتسب أيضًا المدفوعات التي يقوم بها بعض الأشخاص والمنظمات الأخرى ضمن التكاليف التي تدفعها من جيبك. على سبيل المثال، تُحتسب المدفوعات التي يقدمها برنامج المساعدة الدوائية الحكومي، وبرنامج مساعدة أدوية الإيدز (ADAP)، والخدمة الصحية الهندية، ومعظم المؤسسات الخيرية ضمن التكاليف التي تدفعها من جيبك. قد يساعدك ذلك في التأهل للاستفادة من مرحلة التغطية الكارثية. عندما تصل إلى مرحلة التغطية الكارثية، فإن خطتنا تدفع جميع تكاليف الأدوية التي يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare لبقية السنة.

4. تحقق من شرح المزايا الذي نرسله لك.

عندما تتلقى شرح المزايا عبر البريد تأكد من أنه كامل وصحيح.

- هل تعرف اسم كل صيدلية؟ تحقق من التواريخ. هل حصلت على الأدوية ذلك اليوم؟
- هل حصلت على الأدوية المذكورة؟ هل تتطابق مع تلك الواردة في إيصالاتك؟ هل تتطابق الأدوية مع الوصفة الطبية لطبيبك؟

ماذا لو وجدت أخطاءً في هذا الملخص؟

إذا كان هناك شيء مريب أو لا يبدو صحيحًا في شرح المزايا هذا، فيرجى الاتصال بنا على خدمات أعضاء AmeriHealth Caritas VIP Care. كما يمكنك العثور على إجابات للعديد من الأسئلة على موقعنا الإلكتروني: www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

ماذا عن الاحتيال المحتمل؟

إذا أظهر هذا الملخص أدوية لا تتناولها أو أي شيء آخر يبدو مريبًا بالنسبة لك، فيُرجى الاتصال بنا.

- اتصل بنا على خدمات أعضاء AmeriHealth Caritas VIP Care.
- أو اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال بهذه الأرقام مجانًا.
- في Michigan يمكنك الإبلاغ عن الاحتيال عن طريق الاتصال بالرقم المجاني 855-MI-FRAUD (643-7283) من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. يمكنك أيضًا تقديم شكوى عبر الإنترنت من خلال الرابط www.michigan.gov/mdhhs/doing-business/providers/providers/billingreimbursement/report-medicare-fraud-and-abuse، كما يمكنك العثور على معلومات على موقعنا الإلكتروني www.michigan.gov/mdhhs/inside-mdhhs/office-of-inspector-general/contact-us، أو يمكنك مراسلة المفتش العام على العنوان التالي:

Office of Inspector General
PO Box 30062 Lansing, MI 48909.

إذا كنت تعتقد أن هناك خطأ أو سهوًا ما أو إذا كانت لديك أي أسئلة فاتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء. احتفظ بملخصات شرح المزايا. إنها تعد سجلًا مهمًا لمصروفات أدوية.

ج. مراحل سداد تكاليف الأدوية للأدوية التي يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare أو الإمداد طويل الأجل بالأدوية

هناك مرحلتان للدفع لتغطية أدويةك ضمن الجزء "د" من برنامج Medicare بموجب خطتنا. يعتمد المبلغ الذي تدفعه لكل وصفة طبية على المرحلة التي تكون فيها عند صرف أو إعادة صرف تلك الوصفة. نورد فيما يلي المرحلتين:

المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية	المرحلة 2: مرحلة التغطية الكارثية
خلال هذه المرحلة ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك منها. يُطلق على حصتك اسم رسوم المشاركة. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف وصفتك الطبية الأولى للعام.	خلال هذه المرحلة ندفع كافة تكاليف أدويةك حتى 31 ديسمبر 2026. تبدأ هذه المرحلة عندما تدفع أنت مبلغًا معينًا من التكاليف التي تدفعها من جيبك.

ج1. تتضمن خطتنا 9 شرائح لمشاركة التكاليف

شرائح مشاركة التكاليف هي مجموعات من الأدوية لها نفس رسوم المشاركة. كل دواء ضمن قائمتنا للأدوية يندرج ضمن إحدى الشرائح التسعة لمشاركة التكاليف. بشكل عام، كلما ارتفع رقم الشريحة، زادت قيمة رسوم المشاركة. للعثور على شرائح مشاركة التكاليف لأدويةك، راجع قائمتنا للأدوية.

- أدوية الشريحة 1 هي الأدوية العامة المفضلة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 2 هي الأدوية العامة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 3 هي أدوية العلامات التجارية المفضلة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 4 هي الأدوية غير المفضلة. ستدفع 25% من مبلغ دوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- الشريحة 5 هي الأدوية المتخصصة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- الشريحة 6 هي أدوية الرعاية المختارة. ستدفع رسوم مشاركة بمبلغ \$0 لأدوية نظام النجوم العامة واللقاحات.
- الشريحة 9 هي الأدوية التي يغطيها برنامج Medicaid.

ج2. خيارك للصيديات

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

- صيدلية ضمن الشبكة، أو
 - صيدلية خارج الشبكة. سنغطي في حالات محدودة تكاليف الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيديات خارج الشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة متى نقوم بذلك.
 - صيديات الخدمة بالبريد ضمن خطتنا.
- راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة كيفية تقديم استئناف إذا قيل لك أن دواءً ما لن يتم تغطيته. لمعرفة المزيد عن خيارات هذه الصيديات، راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا ودليل مقدمي الخدمات والصيديات لدينا.

ج3. الحصول على إمداد طويل الأجل من دواء ما

بالنسبة لبعض الأدوية يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يسمى أيضًا "إمداد ممتد") عند صرف وصفتك الطبية. يصل الإمداد طويل الأجل إلى 100 يوم. يكلفك ذلك نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد.

للحصول على تفاصيل عن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل من الدواء، راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا أو دليل مقدمي الخدمات والصيديات لدينا.

ج4. ما تدفعه أنت

قد تدفع رسوم مشاركة عند صرف وصفة طبية. إذا كانت تكاليف أدويةك المغطاة أقل من رسوم المشاركة، فإنك تدفع السعر الأقل. اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة قيمة رسوم المشاركة التي تدفعها مقابل أي دواء مغطى.

حصدتك من التكلفة عند حصولك على إمداد لمدة شهر واحد أو على إمداد طويل الأجل من دواء مغطى من:

صيدلية ضمن الشبكة	الخدمة بالبريد ضمن خطتنا	صيدليات الرعاية طويلة الأجل ضمن الشبكة	الصيدليات خارج الشبكة	
إمداد يكفي لمدة شهر أو بحد أقصى 30 يومًا	إمداد يكفي لمدة شهر أو بحد أقصى 61-100 يومًا	إمداد بحد أقصى 31 يومًا	إمداد بحد أقصى 30 يومًا. تقتصر التغطية على حالات معينة. للتفاصيل راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا.	
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 1 الأدوية العامة المفضلة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 2 الأدوية العامة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 3 أدوية العلامات التجارية المفضلة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 4 الأدوية غير المفضلة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 5 الأدوية المتخصصة ضمن الجزء "د"

مشاركة التكاليف الشريحة 6	مبلغ المشاركة في التأمين \$0	مبلغ المشاركة في التأمين \$0	مبلغ المشاركة في التأمين \$0	مبلغ المشاركة في التأمين \$0
أدوية الرعاية المختارة ضمن الجزء "د"	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0
الشريحة 9 من مشاركة التكاليف	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0
الأدوية التي تستلزم/بدون وصفة طبية وغير مشمولة في برنامج Medicare				

* تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى المساعدة الإضافية التي يتلقاها العضو.

للحصول على معلومات عن الصيدليات التي يمكنها تزويدك بإمدادات طويلة الأجل، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لخطتنا.

د. المرحلة 1: مرحلة التغطية الأولية

خلال مرحلة التغطية الأولية ندفع حصة من تكلفة أدويةك المغطاة وتدفع أنت حصتك منها. يُطلق على حصتك اسم رسوم المشاركة. تعتمد رسوم المشاركة على شريحة مشاركة التكاليف التي يقع ضمنها الدواء ومكان الحصول عليه.

شرائح مشاركة التكاليف هي مجموعات من الأدوية لها نفس رسوم المشاركة. كل دواء ضمن قائمة أدوية خطتنا يندرج ضمن إحدى الشرائح التسعة لمشاركة التكاليف. بشكل عام، كلما ارتفع رقم الشريحة، زادت قيمة رسوم المشاركة. للعثور على شرائح مشاركة التكاليف لأدويةك، راجع قائمتنا للأدوية.

- أدوية الشريحة 1 هي الأدوية العامة المفضلة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 2 هي الأدوية العامة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 3 هي أدوية العلامات التجارية المفضلة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- أدوية الشريحة 4 هي الأدوية غير المفضلة. ستدفع 25% من مبلغ دوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- الشريحة 5 هي الأدوية المتخصصة. ستدفع 25% من قيمة مبلغ مشاركة التأمين لدوائك. إذا كان لديك مساعدة إضافية فقد تدفع مبلغًا يتراوح من \$0 إلى \$12.65 حسب دخلك.
- الشريحة 6 هي أدوية الرعاية المختارة. ستدفع رسوم مشاركة بمبلغ \$0 لأدوية نظام النجوم العامة واللقاحات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- الشريحة 9 هي الأدوية التي يغطيها برنامج Medicaid.

1. خياراتك للصيديات

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

- صيدلية تجزئة ضمن الشبكة، أو
- صيدلية خارج الشبكة.
- سنغطي في حالات محدودة تكاليف الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيديات خارج الشبكة. راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة متى نقوم بذلك.
- صيديات الخدمة بالبريد ضمن خطتنا.

لمعرفة المزيد عن هذه الخيارات، راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا ودليل مقدمي الخدمات والصيديات لدينا.

2. الحصول على إمداد طويل الأجل من دواء ما

بالنسبة لبعض الأدوية يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يسمى أيضًا "إمداد ممتد") عند صرف وصفتك الطبية. يصل الإمداد طويل الأجل إلى 100 يوم. يكلفك ذلك نفس تكلفة الإمداد لمدة شهر واحد.

للحصول على تفاصيل عن مكان وكيفية الحصول على إمداد طويل الأجل من الدواء، راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا أو دليل مقدمي الخدمات والصيديات للخطوة.

3. ما تدفعه أنت

خلال مرحلة التغطية الأولية قد تدفع رسوم المشاركة في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. إذا كانت تكاليف أدويةك المغطاة أقل من رسوم المشاركة، فإنك تدفع السعر الأقل.

اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة قيمة رسوم المشاركة التي تدفعها مقابل أي دواء مغطى.

حصتك من التكلفة عند حصولك على إمداد لمدة شهر واحد أو على إمداد طويل الأجل من دواء مغطى من:

صيدلية ضمن الشبكة	الخدمة بالبريد ضمن خطتنا	صيدليات الرعاية طويلة الأجل ضمن الشبكة	الصيدليات خارج الشبكة	
إمداد لمدة 100 يومًا بحد أقصى	إمداد لمدة 61-100 يومًا	إمداد بحد أقصى 31 يومًا	إمداد بحد أقصى 30 يومًا. تقتصر التغطية على حالات معينة. للتفاصيل راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا.	
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 1 الأدوية العامة المفضلة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 2 الأدوية العامة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 3 أدوية العلامات التجارية المفضلة ضمن الجزء "د"
نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	مشاركة التكاليف الشريحة 4 الأدوية غير المفضلة ضمن الجزء "د"

مشاركة التكاليف الشريحة 5	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*	نسبة المشاركة في التأمين 25%*
الأدوية المتخصصة ضمن الجزء "د"				
مشاركة التكاليف الشريحة 6	مبلغ المشاركة في التأمين \$0	مبلغ المشاركة في التأمين \$0	مبلغ المشاركة في التأمين \$0	مبلغ المشاركة في التأمين \$0
أدوية الرعاية المختارة ضمن الجزء "د"				
الشريحة 9 من مشاركة التكاليف	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0	رسوم المشاركة \$0
الأدوية التي تستلزم/بدون وصفة طبية وغير مشمولة في برنامج Medicare				

* تعتمد مشاركة التكاليف على مستوى المساعدة الإضافية التي يتلقاها العضو.

للحصول على معلومات عن الصيدليات التي يمكنها تزويدك بإمدادات طويلة الأجل، راجع دليل مقدمي الخدمات والصيدليات لدينا.

د. نهاية مرحلة التغطية الأولية

تنتهي مرحلة التغطية الأولية عندما يصل إجمالي التكاليف التي تدفعها من جيبك \$2,100. تبدأ مرحلة التغطية الكارثية عند هذه النقطة. إننا نغطي كافة تكاليف أدويةك من تلك اللحظة حتى نهاية السنة.

يساعدك شرح المزايا على تتبع المبلغ الذي دفعته مقابل أدويةك خلال السنة. سنبلغك إذا وصلت إلى الحد الأقصى البالغ \$2,100. كثير من الناس لا يصلون إلى ذلك الحد في عام واحد.

ه. المرحلة 2: مرحلة التغطية الكارثية

عندما تصل إلى الحد الأقصى للإنفاق من جيبك والذي يبلغ \$2,100 على أدويةك، تبدأ مرحلة التغطية الكارثية. ستظل في مرحلة التغطية الكارثية حتى نهاية العام التقويمي. خلال هذه المرحلة، لن تدفع أي شيء مقابل الأدوية المغطاة ضمن الجزء "د".

و. تكاليف أدويةك إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من كمية شهر كامل

ستدفع عادة رسوم مشاركة لتغطية تكلفة إمداد شهر كامل بالدواء المغطى. رغم ذلك يمكن لطبيبك أن يصف لك كمية من الأدوية تكفي لأقل من شهر. رغم ذلك يمكن لطبيبك أن يصف لك كمية من الأدوية تكفي لأقل من شهر.

- قد تكون هناك أوقات ترغب فيها في سؤال طبيبك عن وصف كمية من الدواء تقل عن إمداد شهر واحد (مثلاً، عندما تجرب دواءً لأول مرة).
 - إذا وافق طبيبك على ذلك فلن تدفع ثمن الكمية الكاملة التي تكفي لإمداد شهر كامل لبعض الأدوية.
- عندما تحصل على كمية من الدواء تكفي لأقل من شهر، فإن المبلغ الذي تدفعه يعتمد على عدد الأيام التي تحصل فيها على الدواء. إننا نحسب المبلغ الذي تدفعه يومياً مقابل دوائك (معدل مشاركة التكاليف اليومي) ونضربه في عدد الأيام التي تحصل فيها على الدواء.
- على سبيل المثال: لنفترض أن رسوم المشاركة مقابل دوائك لإمداد شهر كامل (إمداد 30 يوماً) هو \$1.35. هذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه مقابل دوائك أقل من \$0.05 في اليوم. إذا حصلت على كمية من الدواء تكفي 7 أيام فإن ما تدفعه سيكون أقل من \$0.05 في اليوم مضروباً في 7 أيام، ليصبح إجمالي ما تدفعه أقل من \$0.35.
 - تتيح لك مشاركة التكاليف اليومية التأكد من أن الدواء مناسب لك قبل أن تدفع ثمن كمية تكفي لشهر كامل.
 - يمكنك أيضاً أن تطلب من مقدم الخدمة لديك وصف كمية من الدواء تقل عن إمداد شهر كامل لمساعدتك على يلي:

- التخطيط على نحو أفضل لموعد إعادة صرف أدويةك،
- تنسيق مواعيد إعادة صرف الأدوية مع الأدوية الأخرى التي تتناولها، و
- تقليل عدد زياراتك للصيدلية.

ز. ما تدفعه مقابل لقاءات الجزء "د"

رسالة هامة بشأن ما تدفعه مقابل اللقاءات: تعتبر بعض اللقاءات من المزايا الطبية ويغطيها الجزء "ب" من برنامج Medicare. تعتبر اللقاءات الأخرى ضمن أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare. يمكنك العثور على هذه اللقاءات ضمن قائمتنا للأدوية. تغطي خيانتنا معظم لقاءات الجزء "د" من برنامج Medicare للبالغين دون أي تكلفة عليك. راجع قائمة أدوية خيانتنا أو اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على تفاصيل التغطية ومشاركة التكاليف المتعلقة بلقاءات محددة.

تتضمن تغطيتنا للقاءات الجزء "د" من برنامج Medicare جزأين كما يلي:

1. الجزء الأول مخصص لتكلفة اللقاح نفسه.
2. أما الجزء الثاني فيخصص تكلفة إعطائك اللقاح. على سبيل المثال، قد تحصل أحياناً على اللقاح كحقنة يعطيها لك طبيبك.

ز1. ما تحتاج إلى معرفته قبل الحصول على اللقاح

نوصيك بالاتصال بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء إذا كنت تخطط للحصول على لقاح.

- يمكننا أن نخبرك كيف تغطي خطتنا لقاحك.

الفصل 7: طلبك منا دفع حصتنا في فاتورة تلقيتها مقابل الخدمات أو الأدوية المغطاة

مقدمة

يشرح لك هذا الفصل كيفية ووقت إرسال فاتورة إلينا لطلب الدفع. كما يوضح لك كيفية تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على قرار التغطية. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

أ. طلبك منا الدفع مقابل خدماتك أو أدويةك.....	2
ب. إرسال طلب دفع إلينا.....	4
ج. قرارات التغطية.....	5
د. الاستئنافات.....	5

أ. طلبك منا الدفع مقابل خدماتك أو أدويةك

يجب على مقدمي خدمات شبكتنا إصدار فاتورة للخدمة مقابل خدماتك وأدويةك المغطاة بعد حصولك عليها. مقدم الخدمات في الشبكة هو مقدم خدمات يعمل مع خطة التأمين الصحي.

إننا لا نسمح لمقدمي الخدمات لدى AmeriHealth Caritas VIP Care بتحصيل رسوم منك مقابل هذه الخدمات أو الأدوية. نحن ندفع لمقدمي الخدمات لدينا مباشرة ونحملك من أي رسوم.

إذا تلقيت فاتورة مقابل التكلفة الكاملة للرعاية الصحية أو الأدوية فلا تدفعها وأرسلها إلينا. لإرسال فاتورة إلينا يرجى الرجوع إلى القسم "ب".

- إذا كنا نغطي تكاليف الخدمات أو الأدوية فسندفع لمقدم الخدمات مباشرة.
- إذا كنا نغطي الخدمات أو الأدوية وكنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك من التكلفة فمن حقك استرداد ما دفعته.
 - إذا دفعت مقابل خدمات تغطيها Medicare فسنرد لك ما دفعته.
 - إذا دفعت مقابل خدمات تغطيها Michigan Medicaid فلن نتمكن من رد ما دفعته لك لكن مقدم الخدمات سيقوم بذلك. يمكن لخدمات الأعضاء أو منسق رعايتك و/أو مسؤول الشكاوى مساعدتك في الاتصال بمكتب مقدم الخدمات. راجع أسفل الصفحة لمعرفة رقم هاتف خدمات الأعضاء.
- إذا كنا لا نغطي الخدمات أو الأدوية فسنخبرك بذلك.

اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء إذا كانت لديك أي أسئلة. إذا كنت لا تعرف المبلغ الذي كان يجب عليك دفعه أو إذا تلقيت فاتورة ولا تعرف ماذا تفعل حيالها، فيمكننا مساعدتك. يمكنك أيضًا الاتصال بنا إذا كنت ترغب في إفادتنا بمعلومات بشأن طلب دفع أرسلته إلينا بالفعل.

فيما يلي أمثلة على الحالات التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا باسترداد مبلغ دفعته أو بدفع فاتورة تلقيتها:

1. عندما تحصل على رعاية صحية طارئة أو ضرورية بشكل عاجل من مقدم خدمة خارج الشبكة

اطلب من مقدم الخدمات إرسال الفاتورة إلينا.

- إذا دفعت المبلغ كاملاً عند حصولك على الرعاية فاطلب منا أن نرد لك حصتنا من التكلفة. أرسل لنا الفاتورة وإثبات أي دفعة سددتها.
- قد تتلقى فاتورة من مقدم الخدمات تطلب منك دفع مبلغ ترى أنك لست مدينًا به. أرسل لنا الفاتورة وإثبات أي دفعة سددتها.
 - إذا كان ينبغي دفع مستحقات مقدم الخدمات فنحن من سيدفع له مباشرة.
 - إذا كنت قد دفعت بالفعل أكثر من حصتك في تكلفة خدمة Medicare فسنحدد المبلغ الذي يجب عليك دفعه وسنرد لك حصتنا من التكلفة.

2. ماذا تفعل عندما يرسل لك مقدم خدمات الشبكة فاتورة

يجب على مقدمي خدمات الشبكة دائماً إصدار الفواتير لنا. من المهم إظهار بطاقة عضويتك عند الحصول على أي خدمات أو وصفات طبية. لكنهم في بعض الأحيان يرتكبون أخطاءً ويطلبون منك دفع مقابل خدماتك أو أكثر من حصتك من التكاليف. اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا تلقيت أي فواتير.

- ونظراً إلى أننا ندفع تكلفة خدماتك بالكامل فأنت لست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف. لا ينبغي لمقدمي الخدمات أن يرسلوا لك أي فواتير مقابل هذه الخدمات.
- كلما تلقيت فاتورة من مقدم خدمات الشبكة أرسلها لنا. سنتصل بمقدم الخدمات مباشرة وسنتولى حل المشكلة.
- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة من أحد مقدمي خدمات الشبكة مقابل خدمات تغطيها Medicare فأرسل لنا هذه الفاتورة وإثبات أي دفعة سددتها. سنرد لك ما دفعته مقابل خدماتك المغطاة.

3. ماذا يحدث إذا تم تسجيلك بأثر رجعي في خطتنا

قد يتم في بعض الأحيان تسجيلك في الخطة بأثر رجعي. (هذا يعني أن اليوم الأول من تسجيلك قد انقضى. ربما يكون ذلك حتى العام الماضي.)

- إذا تم تسجيلك بأثر رجعي وقمت بدفع فاتورة بعد تاريخ التسجيل، فيمكنك أن تطلب منا أن نرد لك ما دفعته.
- أرسل لنا الفاتورة وإثبات أي دفعة سددتها.

4. ماذا يحدث عند استخدام صيدلية خارج الشبكة لصرف وصفة طبية

إذا استخدمت صيدلية خارج الشبكة فستدفع تكلفة وصفتك الطبية بالكامل.

- سنغطي في حالات قليلة فقط تكاليف الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدليات خارج الشبكة. أرسل لنا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك حصتنا من التكلفة.
- راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة المزيد عن الصيدليات خارج الشبكة.
- قد لا نرد لك الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء باستخدام صيدلية خارج الشبكة والمبلغ الذي كنا سندفعه في حالة استخدام صيدلية داخل الشبكة.

5. ماذا يحدث عندما تدفع كامل تكلفة وصفة طبية تتعلق بالجزء "د" من برنامج Medicare لأنك لا تحمل بطاقة عضويتك معك

- إذا لم تكن بطاقة عضويتك معك فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بنا أو البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.
- إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات على الفور فقد تضطر إلى دفع كامل تكلفة الوصفة الطبية بنفسك أو العودة إلى الصيدلية ومعك بطاقة عضويتك.
- أرسل لنا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك حصتنا من التكلفة.
- قد لا نرد لك كامل المبلغ الذي دفعته إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه للوصفة الطبية.

6. ماذا يحدث عندما تدفع كامل تكلفة وصفة طبية تتعلق بالجزء "د" من برنامج Medicare لدواء غير مشمول بالتغطية

قد تضطر إلى دفع كامل تكلفة الوصفة الطبية لأن الدواء غير مشمول بالتغطية.

- قد لا يكون الدواء مدرجاً في قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية) على موقعنا الإلكتروني، أو قد يكون مرتبطاً بشرط أو قيد لا تعرفه أو لا تعتقد أنه ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء فقد تضطر إلى دفع تكلفته بالكامل.
 - إذا كنت لا تدفع ثمن الدواء ولكنك تعتقد أنه يجب علينا تغطيته، فيمكنك طلب قرار بتغطيته (راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا).
 - إذا كنت أنت وطبيبك أو أي شخص آخر يصف لك الدواء تعتقد أنك بحاجة إلى الدواء على الفور (خلال 24 ساعة)، فيمكنك طلب قرار تغطية سريع (راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا).
 - أرسل لنا نسخة من إيصالك عندما تطلب منا أن نرد لك ما دفعته. قد نحتاج في بعض الحالات إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك أو أي شخص آخر يصف لك الدواء لكي نرد لك حصتنا من تكلفة الدواء. قد لا نرد لك كامل المبلغ الذي دفعته إذا كان السعر الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه للوصفة الطبية.
- عندما ترسل لنا طلباً للدفع نقوم بمراجعته ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمة أو الدواء أم لا. يسمى ذلك اتخاذ "قرار التغطية". إذا قررنا وجوب تغطية الخدمة أو الدواء فإننا ندفع حصتنا من تكلفته.
- يمكنك الاستئناف ضد قرارنا إذا رفضنا طلبك بالدفع. لمعرفة كيفية تقديم استئناف، راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

ب. إرسال طلب دفع إلينا

- أرسل لنا فاتورتك وإثبات أي دفعة سددتها مقابل خدمات Medicare أو اتصل بنا. يمكن أن يكون إثبات الدفع نسخة من الشيك الذي حررته أو إيصالاً من مقدم الخدمات. من المستحسن الاحتفاظ بنسخة من فاتورتك وإيصالك لسجلاتك. يمكنك طلب المساعدة من منسق رعايتك. يجب عليك إرسال معلوماتك إلينا خلال 365 يوماً من تاريخ استلامك للخدمة أو المنتج أو الدواء.
- لضمان تزويدنا بجميع المعلومات التي نحتاجها لاتخاذ القرار يمكنك ملء نموذج المطالبة لدينا لطلب الدفع.
- ليس مطلوباً منك استخدام النموذج لكنه يساعدنا على معالجة المعلومات بشكل أسرع.
 - يمكنك الحصول على النموذج من موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi، أو الاتصال بخدمات الأعضاء وطلب النموذج.

أرسل طلبك بالدفع مع أي فواتير أو إيصالات إلى هذا العنوان:

للخدمات الطبية:	للأدوية:
AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075	PerformRx/Michigan Attention: Direct Member Reimbursement P.O. Box 516 Essington, PA 19029

ج. قرارات التغطية

سننخذ قرار التغطية عندما نتلقى طلبك للدفع. هذا يعني أننا سنقرر ما إذا كانت خطتنا تغطي الخدمة أو المنتج أو الدواء الذي حصلت عليه. كما سنحدد المبلغ الذي يجب عليك دفعه إذا كان يجب عليك ذلك.

- سنبلغك إذا احتجنا إلى مزيد من المعلومات منك.
- إذا قررنا أن خطتنا تغطي الخدمة أو المنتج أو الدواء، وكنت قد اتبعت جميع القواعد للحصول عليه، فسندفع حصتنا من التكلفة. إذا كنت قد دفعت بالفعل ثمن الخدمة أو الدواء، فسنرسل لك شيكًا بالمبلغ الذي دفعته أو حصتنا من التكلفة. إذا دفعت كامل تكلفة الدواء فقد لا يتم تعويضك بكامل المبلغ الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على دواء من صيدلية خارج الشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر الذي تفاوضنا عليه). سندفع لمقدم الخدمات مباشرة إذا لم تكن قد دفعت.

يشرح **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا قواعد تغطية خدماتك. يشرح **الفصل 5** من كتيب دليل الأعضاء هذا قواعد الحصول على تغطية أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare.

- إذا قررنا عدم دفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء فسنرسل لك خطابًا يوضح أسباب ذلك. سيشرح ذلك الخطاب أيضًا حقوقك في تقديم استئناف.
- لمزيد من المعلومات عن قرارات التغطية راجع **الفصل 9**

د. الاستئنافات

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ في رفض طلب الدفع الخاص بك فيمكنك أن تطلب منا تغيير قرارنا. ويسمى ذلك "تقديم استئناف". كما يمكنك تقديم استئناف إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي ندفعه.

- تتضمن عملية الاستئناف الرسمية إجراءات ومواعيد نهائية تفصيلية. لمعرفة المزيد عن الاستئنافات راجع **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا: لتقديم استئناف بشأن استرداد ما دفعته مقابل خدمة رعاية صحية، راجع **القسم "و"**
- لتقديم استئناف بشأن استرداد ما دفعته مقابل دواء، راجع **القسم "ز"**

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

مقدمة

يتضمن هذا الفصل حقوقك ومسؤولياتك بصفتك عضوًا في خطتنا. من واجبنا رعاية حقوقك. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك.....	2
ب. مسؤوليتنا هي ضمان حصولك على الخدمات والأدوية المغطاة في الوقت المناسب.....	6
ج. مسؤوليتنا في حماية معلوماتك الصحية الشخصية.....	7
ج1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية.....	7
ج2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية.....	7
د. مسؤوليتنا في تزويدك بالمعلومات.....	8
هـ. عدم قدرة مقدمي خدمات الشبكة على إصدار الفواتير لك مباشرة.....	9
و. حقك في ترك خطتنا.....	9
ز. حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية.....	9
ز1. حقك في معرفة خيارات العلاج واتخاذ القرارات.....	9
ز2. حقك في التعبير عما تريد أن يحدث إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك.....	10
ز3. ماذا تفعل إذا لم يتم اتباع تعليماتك؟.....	11
ح. يحق لك تقديم الشكاوى وطلب إعادة النظر في قراراتنا.....	11
ح1. ماذا تفعل فعلة حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك.....	11
ط. مسؤولياتك كعضو في الخطة.....	12

أ. حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يتعين علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، إليك بطريقة مناسبة ثقافياً وسهلة الوصول إليها، بما في ذلك لأولئك الذين يتسمون بكفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. يجب علينا أيضاً إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه مشتركة في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- تستطيع خطتنا أيضاً تزويدك بالمواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك اللغة العربية والإسبانية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة، أو طريقة برايل، أو كمادة صوتية. للحصول على المواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة AmeriHealth Caritas VIP Care، عناية خدمات الأعضاء، P.O. Box 7075, London, KY 40742-7075.

- سنطلب منك أيضاً تحديد تفضيلاتك أثناء مكالمة الترحيب ولاحقاً أثناء العام، عند اتصالك بالخطّة. ستقوم الخطّة بحفظ طلبك وستستمر في إرسال المراسلات المستقبلية بالتنسيق المطلوب، ما لم تطلب منا إلغاء الطلب أو تغييره. يمكنك إلغاء طلبك أو تغييره في أي وقت، ببساطة من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، في الساعات المحددة في أسفل الصفحة. المكالمات مجانية.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل في اللغة أو إعاقة ما، وترغب في تقديم شكوى بهذا الخصوص، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

- كما يجوز لك تقديم شكوى لدى Michigan Medicaid باتباع ما يلي:

- املاً نموذج شكوى المستفيدين عبر الإنترنت على www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. سيؤدي تقديم الطلب عبر الإنترنت إلى إرسال بريد إلكتروني بنموذج شكوى المستفيدين لديك إلى وحدة دعم المستفيدين.

- اطبع واستكمل نموذج شكوى المستفيدين (MSA-0300).

- اتبع التعليمات الموجودة في النموذج ثم أرسله بالبريد إلى العنوان التالي:

Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.

- إذا كانت لديك أسئلة عن نموذج شكوى المستفيدين أو هذه العملية، فاتصل بخط مساعدة المستفيدين على الرقم 1-800-642-3195.

● مكتب ميتشجان لحقوق المستفيدين (Michigan Office of Recipient Rights (ORR) هو وكالة حكومية تقوم بالتحقيق في مزاعم مخالفات الحقوق المنصوص عليها في قانون الصحة النفسية في Michigan.

- يمكنك تقديم شكوى عن طريق الاتصال بـ MCCMH-ORR على الرقم 469-6528 (586). تبدأ ساعات العمل لدينا من 8:30 صباحًا – 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا ترك رسالة في غير ساعات العمل وسيصل بك الموظفون خلال ساعات العمل العادية.
- يمكنك أيضًا ملء نموذج شكوى حقوق المستفيدين وإرساله بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.

● مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

A. Su derecho a obtener servicios e información de una manera que se adapte a sus necesidades

Debemos garantizar que **todos** los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se brinden de forma competente culturalmente y sean accesibles para todos, incluidos aquellos con una competencia limitada en inglés, comprensión lectora limitada, discapacidad auditiva, o aquellos con orígenes culturales y étnicos diversos. Además, debemos informarle sobre los beneficios del plan y sus derechos de una manera que pueda comprender. Debemos informarle sobre sus derechos cada año que esté en nuestro plan.

- Para obtener información de una manera que pueda comprender, llame a su coordinador de atención o a Servicios al Miembro. Nuestro plan cuenta con servicios gratuitos de interpretación de idiomas para responder las preguntas en otros idiomas.
- Nuestro plan también puede brindarle materiales en idiomas distintos del inglés, incluso árabe y español y en formatos como letra grande, braille o audio. Para obtener materiales en uno de estos formatos alternativos, llame a Servicios al Miembro o escriba a AmeriHealth Caritas VIP Care, c/o Member Services, P.O. Box 7075, London, KY 40742-7075.
 - También le consultaremos su preferencia en nuestra llamada de bienvenida y, más adelante en el año, cuando se comunique con el plan. El plan conservará su solicitud y continuará enviando correos electrónicos en el formato solicitado, a menos que nos pida que cancelemos o cambiemos la solicitud. Puede solicitar cancelar o cambiar su solicitud en cualquier momento, simplemente llamando a Servicios al Miembro al

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.

- 1-844-964-4433 (TTY 711), en el horario indicado al final de la página. La llamada es gratuita

Si tiene problemas para obtener información de nuestro plan debido a problemas de idioma o una discapacidad y desea presentar una queja, llame a:

- Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-877-486-2048.
- **Puede presentar una queja a Michigan Medicaid haciendo lo siguiente:**

- Rellene el Formulario de Quejas del Beneficiario (BCF) en línea en www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. Al presentarlo en línea se enviará un correo electrónico con su Formulario de Quejas del Beneficiario (BCF) a la Unidad de Soporte del Beneficiario.
- Imprima y rellene el Formulario de Quejas del Beneficiario (MSA-0300).
- Siga las instrucciones del formulario y después envíelo a la dirección siguiente:

Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979

- Si tiene preguntas sobre el formulario de Quejas del Beneficiario o sobre este proceso, llame a la **Línea de ayuda al Beneficiario al 1-800-642-3195**.
- **La Oficina de Derechos del Beneficiario de Michigan (Michigan Office of Recipient Rights) (ORR)** es una agencia estatal que investiga denuncias de vulneraciones de los derechos establecidos en el Código de Salud Mental de Michigan (Michigan Mental Health Code).
 - Puede presentar una queja contactando a MCCMH-ORR al (586) 469-6528. Nuestro horario de atención es de 8:30 am a 5:00 pm, de lunes a viernes. También puede dejar un mensaje fuera del horario comercial y el personal le contactará a usted durante el horario de atención normal.

- También puede rellenar un formulario de Queja de Derechos del Beneficiario y enviarlo por correo postal, fax o correo electrónico.
- Oficina de Derechos Civiles: 1-800-368-1019. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-537-7697.

A حقك في الحصول على الخدمات والمعلومات بطريقة تلبي احتياجاتك

يتعين علينا التأكد من تقديم جميع الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، إليك بطريقة مناسبة ثقافيًا وسهلة الوصول إليها، بما في ذلك لأولئك الذين يتسمون بكفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات القراءة المحدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. يجب علينا أيضًا إخبارك بمزايا خطتنا وحقوقك بطريقة يمكنك فهمها. يجب علينا إخبارك بحقوقك كل عام تكون فيه مشتركًا في خطتنا.

- للحصول على المعلومات بطريقة يمكنك فهمها، اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء. تتضمن خطتنا خدمات مترجم مجانية متاحة للإجابة على الأسئلة بلغات مختلفة.
- تستطيع خطتنا أيضًا تزويدك بالمواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك اللغة العربية والإسبانية وبتنسيقات مختلفة مثل الطباعة بأحرف كبيرة، أو طريقة برايل، أو كمادة صوتية. للحصول على المواد بإحدى هذه التنسيقات البديلة، يُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو مراسلة: AmeriHealth Caritas VIP Care, c/o Member Services, P.O. Box 7075, London, KY 40742-7075

- سنطلب منك أيضًا تحديد تفضيلاتك أثناء مكالمة الترحيب ولاحقًا أثناء العام، عند اتصالك بالخطّة. ستقوم الخطّة بحفظ طلبك وستستمر في إرسال المراسلات المستقبلية بالتنسيق المطلوب، ما لم تطلب منا إلغاء الطلب أو تغييره. يمكنك إلغاء طلبك أو تغييره في أي وقت، ببساطة من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم (711 TTY) 1-844-964-4433 ، في الساعات المحددة في أسفل الصفحة. المكالمات مجانية.

إذا كنت تواجه مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بسبب مشاكل في اللغة أو إعاقة ما، وترغب في تقديم شكوى بهذا الخصوص، فاتصل بـ:

- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- كما يجوز لك تقديم شكوى لدى Michigan Medicaid باتباع ما يلي:

- املاً نموذج شكوى المستفيدين عبر الإنترنت على www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/healthcare/beneficiary-support/msa-0300-online-form. سيؤدي تقديم الطلب عبر الإنترنت إلى إرسال بريد إلكتروني بنموذج شكوى المستفيدين لديك إلى وحدة دعم المستفيدين.

- اطبع واستكمل نموذج شكوى المستفيدين (MSA-0300).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطّة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (711 TTY)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.

- اتبع التعليمات الموجودة في النموذج ثم أرسله بالبريد إلى العنوان التالي:

Michigan Department of Health and Human Services
Health and Aging Services Administration
Customer Services Division
PO Box 30479
Lansing, MI 48909-7979

- إذا كانت لديك أسئلة عن نموذج شكوى المستفيدين أو هذه العملية، فاتصل بخط مساعدة المستفيدين على الرقم
1-800-642-3195

- مكتب **ميتشجان لحقوق المستفيدين (ORR)** هو وكالة حكومية تقوم بالتحقيق في مزاعم مخالفات الحقوق المنصوص عليها في قانون الصحة العقلية في ميتشجان.

- يمكنك تقديم شكوى عن طريق الاتصال بـ MCCMH-ORR على الرقم 469-6528 (586). تبدأ ساعات العمل لدينا من 8:30 صباحًا – 5:00 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكنك أيضًا ترك رسالة في غير ساعات العمل وسيصل بك الموظفون خلال ساعات العمل العادية.

- يمكنك أيضًا ملء نموذج شكوى حقوق المستفيدين وإرساله بالبريد أو الفاكس أو البريد الإلكتروني.

- مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

ب. مسؤوليتنا هي ضمان حصولك على الخدمات والأدوية المغطاة في الوقت المناسب.

لديك حقوق بصفتك عضوًا في خطتنا.

- يحق لك اختيار مقدم الرعاية الصحية الأولية في شبكتنا. مقدم الرعاية في الشبكة هو مقدم خدمات يعمل معنا. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن أنواع مقدمي الخدمات الذين يمكنهم العمل كمقدم رعاية صحية أولية وكيفية اختيار مقدم رعاية صحية أولية في **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

- اتصل بخدمة الأعضاء أو انتقل إلى دليل مقدمي الخدمات والصيديات لمعرفة المزيد عن مقدمي خدمات الشبكة والأطباء الذين يقبلون مرضى جدد.

- يحق لك الحصول على استشارة من أخصائية صحة المرأة دون الحاجة إلى إحالة. الإحالة هي موافقة من مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك لاستخدام مقدم خدمة غيره.

- يحق لك الحصول على الخدمات المغطاة من مقدمي خدمات الشبكة خلال فترة زمنية معقولة.

- يشمل ذلك الحق في الحصول على خدمات في الوقت المناسب من الأخصائيين.

- إذا لم تتمكن من الحصول على الخدمات خلال فترة زمنية معقولة فسيتعين علينا دفع تكاليف الرعاية خارج الشبكة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.

- يحق لك الحصول على خدمات أو رعاية الطوارئ التي تحتاجها بشكل عاجل دون موافقة مسبقة.
- يحق لك صرف وصفاتك الطبية من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا دون تأخير طويل.
- يحق لك معرفة متى يمكنك استخدام مقدم خدمة خارج الشبكة. للتعرف على مقدمي الخدمات خارج الشبكة، راجع **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- يحق لك أن يتم التعامل معك بلطف واحترام من قبل موظفي الخطة.

يوضح الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا ما يمكنك فعله إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على خدماتك أو أدويةك خلال فترة زمنية معقولة. كما يوضح ما يمكنك فعله إذا رفضنا تغطية خدماتك أو أدويةك ولم توافق على قرارنا.

ج. مسؤوليتنا في حماية معلوماتك الصحية الشخصية

نحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية وفقاً لما تقتضيه القوانين الفيدرالية وقوانين الولاية. تشمل معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات الشخصية التي قدمتها لنا عند تسجيلك في خطتنا. يشمل ذلك أيضاً سجلاتك الطبية وغيرها من المعلومات الطبية والصحية. لك حقوق فيما يتعلق بمعلوماتك والتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية الشخصية. سنقدم لك إشعاراً كتابياً يوضح هذه الحقوق ويشرح كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية. يُطلق على هذا الإشعار اسم "إشعار ممارسات الخصوصية".

ج1. كيف نحمي معلوماتك الصحية الشخصية

إننا نحرص على ألا يطلع أي شخص غير مصرح له على سجلاتك أو يقوم بتغييرها. باستثناء الحالات المذكورة أدناه، فإننا لا نقدم معلوماتك الصحية الشخصية لأي شخص لا يتولى رعايتك أو يدفع ثمنها. إذا فعلنا ذلك فيجب علينا الحصول على إذن كتابي منك أولاً. يمكنك أنت أو شخص مخول قانوناً باتخاذ القرارات نيابة عنك منح إذن كتابي. في بعض الأحيان لا نحتاج إلى الحصول على إذنك الكتابي أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون:

- يجب علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية للجهات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية التي نقدمها خطتنا.
- يجب علينا الإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية بموجب أمر من المحكمة.
- يجب علينا تزويد Medicare بمعلوماتك الصحية الشخصية، بما في ذلك معلومات عن أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare لديك. إذا قامت Medicare بالإفصاح عن معلوماتك الصحية الشخصية لأغراض البحث أو غيرها من الاستخدامات، فإنها تفعل ذلك وفقاً للقوانين الفيدرالية. يجوز لبرنامج Michigan Medicaid الكشف عن معلوماتك دون إذنك لأغراض العلاج أو الدفع أو عمليات الرعاية الصحية أو عندما يقتضي القانون ذلك.

ج2. حقك في الاطلاع على سجلاتك الطبية

- يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية والحصول على نسخة منها.

- يحق لك أن تطلب منا تحديث أو تصحيح سجلاتك الطبية. إذا طلبت منا القيام بذلك، فإننا نعمل مع مقدم رعايتك الصحية لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء تغييرات.
- يحق لك أن تعرف ما إذا كنا نشارك معلوماتك الصحية الشخصية مع الآخرين وكيف نفعل ذلك لأي أغراض غير روتينية.

إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية فاتصل بخدمة الأعضاء.

د. مسؤوليتنا في تزويدك بالمعلومات

بصفتك عضوًا في خطتنا يحق لك الحصول على معلومات منا عن خطتنا ومقدمي خدمات الشبكة وخدماتك المغطاة.

إذا كنت لا تتحدث الإنجليزية، فلدينا خدمات ترجمة فورية للإجابة على أسئلتك بشأن خطتنا. للحصول على مترجم اتصل بخدمات الأعضاء. هذه خدمة مجانية لك. سنقدم لك مواد مكتوبة باللغتين العربية والإسبانية حسب طلبك. يمكننا أيضًا تزويدك بالمعلومات بحروف كبيرة أو بطريقة برايل أو بصيغة صوتية.

إذا كنت ترغب في الحصول على معلومات عن أي مما يلي فاتصل بخدمات الأعضاء:

- كيفية اختيار الخطط أو تغييرها
- خطتنا، بما في ذلك:
 - المعلومات المالية
 - كيف قيمنا أعضاء الخطة
 - عدد الاستثناءات التي قدمها الأعضاء
 - كيفية ترك خطتنا
- مقدمو خدمات وصيديات شبكتنا، بما في ذلك:
 - كيفية اختيار أو تغيير مقدمي الرعاية الصحية الأولية
 - مؤهلات مقدمي خدمات وصيديات شبكتنا
 - كيف ندفع لمقدمي الخدمات في شبكتنا
- الخدمات والأدوية المغطاة، بما في ذلك:
 - الخدمات (راجع الفصلين 3 و 4 من كتيب دليل الأعضاء هذا) والأدوية (راجع الفصلين 5 و 6 من كتيب دليل الأعضاء هذا) التي تغطيها خطتنا
 - حدود تغطيتك وأدويتك
 - القواعد التي يجب عليك اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة

- لماذا لا يتم تغطية شيء ما وما يمكنك فعله حيال ذلك (راجع الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا)، بما في ذلك مطالبتنا بما يلي:

- أن نحدد كتابيًا سبب عدم تغطية شيء ما
- تغيير قرار اتخذناه
- دفع فاتورة حصلت عليها

هـ. عدم قدرة مقدمي خدمات الشبكة على إصدار الفواتير لك مباشرة

لا يمكن للأطباء والمستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين في شبكتنا إجبارك على دفع ثمن الخدمات المغطاة. كما لا يمكنهم إصدار فاتورة إضافية أو تحصيل رسوم منك إذا دفعنا مبلغًا أقل من المبلغ الذي فرضه مقدم الخدمة. لمعرفة ما يجب فعله إذا حاول مقدم خدمات الشبكة تحصيل رسوم منك مقابل الخدمات المغطاة، راجع الفصل 7 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

و. حقك في ترك خطتنا

لا يمكن لأحد أن يجبرك على البقاء في خطتنا إذا كنت لا ترغب في ذلك.

- يحق لك الحصول على معظم خدمات رعايتك الصحية من خلال برنامج Medicare الأصلي أو أي خطة أخرى من خطط Medicare Advantage.
- يمكنك الحصول على مزايا أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare من خلال خطة أدوية أو من خطة أخرى من خطط Medicare Advantage.
- راجع الفصل 10 من كتيب دليل الأعضاء هذا:
 - لمزيد من المعلومات عن موعد انضمامك إلى خطة جديدة من خطط Medicare Advantage أو خطة مزايا الأدوية.
 - للحصول على معلومات عن كيفية حصولك على مزايا Michigan Medicaid إذا تركت خطتنا.

ز. حقك في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين لمساعدتك في اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية.

1. حقك في معرفة خيارات العلاج واتخاذ القرارات

يجب على مقدمي الرعاية لديك شرح حالتك وخيارات العلاج بطريقة يمكنك فهمها. لك الحق فيما يلي:

- اعرف خياراتك. يحق لك أن يتم إخبارك بجميع خيارات العلاج.

- **اعرف المخاطر.** يحق لك أن يتم إبلاغك بأي مخاطر محتملة. يجب علينا إبلاغك مسبقًا إذا كانت أي خدمة أو علاج جزءًا من تجربة بحثية. يحق لك رفض العلاجات التجريبية.
- **استشارة طبيب آخر.** يحق لك استشارة طبيب آخر قبل اتخاذ قرار بشأن العلاج.
- **قل لا.** لديك الحق في رفض أي علاج. يشمل ذلك الحق في مغادرة المستشفى أو أي مرفق طبي أخرى، حتى لو نصحك طبيبك بعدم القيام بذلك. يحق لك التوقف عن تناول الدواء الموصوف لك. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول دواء وصفة طبية، فلن نقوم بحذفك من خططنا. مع ذلك، إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فإنك تتحمل المسؤولية الكاملة عما يحدث لك.
- **اطلب منا أن نشرح سبب رفض مقدم الخدمة تقديم الرعاية.** يحق لك الحصول على تفسير منا إذا رفض مقدم الخدمة تقديم الرعاية التي تعتقد أنه يجب عليك الحصول عليها.
- **اطلب منا تغطية خدمة أو دواء رفضناه أو لا نغطيه عادةً.** يسمى ذلك قرار التغطية. يشرح الفصل 9 من كتيب دليل الأعضاء هذا كيف تطلب منا قرار التغطية.

2. حقك في التعبير عما تريد أن يحدث إذا لم تكن قادرًا على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بنفسك

في Michigan، يمكنك إنشاء وثيقة قانونية تسمى التوكيل الدائم للرعاية الصحية (DPOA-HC). تتيح لك هذه الوثيقة تعيين وكيل المريض الذي يمكنه اتخاذ القرارات الطبية نيابة عنك إذا أصبحت عاجزًا عن اتخاذ قراراتك بنفسك. قد يتضمن التوكيل الدائم للرعاية الصحية "توجيهًا مسبقًا" كما هو موضح أدناه. لا يستطيع الناس في بعض الأحيان اتخاذ قرارات الرعاية الصحية بأنفسهم. قبل أن يحدث ذلك لك، يمكنك:

- **تعبئة نموذج كتابي يمنح شخصًا ما الحق في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابة عنك** إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- **إعطاء أطباءك تعليمات كتابية عن كيفية التعامل مع رعايتك الصحية** إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك، بما في ذلك الرعاية التي لا تريدها.
- **يطلق على المستند القانوني الذي تستخدمه لإعطاء توجيهاتك اسم "التوجيهات المسبقة".** توجد أنواع مختلفة من التوجيهات المسبقة ولكل منها أسماء مختلفة. من الأمثلة على ذلك وصية الحياة والتوكيل الرسمي للرعاية الصحية.
- **ليس مطلوبًا منك أن يكون لديك توجيه مسبق ولكن يمكنك ذلك.** إليك ما يجب فعله إذا كنت ترغب في استخدام توجيه مسبق:
- **احصل على النموذج.** يمكنك الحصول على النموذج من طبيبك أو محاميك أو الأخصائي الاجتماعي أو بعض متاجر المستلزمات المكتبية. غالبًا ما تتوفر هذه النماذج في الصيدليات ومكاتب مقدمي الخدمات. يمكنك العثور على نموذج مجاني عبر الإنترنت وتنزيله.
- **املأ النموذج ووقعه.** يعد هذا النموذج وثيقة قانونية. ففكر في الاستعانة بمحامٍ أو بشخص آخر تثق به مثل أحد أفراد عائلتك أو مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك لمساعدتك في إكماله.
- **وزع نسخًا من النموذج على الأشخاص الذين يحتاجون إلى معرفة ذلك.** أعط نسخة من النموذج لطبيبك. ينبغي عليك أيضًا إعطاء نسخة للشخص الذي تحدده لاتخاذ القرارات نيابة عنك إذا لم تستطع اتخاذها بنفسك. قد ترغب في إعطاء نسخ منها للأصدقاء المقربين أو أفراد العائلة. احتفظ بنسخة في المنزل.

- إذا كنت ستدخل المستشفى ولديك توجيهات مسبقة موقعة، فاصطحب نسخة منها إلى المستشفى.
- ستسألك المستشفى عما إذا كان لديك نموذج توجيهات مسبقة موقع وما إذا كان ذلك النموذج معك.
- إذا لم يكن لديك نموذج توجيهات مسبقة موقع، فإن المستشفى لديها نماذج وستسألك عما إذا كنت ترغب في توقيع نموذج.

لك الحق فيما يلي:

- سجل توجيهاتك المسبقة في سجلاتك الطبية.
- يمكنك تغيير أو إلغاء توجيهاتك المسبقة في أي وقت.
- لا يمكن لأحد بموجب القانون أن يحرملك من الرعاية أو أن يميز ضدك بناءً على ما إذا كنت قد وقعت على توجيه مسبق أم لا. اتصل بخدمات الأعضاء لمزيد من المعلومات.

3. ماذا تفعل إذا لم يتم اتباع تعليماتك؟

إذا قمت بتوقيع توجيه مسبق وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لم يتبع التعليمات الواردة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs, Bureau of Community and Health Systems على الرقم 1-800-882-6006.

ح. يحق لك تقديم الشكاوى وطلب إعادة النظر في قراراتنا

يوضح لك **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا ما يمكنك فعله إذا كانت لديك أي مشاكل أو مخاوف بشأن خدماتك أو رعايتك المغطاة. على سبيل المثال، يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار تغطية أو تقديم استئناف لتغيير قرار تغطية أو تقديم شكوى. يحق لك الحصول على معلومات عن الاستئنافات والشكاوى التي قدمها أعضاء آخرون في الخطة ضدنا. اتصل بخدمات الأعضاء للحصول على هذه المعلومات.

ح1. ماذا تفعل فعله حيال المعاملة غير العادلة أو للحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك

إذا كنت تعتقد أننا عاملناك بشكل غير عادل - وليس الأمر متعلقًا بالتمييز لأسباب مذكورة في **الفصل 11** من كتيب دليل الأعضاء هذا - أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن حقوقك، يمكنك الاتصال على:

- Member Services.

- MI Options at 1-800-803-7174. لمزيد من التفاصيل عن برنامج MI Options، راجع **الفصل 2**.

- مسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في (MI CHHO) Michigan على الرقم 1-888-746-6456. لمزيد من التفاصيل عن هذا البرنامج راجع **الفصل 2** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. (يمكنك أيضًا قراءة أو تنزيل "Medicare Rights & Protections"، الموجودة على موقع Medicare على الرابط التالي www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.

مساعدة عملاء Medicaid - MSA/MDHHS at 1-800-642-3195. للاتصال من Michigan فقط، اتصل على الرقم 1-800-642-3195.

ط. مسؤولياتك كعضو في الخطة

- بصفتك عضواً في الخطة تقع عليك مسؤولية القيام بالأمور الواردة أدناه. إذا كانت لديك أي أسئلة فاتصل بخدمة الأعضاء.
- **اقرأ كتيب دليل الأعضاء هذا** لمعرفة ما تغطيه خطتنا والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية المغطاة. للحصول على تفاصيل عن:
 - الخدمات المغطاة، راجع **الفصلين 3 و 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا. توضح لك تلك الفصول ما هو مغطى وما هو غير مغطى وما هي القواعد التي تحتاج إلى اتباعها وما الذي تدفعه.
 - الأدوية المغطاة، راجع **الفصلين 5 و 6** من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- **أخبرنا عن أي تغطية صحية أو دوائية أخرى** لديك. يجب علينا التأكد من استخدامك لجميع خيارات التغطية عند حصولك على الرعاية الصحية. اتصل بخدمة الأعضاء إذا كان لديك تغطية أخرى.
- **أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين** أنك عضو في خطتنا. أظهر بطاقة عضويتك عند الحصول على خدمات أو أدوية.
- **ساعد أطباءك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية** على تقديم أفضل رعاية لك.
 - زودهم بالمعلومات التي يحتاجونها عنك وعن صحتك. تعلم عن مشاكلك الصحية قدر المستطاع. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي تتفق عليها أنت ومقدمو الرعاية الصحية.
 - تأكد من أن أطباءك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية على دراية بجميع الأدوية التي تتناولها. يشمل ذلك أدوية الوصفات الطبية والأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية والفيتامينات والمكملات الغذائية.
 - اطرح أي أسئلة لديك. يجب على أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين شرح الأمور بطريقة يمكنك فهمها. إذا طرحت سؤالاً ولم تفهم إجابته اسأل مرة أخرى.
- **كن مراعيًا للآخرين.** إننا نتوقع من جميع أعضاء الخطة احترام حقوق الآخرين. نتوقع منك أيضاً التصرف باحترام في عيادة طبيبك والمستشفيات وعيادات مقدمي الخدمات الآخرين.
- **ادفع ما عليك من مستحقات.** بصفتك عضواً في الخطة فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - أقساط برنامج Medicare الجزء "أ" والجزء "ب". بالنسبة لجميع أعضاء برنامج AmeriHealth Caritas VIP Care تقريباً، يدفع برنامج Michigan Medicaid قسطك المتعلق بالجزء "أ" من برنامج Medicare وقسط الجزء "ب".
 - بالنسبة لبعض أدويتك التي تغطيها خطتنا يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عند حصولك على الدواء. سيكون هذا بمثابة المشاركة في التأمين أو رسوم المشاركة. يوضح **الفصل 6** المبلغ الذي يجب عليك دفعه مقابل أدويتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يُرجى زيارة www.amerihealthcaritasvipare.com/mi.

- إذا حصلت على أي خدمات أو أدوية لا تغطيها خطتنا فيجب عليك دفع التكلفة الكاملة. (ملاحظة: إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم تغطية خدمة أو دواء ما فيمكنك تقديم استئناف. يُرجى الرجوع إلى الفصل 9 لمعرفة كيفية تقديم استئناف).

● أخبرنا إذا انتقلت إلى مكان آخر. إذا كنت تخطط للانتقال فأخبرنا على الفور. اتصل بخدمات الأعضاء.

- إذا انتقلت خارج منطقة خدمتنا فلن تتمكن من البقاء ضمن خطتنا. الأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا هم فقط من يمكنهم أن يكونوا أعضاء في هذه الخطة. يتناول الفصل 1 من كتيب دليل الأعضاء هذا منطقة خدماتنا.

- يمكننا مساعدتك في معرفة ما إذا كنت ستنتقل خارج منطقة خدماتنا. خلال فترة تسجيل خاصة، يمكنك التحويل إلى برنامج Medicare الأصلي أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو خطة الأدوية في موقعك الجديد. يمكننا إخبارك ما إذا كان لدينا خطة في منطقتك الجديدة.

- أخبر Medicare و Michigan Medicaid بعنوانك الجديد عند انتقالك. راجع الفصل 2 من كتيب دليل الأعضاء هذا للحصول على أرقام هواتف Medicare و Michigan Medicaid.

- إذا انتقلت لكنك لا تزال ضمن منطقة خدماتنا فلا يزال يتعين علينا معرفة ذلك. سنحتاج إلى تحديث سجل عضويتك ومعرفة كيفية الاتصال بك.

- إذا انتقلت إلى مكان آخر فأبلغ إدارة الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

● اتصل بخدمة الأعضاء للحصول على المساعدة إذا كانت لديك أسئلة أو مخاوف.

- قد يخضع الأشخاص المسجلون الذين تبلغ أعمارهم 55 عامًا فأكثر والذين يتلقون خدمات الرعاية طويلة الأجل لاسترداد التكاليف من تركتهم عند وفاتهم. لمزيد من المعلومات، يمكنك:

- الاتصال بمنسق رعايتك، أو

- الاتصال بخط مساعدة المستفيدين على الرقم 1-800-642-3195، أو

- زيارة الموقع الإلكتروني www.michigan.gov/estaterecovery، أو

- إرسال أسئلتك عبر البريد الإلكتروني إلى MDHHS-EstateRecovery@michigan.gov

الفصل 9: ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات تغطية أو استثناءات أو شكوى)

مقدمة

يحتوي هذا الفصل على معلومات بشأن حقوقك. اقرأ هذا الفصل لمعرفة ما يجب فعله في الحالات التالية:

- لديك مشكلة أو شكوى بخصوص خطتك.
- إذا كنت بحاجة إلى خدمة أو منتج أو دواء لا تغطيه خطتك.
- إذا كنت لا توافق على قرار اتخذته خطتك بشأن رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أن خدماتك المغطاة ستنتهي قبل الأوان.

ينقسم هذا الفصل إلى عدة أقسام لمساعدتك في العثور بسهولة على ما تبحث عنه. إذا كانت لديك مشكلة أو استفسار فافكر الأجزاء التي تنطبق على وضعك في هذا الفصل.

يتعين عليك الحصول على الرعاية الصحية والأدوية والدعم والخدمات طويلة الأجل وغيرها من الدعم والخدمات التي يحدد طبيبك ومقدمو الخدمات الآخرون أنها ضرورية لرعايتك كجزء من خطة رعايتك. كما يتعين عليك محاولة العمل مع مقدمي الخدمات لديك وخطة AmeriHealth Caritas VIP Care أولاً. إذا كنت لا تزال تواجه مشكلة في رعايتك أو خطتنا، يمكنك الاتصال بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) على الرقم 1-888-746-6456. يشرح هذا الفصل مختلف الخيارات المتاحة لك لحل المشاكل والشكاوى المختلفة ولكن يمكنك دائماً الاتصال بـ MI CHHO للحصول على المساعدة في توجيهك بشأن مشكلتك. للحصول على موارد إضافية لمعالجة مخاوفك وطرق الاتصال به، راجع الفصل 2، القسم "ز" لمزيد من المعلومات عن برامج مسؤول الشكاوى.

جدول المحتويات

- أ. ماذا تفعل إذا واجهت مشكلة أو كان لديك مخاوف؟ 4
- أ1. نبذة عن المصطلحات القانونية 4
- ب. أين يمكن الحصول على مساعدة 4
- ب1. لمزيد من المعلومات والمساعدة 4
- ج. فهم الشكاوى والاستثناءات المتعلقة ببرنامجي Medicare و Michigan Medicaid في خطتنا 5
- د. المشاكل التي تتعلق بمزاياك 5
- هـ. قرارات التغطية والاستثناءات 6

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- هـ1. قرارات التغطية 7
- هـ2. الاستثناءات 7
- هـ3. المساعدة في قرارات التغطية والاستثناءات 8
- هـ4. أي قسم من هذا الفصل يمكن أن يساعدك 9
- و. الرعاية الطبية 9
- و1. استخدام هذا القسم 9
- و2. طلب قرار تغطية 10
- و3. تقديم طلب استئناف من المستوى 1 12
- و4. تقديم طلب استئناف من المستوى 2 15
- و5. مشاكل الدفع 19
- ز. أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare 21
- ز1. قرارات واستثناءات تغطية الجزء "د" من برنامج Medicare 21
- ز2. استثناءات الجزء "د" من برنامج Medicare 22
- ز3. أمور مهمة يجب معرفتها عند طلب استثناء 23
- ز4. طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء 24
- ز5. تقديم طلب استئناف من المستوى 1 26
- ز6. تقديم طلب استئناف من المستوى 2 28
- ح. مطالبتنا بتغطية إقامة أطول في المستشفى 30
- ح1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare 30
- ح2. تقديم طلب استئناف من المستوى 1 31
- ح3. تقديم طلب استئناف من المستوى 2 33
- ط. مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة 33
- ط1. الإشعار المسبق قبل انتهاء التغطية 34

- ط2. تقديم طلب استئناف من المستوى 1 34
- ط3. تقديم طلب استئناف من المستوى 2 36
- ي. تجاوز مستوى الاستئناف 2 36
- ي1. الخطوات التالية لخدمات ومنتجات برنامج Medicare 37
- ي2. استثناءات Michigan Medicaid الإضافية 38
- ي3. مستويات الاستئناف 3 و 4 و 5 لطلبات أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare 38
- ك. كيفية تقديم شكوى 39
- ك1. ما هي أنواع المشاكل التي يجب اعتبارها شكوى 39
- ك2. الشكاوى الداخلية 41
- ك3. الشكاوى الخارجية 42

أ. ماذا تفعل إذا واجهت مشكلة أو كان لديك مخاوف؟

يشرح هذا الفصل كيفية التعامل مع المشاكل والمخاوف. تعتمد العملية التي تستخدمها على نوع المشكلة التي تواجهها. استخدم عملية واحدة لقرارات التغطية والاستئنافات، وعملية أخرى لتقديم الشكاوى (تسمى أيضًا التظلمات).

لضمان العدالة والسرعة فلكل عملية مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب علينا وعليكم اتباعها.

1أ. نبذة عن المصطلحات القانونية

يحتوي هذا الفصل على مصطلحات قانونية لبعض القواعد والمواعيد النهائية. قد يكون فهم العديد من هذه المصطلحات صعبًا لذلك نستخدم كلمات أبسط بدلاً من بعض المصطلحات القانونية كلما أمكن ذلك. إننا نستخدم الاختصارات بأقل قدر ممكن.

فمثلاً نقول:

- "تقديم شكوى" بدلاً من "تقديم تظلم"
- "قرار التغطية" بدلاً من "قرار المنظمة" أو "قرار المزايا" أو "قرار المخاطر" أو "قرار التغطية"
- "قرار تغطية سريع" بدلاً من "قرار عاجل"
- "منظمة المراجعة المستقلة" بدلاً من "هيئة المراجعة المستقلة"

إن معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة قد تساعدك على التواصل بشكل أوضح، لذلك نستعرضها أيضاً.

ب. أين يمكن الحصول على مساعدة

1ب. لمزيد من المعلومات والمساعدة

أحياناً يكون من المربك البدء في عملية التعامل مع مشكلة ما أو متابعتها. قد يكون هذا صحيحاً بشكل خاص إذا كنت لا تشعر بحالة جيدة أو لديك طاقة محدودة. وفي أحيان أخرى قد لا يكون لديك المعلومات التي تحتاجها لاتخاذ الخطوة التالية.

مساعدة برنامج Michigan MI Options Program. يمكنك الاتصال ببرنامج MI Options. بإمكان المستشارين الإجابة على أسئلتك ومساعدتك على فهم ما يجب فعله حيال مشكلتك. لا يرتبط برنامج MI Options بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة صحية. قام برنامج MI Options بتدريب مستشارين في كل مقاطعة كما أن الخدمات مجانية. رقم هاتف برنامج MI Options هو 1-800-803-7174 (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحاً حتى 5 مساءً للحصول على المساعدة والمعلومات من برنامج Medicare

لمزيد من المعلومات والمساعدة يمكنك الاتصال ببرنامج Medicare. فيما يلي طريقتان للحصول على المساعدة من برنامج Medicare:

- اتصل على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- يُرجى زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov).

المساعدة والمعلومات من برنامج Michigan Medicaid

يمكنك الاتصال بخط مساعدة المستفيدين على الرقم 1-800-642-3195 من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً من الاثنين إلى الجمعة (باستثناء العطلات الرسمية) أو إرسال بريد إلكتروني إلى beneficiarysupport@michigan.gov. يمكن العثور على موقع دعم المستفيدين على الرابط التالي: www.michigan.gov/mdhhs/assistance-programs/medicaid/portalhome/beneficiaries/support.htm

ج. فهم الشكاوى والاستثناءات المتعلقة ببرنامجي Medicare و Michigan Medicaid في خطتنا

لديك برنامجا Medicare و Michigan Medicaid. تنطبق المعلومات الواردة في هذا الفصل على **جميع** مزايا برنامج Medicare وبرنامج Michigan Medicaid التي لديك. يُطلق على هذا أحيانًا اسم "العملية المتكاملة" لأنها تجمع أو تدمج بين عمليات Medicare و Michigan Medicaid.

في بعض الأحيان لا يمكن الجمع بين عمليات برنامجي Medicare و Michigan Medicaid. في تلك الحالات عليك استخدام عملية واحدة للحصول على مزايا برنامج Medicare وعملية أخرى لمزايا برنامج Michigan Medicaid. يشرح **القسم 4** هذه الحالات.

د. المشاكل التي تتعلق بمزاياك

إذا كانت لديك مشكلة أو استفسار فافقراً الأجزاء التي تنطبق على وضعك في هذا الفصل. يساعدك الجدول التالي في العثور على القسم المناسب من هذا الفصل للمشاكل أو الشكاوى.

هل مشكلتك أو استفسارك يتعلق بمزاياك أو بتغطيتك التأمينية؟	
يشمل ذلك المشاكل التي تتعلق بما إذا كانت الرعاية الطبية المحددة (المنتجات الطبية والخدمات والدعم والخدمات طويلة الأجل و/أو أدوية الجزء "ب") مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها والمشاكل التي تتعلق بدفع تكاليف الرعاية الطبية.	
لا. مشكلتي لا تتعلق بالمزايا أو التغطية. راجع القسم ك، "كيفية تقديم شكوى".	نعم. مشكلتي تتعلق بالمزايا أو التغطية. راجع القسم هـ، "قرارات التغطية والاستثناءات".

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihhealthcaritasvipcare.com/mi.

هـ. قرارات التغطية والاستثناءات

تتناول عملية طلب قرار التغطية وتقديم الاستثناءات المشاكل المتعلقة بمزاياك وتغطيتك للرعاية الطبية (الخدمات والمنتجات وأدوية الجزء "ب"، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور فإننا نشير عمومًا إلى المنتجات والخدمات الطبية وأدوية الجزء "ب" على أنها رعاية طبية.

ملاحظة: تغطي خدمات الصحة السلوكية المتخصصة في برنامج Medicaid من خلال الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين. يشمل ذلك خدمات ودعم الصحة النفسية والإعاقة الذهنية/النمائية واضطرابات تعاطي المواد. إذا اتخذت الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين قرار تغطية ولم توافق عليه فيجب عليك الاستئناف لدى الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين. ستجد معلومات عن الخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين في منطقة **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

إذا كنت تعيش في مقاطعة Macomb أو Wayne، فاتصل بالخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين للحصول على معلومات عن قرارات التغطية والاستثناءات المتعلقة بخدمات الصحة السلوكية.

← خط المعلومات العامة للخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين في مقاطعة Macomb

للاتصال	1-855-996-2264. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 8:30 مساءً. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
TTY	844-578-6563. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4:45 مساءً.

← خط المعلومات العامة للخطة الصحية المدفوعة مسبقًا للمرضى الداخليين في مقاطعة Wayne

للاتصال	1-800-241-4949. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً. لدينا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.
---------	--

TTY	1-800-630-1044. هذه المكالمات مجانية. من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا حتى 4:30 مساءً.
-----	--

هـ1. قرارات التغطية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الطبية أو أدويةك. على سبيل المثال، إذا أحالك مقدم خدمات شبكة خطتك إلى أخصائي طبي خارج الشبكة فإن هذه الإحالة تعتبر قرارًا إيجابيًا ما لم يتمكن مقدم خدمات الشبكة لديك من إثبات أنك تلقيت إشعار رفض قياسي لهذا الأخصائي الطبي، أو أن الخدمة المشار إليها لا يتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف (راجع الفصل 4، القسم ح من كتيب دليل الأعضاء هذا).

يمكنك أنت أو طبيبك أيضًا الاتصال بنا وطلب قرار تغطية. قد لا تكون أنت أو طبيبك متأكدين مما إذا كنا نغطي خدمة طبية معينة أو ما إذا كنا سنرفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها. إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سنغطي خدمة طبية قبل الحصول عليها، يمكنك أن تطلب منا اتخاذ قرار تغطية نيابة عنك.

إننا نتخذ قرار التغطية كلما قررنا ما هو مشمول بالتغطية لك ومقدار ما ندفعه. في بعض الحالات قد نقرر أن خدمة أو دواء ما غير مغطى أو لم يعد مغطى بالنسبة لك من قبل برنامج Medicare أو برنامج Michigan Medicaid. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا فيمكنك تقديم استئناف.

هـ2. الاستئنافات

إذا اتخذنا قرار تغطية ولم تكن راضيًا عن هذا القرار فيمكنك "الاستئناف" ضد القرار. يعد الاستئناف طريقة رسمية لطلب مراجعة وتغيير قرار التغطية الذي اتخذناه.

عندما تستأنف قرارًا لأول مرة يُطلق على هذا الاستئناف اسم استئناف من المستوى 1. في هذا الاستئناف نراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد بشكل صحيح. سيتولى مراجعون مختلفون عن أولئك الذين اتخذوا القرار الأصلي الذي لم يكن في صالحك معالجة استئنافك.

عندما تنتهي من المراجعة سنقدم لك قرارنا. في ظل ظروف معينة تم شرحها لاحقًا في هذا الفصل، يمكنك طلب قرار تغطية عاجل أو "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع" لقرار التغطية.

إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو كله فسنرسل لك خطابًا بذلك. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية الرعاية الطبية لبرنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة من أجل الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو منتج ضمن الجزء "د" من برنامج Medicare أو Medicaid، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. راجع القسم 4 لمزيد من المعلومات عن الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو منتج مغطى بواسطة كل من برنامجي Medicare و Medicaid، فسيزودك الخطاب بمعلومات عن كلا النوعين من استئنافات المستوى 2.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الاستئناف من المستوى 2 فقد تتمكن من المرور بمستويات الاستئناف الإضافية.

هـ3. المساعدة في قرارات التغطية والاستثناءات

يمكنك طلب المساعدة من أي من الجهات التالية:

- اتصل بمنسق رعايتك على الرقم 1888-964-4433.
 - خدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة.
 - MI Options at 1-800-803-7174.
 - اتصل بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) للحصول على مساعدة مجانية. يمكن لـ MI CHHO مساعدتك في الأسئلة أو المشكلات المتعلقة ببرنامج MICH أو خطتنا. يعد برنامج MI CHHO برنامجاً مستقلاً وليس مرتبطاً بهذه الخطّة. رقم الهاتف 1-888-746-6456.
 - طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر. يمكن لطبيبك أو أي مقدم خدمات آخر أن يطلب قرار تغطية أو يستأنف نيابةً عنك.
 - صديقك أو أحد أفراد العائلة. يمكنك تعيين شخص آخر ليتصرف نيابةً عنك بصفته "ممثلك" ويطلب قرار تغطية أو يقدم استئنافاً.
 - محامي. يحق لك الاستعانة بمحامٍ لكن ليس مطلوباً منك الاستعانة بمحامٍ لطلب قرار تغطية أو لتقديم استئناف.
 - اتصل بمحاميك الخاص أو احصل على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو أي خدمة إحالة أخرى. ستقدم لك بعض المجموعات القانونية خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً لذلك.
 - برنامج مسؤول الشكاوى للرعاية طويلة الأجل في Michigan (MLTCOP) - يسعى برنامج MLTCOP إلى تحسين جودة الرعاية ونوعية الحياة التي يعيشها المقيمون في دور الرعاية ودور المسنين ودور رعاية البالغين. يشمل برنامج MLTCOP كلاً من برنامج مسؤول الشكاوى للولاية والموظفين وشبكة مسؤولي الشكاوى المحليين الذين يقوم برنامج مسؤول الشكاوى للولاية بتدريبهم وتعيينهم والإشراف عليهم. للتواصل مع مسؤول الشكاوى المحلي في منطقتك، اتصل على الرقم 866-485-9393 أو أرسل لنا بريداً إلكترونياً على mltcop.org/contact.
- قم بتعبئة نموذج تعيين ممثل إذا كنت ترغب في أن يتولى محامٍ أو شخص آخر دور ممثلك. يمنح هذا النموذج شخصاً ما الإذن بالتصرف نيابةً عنك.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة واطلب نموذج "تعيين ممثل". يمكنك أيضاً الحصول على النموذج من خلال زيارة الرابط www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi. يجب أن تزودنا بنسخة من النموذج الموقع.

4. أي قسم من هذا الفصل يمكن أن يساعدك

هناك أربع حالات تتضمن قرارات التغطية والاستثناءات. لكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. سنقدم تفاصيل لكل منها في قسم منفصل من هذا الفصل. راجع القسم الذي ينطبق عليك:

- **القسم و، "الرعاية الطبية"**
- **القسم ز، "أدوية الجزء د" من برنامج Medicare**
- **القسم ح، "مطالبتنا بتغطية إقامة أطول في المستشفى"**
- **القسم ط، "مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة" (ينطبق هذا القسم على هذه الخدمات فقط: الرعاية الصحية المنزلية ورعاية مرافق التمريض المتخصصة وخدمات مرافق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية).**

إذا لم تكن متأكدًا من القسم الذي يجب استخدامه فاتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة.

و. الرعاية الطبية

يشرح هذا القسم ما يجب فعله إذا واجهت مشاكل في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا أن نرد لك ما دفعته لرعايتك.

يتناول هذا القسم مزايا الرعاية الطبية لديك الموضحة في **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا في جدول المزايا. في بعض الحالات قد تطبق قواعد مختلفة على دواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare. إذا حدث ذلك سنبين كيف تختلف قواعد أدوية الوصفات الطبية في الجزء "ب" من برنامج Medicare عن قواعد الخدمات والمنتجات الطبية.

1. استخدام هذا القسم

يشرح هذا القسم ما يمكنك فعله في أي من الحالات الخمس التالية:

1. إذا كنت تعتقد أننا نغطي الرعاية الطبية التي تحتاجها ولكنك لا تحصل عليها.

ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا قرار تغطية. راجع **القسم 2**.

2. إذا لم نوافق على الرعاية الطبية التي يرغب طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر في تقديمها لك وأنت تعتقد أنه ينبغي علينا الموافقة عليها.

ما يمكنك فعله: يمكنك الاستئناف ضد قرارنا. راجع **القسم 3**.

3. إذا تلقيت رعاية طبية تعتقد أننا نغطيها لكننا لم ندفع مقابلها.

ما يمكنك فعله: يمكنكم الاستئناف ضد قرارنا بعدم الدفع. راجع **القسم 5**.

4. إذا تلقيت ودفعت مقابل الرعاية الطبية التي تعتقد أننا نغطيها وتريد منا أن نرد لك ما دفعته.

ما يمكنك فعله: يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك ما دفعته. راجع القسم 5.

5. إذا قمنا بتقليص أو إيقاف تغطيتك لبعض الرعاية الطبية و نعتقد أن قرارنا قد يضر بصحتك.

ما يمكنك فعله: يمكنك الاستئناف ضد قرارنا بشأن تقليص أو إيقاف الرعاية الطبية. راجع القسم 4.

- إذا كانت التغطية تشمل الرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرافق التمريض المتخصصة أو خدمات مرافق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية، فسيتم تطبيق قواعد خاصة. راجع القسم ح أو القسم ط لمعرفة المزيد.
- بالنسبة لجميع الحالات الأخرى التي تنطوي على تقليص أو إيقاف تغطيتك لبعض الرعاية الطبية، استخدم هذا القسم (القسم و) كمرشد لك.

2. طلب قرار تغطية

عندما يتعلق قرار التغطية برعايتك الطبية، يُطلق عليه قرار المنظمة المتكامل.

يمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك أن تطلب منا قرار تغطية عن طريق:

- الاتصال على الرقم: 1-844-964-4433، TTY: 711.
- الفاكس: 1-855-329-6400.
- المراسلات:

AmeriHealth Caritas VIP Care
Prior Authorization Medical Care
P.O. Box 7075
London, KY 40742-7075

قرار التغطية القياسي

عندما نبلغك بقرارنا فإننا نستخدم المواعيد النهائية "القياسية" ما لم نتفق على استخدام المواعيد النهائية "السريعة". قرار التغطية القياسي يعني أننا سنقدم لك إجابة خلال:

- 7 أيام تقويمية بعد استلامنا لطلبك للحصول على خدمة أو منتج طبي يخضع لقواعد الموافقة المسبقة لدينا.
- 14 يومًا تقويميًا بعد استلامنا لطلبك لجميع الخدمات أو المنتجات الطبية الأخرى.
- 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك للحصول على دواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare.

بالنسبة للمنتجات أو الخدمات الطبية يمكننا أن نستغرق 14 يومًا إضافيًا بحد أقصى إذا طلبت المزيد من الوقت أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك (مثل السجلات الطبية من مقدمي الخدمات خارج الشبكة). إذا استغرقنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار فسنبلغك بذلك كتابيًا. لا يمكننا استغراق أيام إضافية إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare.

إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا أن نستغرق أيامًا إضافية فيمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا باستغراق تلك الأيام. عندما تقدم شكوى سريعة سنقدم لك ردًا على شكواك خلال 24 ساعة. تختلف عملية تقديم الشكوى عن عملية قرارات التغطية والاستثناءات. لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى، بما في ذلك تقديم شكوى سريعة، راجع القسم ك.

قرار التغطية السريع

المصطلح القانوني لقرار التغطية السريع هو القرار العاجل.

عندما تطلب منا اتخاذ قرار بشأن تغطية رعايتك الطبية وتطلب صحتك استجابة سريعة، فاطلب منا اتخاذ قرار تغطية سريع. قرار التغطية السريع يعني أننا سنقدم لك إجابة خلال:

• 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك للحصول على خدمة أو منتج طبي.

• 24 ساعة بعد استلامنا لطلبك للحصول على دواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare.

بالنسبة للمنتجات أو الخدمات الطبية يمكننا أن نستغرق 14 يومًا إضافيًا بحد أقصى وجدنا معلومات قد تفيدك لكنها مفقودة (مثل السجلات الطبية من مقدمي الخدمات خارج الشبكة) أو إذا كنت بحاجة إلى وقت لتزويدنا بالمعلومات اللازمة للمراجعة. إذا استغرقنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار فسنبلغك بذلك كتابيًا. لا يمكننا استغراق وقت إضافي إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare.

إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي لنا أن نستغرق أيامًا إضافية لاتخاذ قرار التغطية فيمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا باستغراق تلك الأيام. لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى، بما في ذلك تقديم شكوى سريعة، راجع القسم ك. سنتصل بك بمجرد أن نتخذ القرار.

للحصول على قرار تغطية سريع يجب عليك استيفاء شرطين كما يلي:

• أن تطلب تغطية تكاليف المنتجات و/أو الخدمات الطبية التي لم تحصل عليها. لا يمكنك طلب قرار تغطية سريع بشأن مدفوعات المنتجات أو الخدمات التي حصلت عليها بالفعل.

• قد يؤدي استخدام المواعيد النهائية القياسية إلى إلحاق ضرر جسيم بصحتك أو الإضرار بقدرتك الوظيفية.

سنقدم لك تلقائيًا قرار تغطية سريع إذا أخبرنا طبيبك أن حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا طلبت ذلك دون دعم من طبيبك فنقرر ما إذا كنت سنحصل على قرار تغطية سريع.

• إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع فسنرسل إليك خطابًا يوضح ذلك ونستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يلي:

○ سنقدم لك تلقائيًا قرار تغطية سريع إذا طلب طبيبك ذلك.

○ كيف يمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا بمنحك قرار تغطية قياسي بدلاً من قرار تغطية سريع. لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى، بما في ذلك تقديم شكوى سريعة، راجع القسم ك.

إذا رفضنا جزءاً من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطاباً نوضح فيه الأسباب.

- إذا قلنا لا، فلديك الحق في تقديم استئناف. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ، فإن تقديم استئناف هو طريقة رسمية لطلب مراجعة قرارنا وتغييره.
- إذا قررت تقديم استئناف فستنتقل إلى المستوى 1 من عملية الاستئناف (راجع القسم (3)).

في ظروف محدودة قد نرفض طلبك للحصول على قرار تغطية، مما يعني أننا لن نراجع الطلب. فيما يلي بعض الأمثلة على الحالات التي يتم فيها رفض الطلب:

- إذا كان الطلب غير مكتمل،
 - إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابةً عنك ولكنه غير مخوّل قانوناً للقيام بذلك، أو
 - إذا طلبت سحب طلبك.
- إذا رفضنا طلباً للحصول على قرار تغطية فسنرسل إليك إشعاراً يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة قرار الرفض. يطلق على هذه المراجعة اسم الاستئناف. تم شرح الاستئنافات في القسم التالي.

3. تقديم طلب استئناف من المستوى 1

لبدء الاستئناف يجب عليك أنت أو طبيبك أو ممثلك الاتصال بنا. اتصل بالرقم 1-844-964-4433 (TTY 711).

اطلب استئنافاً عادياً أو استئنافاً سريعاً كتابياً أو عن طريق الاتصال بنا على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711).

- إذا طلب طبيبك أو أي طبيب آخر يصف لك الدواء الاستمرار في خدمة أو منتج تحصل عليه بالفعل أثناء فترة الاستئناف، فقد تحتاج إلى تحديد كممثل لك للتصرف نيابة عنك.
- إذا قام شخص آخر غير طبيبك بتقديم الاستئناف نيابة عنك، فقم بإدراج نموذج تعيين ممثل يفوض هذا الشخص بتمثيلك. يمكنك الحصول على النموذج من خلال زيارة الرابط www.cms.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.
- يمكننا قبول طلب الاستئناف بدون النموذج، ولكن لا يمكننا البدء أو إكمال مراجعتنا حتى نحصل عليه. إذا لم نستلم النموذج قبل الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن استئنافك:
 - سنرفض طلبك، و
 - سنرسل إليك إشعاراً كتابياً يشرح حقك في مطالبة منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا برفض استئنافك.
- يجب عليك تقديم طلب استئناف خلال 65 يوماً تقويمياً من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإبلاغك بقرارنا.

- إذا فاتك الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتأخرك، فقد نمحك المزيد من الوقت لتقديم استئنافك. من الأمثلة على الأسباب الوجهية أشياء مثل إصابتك بمرض خطير أو أننا قدمنا لك معلومات خاطئة بشأن الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر تقديم استئنافك عند تقديمه.
- يحق لك أن تطلب منا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة باستئنافك. يمكنك أنت وطبيبك أيضًا تزويدنا بمزيد من المعلومات لدعم طلب استئنافك.

اطلب استئنافًا سريعًا إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

المصطلح القانوني لـ "الاستئناف السريع" هو "إعادة النظر العاجلة".

- إذا تقدمت باستئناف ضد قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، فأنت و/أو طبيبك تقرر ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف سريع.
- سنقدم لك تلقائيًا استئنافًا سريعًا إذا أخبرنا طبيبك أن حالتك الصحية تتطلب ذلك. إذا طلبت ذلك دون دعم من طبيبك فسنقرر ما إذا كنت ستحصل على استئناف سريع.
- إذا قررنا أن حالتك الصحية لا تفي بمتطلبات الاستئناف السريع فسنرسل إليك خطابًا يوضح ذلك وسنستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك. سيخبرك الخطاب بما يلي:
 - سنقدم لك تلقائيًا استئنافًا سريعًا إذا طلب طبيبك ذلك.
 - كيف يمكنك تقديم "شكوى سريعة" بشأن قرارنا بمنحك استئناف عادي بدلاً من الاستئناف السريع. لمزيد من المعلومات عن تقديم شكوى، بما في ذلك تقديم شكوى سريعة، راجع القسم ك.
- إذا أخبرناك أننا سنوقف أو سنقلص من الخدمات أو المنتجات التي تحصل عليها بالفعل، فقد تتمكن من الاستمرار في الحصول على تلك الخدمات أو المنتجات أثناء استئنافك.
- إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة أو منتج تحصل عليه، فسنرسل إليك إشعارًا قبل اتخاذ أي إجراء.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا، يمكنك تقديم استئناف من المستوى 1.
- سنستمر في تغطية الخدمة أو المنتج إذا طلبت استئنافًا من المستوى 1 خلال 10 أيام تقويمية من التاريخ المذكور في خطابنا أو بحلول التاريخ الفعلي المقصود للإجراء، أيهما أبعد.
 - إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فستحصل على الخدمة أو المنتج دون أي تغييرات أثناء انتظار استئنافك من المستوى 1.
 - ستحصل أيضًا على جميع الخدمات أو المنتجات الأخرى (التي ليست موضوع استئنافك) دون أي تغييرات.
 - إذا لم تقدم استئنافًا قبل هذه التواريخ، فلن تستمر خدمتك أو منتجك أثناء انتظارك لقرار استئنافك.

سننظر في استئنافك ونقدم لك ردنا.

- عندما نراجع طلب استئنافك، فإننا نلقي نظرة أخرى دقيقة على جميع المعلومات المتعلقة بطلبك لتغطية الرعاية الطبية.
- سنتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا جميع القواعد عندما **رفضنا** طلبك.
- سنجمع المزيد من المعلومات إذا احتجنا إليها. قد نتصل بك أو بطبيبك للحصول على مزيد من المعلومات.

هناك مواعيد نهائية للاستئناف السريع.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك ردنا خلال **72 ساعة بعد استلامنا لطلب استئنافك**. سنقدم لك ردنا في وقت أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
- إذا طلبت المزيد من الوقت أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فيمكننا أن **نستغرق 14 يومًا إضافيًا بحد أقصى** إذا كان طلبك يتعلق بمنتج أو خدمة طبية.
 - إذا احتجنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار فسنبلغك بذلك كتابيًا.
 - إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare فلا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ القرار.
 - إذا لم نعطك إجابة خلال 72 ساعة أو بنهاية الأيام الإضافية التي استغرقناها، فسيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ستقوم منظمة مراجعة مستقلة بعد ذلك بمراجعته. سنخبرك في وقت لاحق من هذا الفصل عن هذه المنظمة ونشرح عملية الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو منتج لدى Medicaid، فيمكنك تقديم طلب جلسة إنصاف من المستوى 2 إلى الولاية بنفسك بمجرد انتهاء الوقت المحدد. في Michigan، تُعقد جلسات الإنصاف من قبل مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan. **إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله،** فيجب علينا أن نصرح أو نقدم التغطية التي وافقنا على تقديمها خلال 72 ساعة بعد استلامنا لطلب استئنافك.
- إذا **رفضنا جزءًا من طلبك أو كله**، فسنرسل استئنافك إلى مكتب منظمة المراجعة المستقلة للاستئناف من المستوى 2.

هناك مواعيد نهائية للاستئناف العادي.

- عندما نستخدم المواعيد النهائية العادية، يجب أن نقدم لك ردنا خلال **30 يومًا تقويميًا** بعد أن نتلقى استئنافك لتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare لم تحصل عليه، فسندعم لك ردنا خلال **7 أيام تقويمية** بعد استلامنا لطلب استئنافك أو قبل ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا كان طلبك يتعلق بالخدمات التي يقدمها برنامج خدمات الرعاية الصحية المتخصصة للأطفال (CSHCS)، فيجب أن نقدم لك ردًا خلال 10 أيام تقويمية بعد أن نتلقى استئنافك لتغطية الخدمات التي لم تحصل عليها.
 - إذا طلبت المزيد من الوقت أو إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فيمكننا أن **نستغرق 14 يومًا إضافيًا بحد أقصى** إذا كان طلبك يتعلق بمنتج أو خدمة طبية.
 - إذا احتجنا أيامًا إضافية لاتخاذ القرار فسنبلغك بذلك كتابيًا.
 - إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare فلا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ القرار.
 - إذا كنت تعتقد أنه **لا ينبغي** لنا أن نستغرق أيامًا إضافية فيمكنك تقديم شكوى سريعة بشأن قرارنا. عندما تقدم شكوى سريعة سنقدم لك ردًا خلال 24 ساعة. لمزيد من المعلومات عن تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع **القسم ك**.
 - إذا لم نعطك إجابة خلال الموعد النهائي المحدد أو بنهاية الأيام الإضافية التي استغرقناها، فسيتعين علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ستقوم منظمة مراجعة مستقلة بعد ذلك بمراجعتك. سنخبرك في وقت لاحق من هذا الفصل عن هذه المنظمة ونشرح عملية الاستئناف من المستوى 2. إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو منتج لدى Medicaid، فيمكنك تقديم طلب جلسة إنصاف من المستوى 2 إلى الولاية بنفسك بمجرد انتهاء الوقت المحدد. في Michigan، تُعقد جلسات الإنصاف من قبل مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في *Michigan*.
 - إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فيجب علينا أن نصرح أو نقدم التغطية التي وافقنا على تقديمها خلال 30 يومًا تقويمياً أو 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك بشأن دواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare، بعد استلامنا لطلب استئنافك.
 - إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو كله، فلديك **حقوق استئناف إضافية**.
 - إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو كله فسنرسل لك خطابًا بذلك.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو منتج لبرنامج Medicare، فسيخبرك الخطاب بأننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة من أجل الاستئناف من المستوى 2.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بتغطية خدمة أو منتج لبرنامج Michigan Medicaid، فسيخبرك الخطاب بكيفية تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك.
- #### 4. تقديم طلب استئناف من المستوى 2
- إذا رفضنا جزءًا من الاستئناف من المستوى 1 أو كله، فسنرسل لك خطابًا. سيوضح لك هذا الخطاب ما إذا كان برنامج Medicare أو برنامج Michigan Medicaid أو كلاهما يغطيان الخدمة أو المنتج عادةً.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج يغطيه برنامج Medicare عادةً، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف بمجرد اكتمال الاستئناف من المستوى 1.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج تغطيه عادةً وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في Michigan، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. سيوضح لك الخطاب كيفية القيام بذلك. يحتوي هذا الفصل لاحقًا على مزيد من المعلومات.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو منتج قد يغطيه كل من برنامجي **Medicare** و **Michigan Medicaid**، فستحصل تلقائيًا على استئناف من المستوى 2 مع منظمة المراجعة المستقلة. يمكنك أيضًا طلب جلسة إنصاف لدى الولاية.
- إذا كنت مؤهلاً لاستمرار المزايا عند تقديمك طلب الاستئناف من المستوى 1، فقد تستمر مزاياك للخدمة أو المنتج أو الدواء محل الاستئناف خلال المستوى 2 أيضًا. راجع القسم و3 لمزيد من المعلومات عن استمرار مزاياك خلال الاستئناف من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة عادةً ما يغطيها برنامج **Medicare** فقط، فإن مزاياك لتلك الخدمة لا تستمر خلال عملية الاستئناف من المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة.
 - إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة عادةً ما يغطيها برنامج **Michigan Medicaid** فقط، فإن مزاياك لتلك الخدمة تستمر إذا قدمت استئنافًا من المستوى 2 خلال 10 أيام تقويمية بعد استلام خطاب قرارنا.
- عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو منتج يغطيه برنامج Medicare عادةً**
- تقوم منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة استئنافك. إنها منظمة مستقلة تم التعاقد معها من قبل برنامج Medicare.

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو **هيئة المراجعة المستقلة**، ويطلق عليها أحيانًا اسم **IRE**.

- هذه المنظمة ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. اختار برنامج Medicare الشركة لتكون منظمة المراجعة المستقلة ويشرف برنامج Medicare على أعمالها.
- إننا نقوم بإرسال معلومات عن استئنافك (ملف حالتك) إلى هذه المنظمة. يحق لك الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.
- يحق لك تقديم معلومات إضافية إلى منظمة المراجعة المستقلة لدعم استئنافك.
- يقوم المراجعون لدى منظمة المراجعة المستقلة بدراسة جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية.

إذا كان لديك استئناف سريع في المستوى 1، فسيكون استئنافك في المستوى 2 سريعًا أيضًا.

- إذا كان لديك استئناف سريع في المستوى 1، فسيكون استئنافك في المستوى 2 سريعًا أيضًا تلقائيًا. يجب على منظمة المراجعة المستقلة أن تقدم لك ردًا على استئنافك من المستوى 2 خلال 72 ساعة من استلام استئنافك.

- إذا كان طلبك يتعلق بمنتج أو خدمة طبية وكانت منظمة المراجعة المستقلة بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا إضافيًا. لا يمكن لمنظمة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare.

إذا كان لديك استئناف عادي في المستوى 1، فسيكون استئنافك في المستوى 2 عاديًا أيضًا.

- إذا كان لديك استئناف عادي في المستوى 1، فسيكون استئنافك في المستوى 2 عاديًا أيضًا تلقائيًا.
- إذا كان طلبك يتعلق بمنتج أو خدمة طبية، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن تقدم لك ردًا على استئنافك من المستوى 2 خلال 30 يومًا تقويميًا من استلام استئنافك.
- إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن تقدم لك ردًا على استئنافك من المستوى 2 خلال 7 أيام تقويمية من استلام استئنافك.
- إذا كان طلبك يتعلق بمنتج أو خدمة طبية وكانت منظمة المراجعة المستقلة بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا إضافيًا. لا يمكن لمنظمة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك يتعلق بدواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare.

ستقدم لك منظمة المراجعة المستقلة إجابتها كتابيًا مع شرح الأسباب.

- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء أو كل طلب الحصول على منتج أو خدمة طبية، فيجب علينا:
 - الموافقة على تغطية الرعاية الطبية خلال 72 ساعة، أو
 - تقديم الخدمة خلال 14 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العادية، أو
 - تقديم الخدمة خلال 72 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العاجلة.
- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء أو كل دواء ضمن الجزء "ب" من برنامج Medicare فيجب علينا الموافقة على أو توفير دواء الجزء "ب" من برنامج Medicare محل النزاع:
 - 72 ساعة بعد حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العادية، أو
 - خلال 24 ساعة من تاريخ حصولنا على قرار منظمة المراجعة المستقلة للطلبات العاجلة.
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة جزءًا من استئنافك أو كله، فهذا يعني أنها توافق على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. يطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك".

- إذا كانت حالتك تستوفي الشروط فلك الخيار فيما إذا كنت ترغب في مواصلة استئنافك.
- توجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2، بإجمالي خمسة مستويات.
- إذا تم رفض استئنافك من المستوى 2 وكنت تستوفي متطلبات مواصلة عملية الاستئناف، فيجب عليك أن تقرر ما إذا كنت ستنتقل إلى المستوى 3 وتقدم استئنافاً ثالثاً. ستجد تفاصيل كيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي ستحصل عليه بعد استئنافك من المستوى 2.
- يتولى قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني التعامل مع الاستئناف من المستوى 3. راجع القسم 3 لمزيد من المعلومات عن الاستئناف من المستوى 3 و 4 و 5.

عندما تتعلق مشكلتك بخدمة أو منتج يغطيه برنامج Medicaid عادةً، أو التي يغطيه كل من برنامجي Medicare و Michigan Medicaid

يُعد الاستئناف من المستوى 2 للخدمات التي يغطيها برنامج Michigan Medicaid عادةً بمثابة جلسة إنصاف لدى الولاية. في Michigan، تُعقد جلسات الإنصاف من قبل مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan. يجب عليك طلب جلسة إنصاف كتابياً أو عبر الهاتف خلال 120 يوماً تقويمياً من تاريخ إرسالنا لخطاب القرار بشأن استئنافك من المستوى 1. سيخبرك الخطاب الذي ستلقاه منا بمكان تقديم طلبك لجلسة إنصاف.

عملية الاستئناف من المستوى 2 لبرنامج Medicaid

لطلب جلسة إنصاف من مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan، يجب عليك تعبئة نموذج طلب جلسة استماع. سنرسل إليك نموذج طلب جلسة استماع مع إشعار قرار الاستئناف. يمكنك أيضاً الحصول على النموذج عن طريق الاتصال بخط مساعدة المستفيدين لدى برنامج Michigan Medicaid على الرقم 1-800-642-3195 (1-866-501-5656 TTY)، أو 1-800-975-7630 إذا كنت تتصل من خدمة هاتفية عبر الإنترنت، من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحاً حتى 7 مساءً. أكمل النموذج وأرسله إلى: Michigan Office of Administrative Hearings and Rules (MOAHR) PO Box 30763 Lansing, MI 48909 517-763-0146. يمكنك أيضاً بدء جلسة الإنصاف عن طريق الاتصال بالرقم 1-800-648-3397. يمكنك طلب جلسة إنصاف عاجلة (سريعة) عن طريق الاتصال بهذا الرقم أو الكتابة إلى العنوان أو إرسال فاكس على الرقم المذكور أعلاه.

بعد أن يتلقى مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan طلب جلسة الإنصاف الخاصة بك، ستتلقى خطاباً يخبرك بتاريخ ووقت ومكان جلستك. عادة ما تُعقد جلسات الاستماع عبر الهاتف، ولكن يمكنك أن تطلب عقد جلستك حضورياً. يجب على مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan أن يقدم لك ردّاً كتابياً خلال 90 يوماً تقويمياً من تاريخ استلامه لطلبك لعقد جلسة الإنصاف. إذا كنت مؤهلاً لجلسة إنصاف عاجلة، فيجب على مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan أن يعطيك ردّاً خلال 72 ساعة. مع ذلك، إذا احتاج مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تساعدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يوماً إضافياً. بعد حصولك على القرار النهائي لمكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan، سيكون لديك 30 يوماً تقويمياً من تاريخ القرار لتقديم طلب لإعادة الجلسة/لإعادة النظر و/أو لتقديم استئناف لدى محكمة الدائرة.

كما يحق لك طلب مراجعة خارجية من خلال إدارة التأمين والخدمات المالية في Michigan. يجب عليك إكمال عملية الاستئناف الداخلي أولاً قبل أن تتمكن من طلب هذا النوع من الاستئناف الخارجي. يجب تقديم طلبك لإجراء مراجعة خارجية خلال 127 يوماً تقويمياً من استلامك لقرار الاستئناف الداخلي الخاص بنا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

لطلب مراجعة خارجية من إدارة التأمين والخدمات المالية، يجب عليك تعبئة نموذج طلب الرعاية الصحية للمراجعة الخارجية. سنرسل إليك هذا النموذج مع إشعار قرار الاستئناف. يمكنك أيضًا الحصول على نسخة من النموذج عن طريق الاتصال بإدارة التأمين والخدمات المالية على الرقم 1-877-999-6442. أكمل النموذج وأرسله مع جميع المستندات الداعمة إلى: DIFS Office of Research, Rules, and Appeals – Appeals Section PO Box 30220 Lansing, MI 48909-7720 517-284-8838 بريد إلكتروني: DIFS-HealthAppeal@Michigan.gov DIFS Consumer الخط الساخن: 1-877-999-6442.

إذا لم يتضمن طلبك مراجعة السجلات الطبية، فسيتم إجراء المراجعة الخارجية من قبل مدير إدارة التأمين والخدمات المالية. إذا كان طلبك يتضمن مسائل تتعلق بالضرورة الطبية أو معايير المراجعة السريرية، فسيتم إرساله إلى منظمة مراجعة مستقلة منفصلة. إذا تم إجراء المراجعة من قبل المدير ولم تتطلب مراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة، فسيصدر المدير قرارًا خلال 14 يومًا تقويميًا بعد قبول طلبك. إذا تمت إحالة المراجعة إلى منظمة المراجعة المستقلة فستقدم تلك المنظمة توصيتها إلى إدارة التأمين والخدمات المالية خلال 14 يومًا تقويميًا بعد تكليفها بالمراجعة. سيصدر المدير بعد ذلك قرارًا خلال 7 أيام عمل بعد تلقيه توصية منظمة المراجعة المستقلة. إذا كان الإطار الزمني القياسي للمراجعة من شأنه أن يعرض حياتك أو صحتك للخطر، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مراجعة عاجلة (سريعة). يتم إنجاز المراجعة العاجلة خلال 72 ساعة من تقديم طلبك. للتأهل لإجراء مراجعة عاجلة، يجب أن يؤكد طبيبك أن الإطار الزمني للمراجعة العادية من شأنه أن يعرض حياتك أو صحتك للخطر. إذا كنت لا توافق على قرار المراجعة الخارجية، فلديك الحق في الاستئناف أمام محكمة الدائرة في المقاطعة التي تعيش فيها أو محكمة المطالبات في Michigan خلال 60 يومًا من تاريخ القرار.

سيقدم لك مكتب جلسات الإنصاف قراره كتابيًا مع شرح الأسباب.

- إذا وافق مكتب جلسات الإنصاف على جزء أو كل طلب الحصول على منتج أو خدمة طبية، فيجب علينا أن نصرح أو نقدم الخدمة أو المنتج خلال 72 ساعة من حصولنا على قراره.
- إذا رفض مكتب جلسات الإنصاف جزءًا من استئنافك أو كله، فهذا يعني أنه يوافق على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. يطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك".

إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسات الإنصاف هو رفض طلبك بالكامل أو جزء منه، فلديك حقوق استئناف إضافية.

إذا تم رفع استئنافك من المستوى 2 إلى منظمة المراجعة المستقلة، فيمكنك الاستئناف مرة أخرى فقط إذا كانت القيمة الدولارية للخدمة أو المنتج الذي تريده تفي بحد أدنى معين. يتولى قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني التعامل مع الاستئناف من المستوى 3. يوضح الخطاب الذي تتلقاه من منظمة المراجعة المستقلة حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تكون لديك.

يوضح الخطاب الذي تتلقاه من مكتب جلسات الإنصاف خيار الاستئناف التالي.

راجع القسم 5. لمشاكل الدفع

إننا لا نسمح لمقدمي خدمات شبكتنا بإصدار فواتير لك مقابل الخدمات والمنتجات المغطاة. هذا صحيح حتى لو دفعنا لمقدم الخدمات مبلغًا أقل مما يتقاضاه مقابل الخدمة أو المنتج المغطى. لن يُطلب منك أبدًا دفع رصيد أي فاتورة. المبلغ الوحيد الذي يجب أن يُطلب منك دفعه هو رسوم المشاركة لفئات الأدوية التي تتطلب رسوم مشاركة.

إذا تلقيت فاتورة مقابل خدمات ومنتجات مغطاة، فأرسل الفاتورة إلينا. لا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتصل بمقدم الخدمات مباشرة وسنتولى حل المشكلة. إذا دفعت الفاتورة بالفعل يمكنك استرداد المبلغ من خطتنا إذا اتبعت قواعد الحصول على الخدمات أو المنتجات.

لمزيد من المعلومات راجع **الفصل 7** من كتيب دليل الأعضاء هذا. إنه يشرح المواقف التي قد تحتاج فيها إلى مطالبتنا برد ما دفعته لك أو بدفع فاتورة تلقيتها من مقدم الخدمات. كما يوضح كيفية إرسال الأوراق التي تطلب منا الدفع.

إذا طلبت استرداد ما دفعته فأنت تطلب قرار تغطية. سنتحقق مما إذا كانت الخدمة أو المنتج الذي دفعت ثمنه مغطى وما إذا كنت قد اتبعت جميع قواعد استخدام تغطيتك.

- إذا كانت الخدمة أو المنتج الذي دفعت ثمنه مغطى واتبعت جميع القواعد، فسنرسل لك الدفعة الخاصة بالخدمة أو المنتج عادةً خلال 30 يومًا تقويميًا دون أن نتجاوز 60 يومًا تقويميًا من استلامنا لطلبك.
 - إذا لم تكن قد دفعت ثمن الخدمة أو المنتج بعد، فسنرسل الدفعة مباشرة إلى مقدم الخدمات. عندما نرسل الدفعة فهذا يُعد موافقة على طلبك للحصول على قرار تغطية.
 - إذا لم تكن الخدمة أو المنتج مغطى أو لم تتبع جميع القواعد، فسنرسل إليك خطابًا نخبرك فيه أننا لن ندفع مقابل تلك الخدمة أو المنتج مع شرح الأسباب.
- إذا كنت لا توافق على قرارنا بعدم الدفع، فيمكنك تقديم استئناف. اتبع إجراءات الاستئناف الموضحة في القسم 3. عند اتباع هذه التعليمات، يرجى ملاحظة ما يلي:
- إذا قدمت استئنافًا لنرد لك ما دفعته، فيجب أن نقدم لك ردنا خلال 30 يومًا تقويميًا بعد أن نتلقى استئنافك.
- إذا كانت إجابتنا على استئنافك هي الرفض وكان برنامج Medicare يغطي الخدمة أو المنتج عادةً، فسنرسل حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة. سنرسل لك خطابًا إذا حدث ذلك.
- إذا نقضت منظمة المراجعة المستقلة قرارنا وقالت إنه يجب علينا الدفع لك، فيجب علينا إرسال الدفعة إليك أو إلى مقدم الخدمات خلال 30 يومًا تقويميًا. إذا كانت الإجابة على استئنافك هي الموافقة في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف بعد المستوى 2، فيجب علينا إرسال الدفعة إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية خلال 60 يومًا تقويميًا.
 - إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة استئنافك، فهذا يعني أنها توافق على أنه لا ينبغي لنا الموافقة على طلبك. يطلق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك". سنتلقى خطابًا يشرح حقوق الاستئناف الإضافية التي قد تكون لديك. راجع القسم 4 لمزيد من المعلومات عن مستويات الاستئناف الإضافية.
- إذا كانت إجابتنا على استئنافك هي الرفض وكان برنامج Michigan Medicaid يغطي الخدمة أو المنتج عادةً، فيمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 بنفسك. راجع القسم 4 لمزيد من المعلومات.

ز. أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare

تشمل مزايا عضويتك في خطتنا تغطية العديد من الأدوية. معظم هذه الأدوية هي أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare. هناك بعض الأدوية التي لا يغطيها الجزء "د" من برنامج Medicare والتي قد يغطيها برنامج Michigan Medicaid. ينطبق هذا القسم فقط على استثناءات أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare. سنقول "الدواء" في بقية هذا القسم بدلاً من قول "أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare" كل مرة. بالنسبة للأدوية التي يغطيها برنامج Medicaid فقط، اتبع الإجراءات الواردة في القسم هـ.

يجب استخدام الدواء لغرض طبي مقبول لكي يتم تغطيته. هذا يعني أن الدواء معتمد من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو مدعوم بمراجع طبية معينة. راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن الغرض الطبي المقبول.

ز1. قرارات واستثناءات تغطية الجزء "د" من برنامج Medicare

فيما يلي أمثلة على قرارات التغطية التي تطلب منا اتخاذها بشأن أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare الخاصة بك:

- تستطيع أن تطلب منا عمل استثناء بما في ذلك أن تطلب منا ما يلي:
 - تغطية دواء ضمن الجزء "د" من برنامج Medicare غير مدرج في قائمة أدوية خطتنا أو
 - إلغاء قيد على تغطيتنا لدواء ما (مثل الحدود على الكمية التي يمكنك الحصول عليها)
 - أن تسألنا عما إذا كان دواء معين مغطى لك (مثلاً عندما يكون دواؤك مدرجاً في قائمة أدوية خطتنا ولكن يجب علينا الموافقة عليه لك قبل أن نغطيه).
- ملاحظة:** إذا أخبرتك الصيدلية التي تتعامل معها أنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية كما هي مكتوبة، فستقدم لك الصيدلية إشعاراً كتابياً يشرح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار تغطية.

يُطلق على قرار التغطية الأولي بشأن أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare اسم "قرار التغطية".

- تطلب منا أن ندفع مقابل دواء اشتريته بالفعل. هذا طلب للحصول على قرار تغطية متعلق بالدفع.

إذا كنت لا توافق على قرار تغطية اتخذناه، فيمكنك الاستئناف ضد قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب قرارات التغطية وكيفية تقديم استئناف. استخدم الجدول التالي لمساعدتك.

في أي من هذه المواقف أنت؟			
أنت بحاجة إلى دواء غير مدرج في قائمتنا للأدوية أو تحتاج منا إلغاء قاعدة أو قيد على دواء تغطيه.	تريد منا تغطية دواء مدرج في قائمتنا للأدوية، وتعتقد أنك تستوفي قواعد أو قيود الخطة (مثل الحصول على موافقة مسبقة) للدواء الذي تحتاجه.	تريد أن تطلب منا أن نرد لك ما دفعته مقابل دواء حصلت عليه بالفعل ودفعت ثمنه.	أخبرناك أننا لن نغطي أو ندفع مقابل دواء بالطريقة التي تريدها.
يمكنك أن تطلب منا عمل استثناء. (هذا نوع من أنواع قرارات التغطية).	يمكنك أن تطلب منا قرار تغطية.	يمكنك أن تطلب منا أن نرد لك ما دفعته. (هذا نوع من أنواع قرارات التغطية).	يمكنك تقديم استئناف. (هذا يعني أنك تطلب منا إعادة النظر).
ابدأ بالقسم 2، ثم راجع القسمين 3 و 4.	راجع القسم 4.	راجع القسم 4.	راجع القسم 5.

2. استثناءات الجزء "د" من برنامج Medicare

إذا لم نقم بتغطية دواء بالطريقة التي ترغب بها، يمكنك أن تطلب منا عمل "استثناء". إذا رفضنا طلبك للحصول على استثناء، يمكنك الاستئناف ضد قرارنا.

عندما تطلب استثناء، يحتاج طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء إلى شرح الأسباب الطبية التي تجعلك بحاجة إلى هذا الاستثناء.

يُطلق أحيانًا على طلب تغطية دواء غير مدرج في قائمتنا للأدوية أو طلب إلغاء القيود المفروضة على دواء ما اسم طلب استثناء كتيب الوصفات.

يُطلق أحيانًا على طلب دفع سعر أقل لدواء غير مفضل مغطى اسم طلب استثناء من الشريحة.

فيما يلي بعض الأمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء أن تطلب منا القيام بها:

1. تغطية دواء غير مدرج ضمن قائمتنا للأدوية

- إذا وافقنا على إجراء استثناء وتغطية دواء غير مدرج ضمن قائمتنا للأدوية، فستدفع رسوم المشاركة التي تنطبق على الأدوية في الشريحة 4.

- لا يمكنك الحصول على استثناء من رسوم المشاركة المطلوبة للدواء.

2. إلغاء قيد مفروض على دواء مغطى

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- تطبق قواعد أو قيود إضافية على بعض الأدوية المدرجة ضمن قائمتنا للأدوية (راجع الفصل 5 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات).
- تتضمن القواعد والقيود الإضافية لبعض الأدوية ما يلي:
 - يُشترط استخدام النسخة العامة من الدواء بدلاً من الدواء ذي العلامة التجارية.
 - الحصول على موافقتنا مسبقاً قبل أن نوافق على تغطية دواء لك. يطلق على ذلك أحياناً اسم "الموافقة المسبقة".
 - يُشترط تجربة دواء مختلف أولاً قبل الموافقة على تغطية الدواء الذي تطلبه. يطلق على ذلك أحياناً اسم "العلاج التدريجي".
 - حدود الكمية. بالنسبة لبعض الأدوية، توجد قيود على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها.
- إذا وافقنا على استثناء لك وقمنا بإلغاء قيد ما، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ رسوم المشاركة الذي يتعين عليك دفعه.
- 3. **تغيير تغطية دواء ما إلى شريحة مشاركة تكاليف أقل.** كل دواء ضمن قائمتنا للأدوية يندرج ضمن إحدى الشرائح التسعة لمشاركة التكاليف. بشكل عام، كلما انخفض رقم شريحة مشاركة التكاليف قلّ مبلغ رسوم المشاركة المطلوب منك.
- غالباً ما تتضمن قائمتنا للأدوية أكثر من دواء واحد لعلاج حالة مرضية معينة. تسمى هذه الأدوية بالأدوية "البديلة".
- إذا كان الدواء البديل لحالتك الطبية يقع ضمن شريحة مشاركة تكاليف أقل من الدواء الذي تتناوله، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ مشاركة التكاليف الخاص بالدواء البديل. سيؤدي ذلك إلى خفض مبلغ رسوم المشاركة الذي تدفعه مقابل الدواء.
 - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً ذي علامة تجارية، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ مشاركة تكاليف لأقل شريحة من البدائل ذات العلامات التجارية لحالتك.
 - إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً عاماً، فيمكنك أن تطلب منا تغطيته بمبلغ مشاركة تكاليف لأقل شريحة من البدائل ذات العلامات التجارية أو العامة لحالتك.
- لا يمكنك أن تطلب منا تغيير شريحة مشاركة التكاليف لأي دواء في الشريحة 5 (التخصصية).
- إذا وافقنا على طلب استثناء من شريحتك وكان هناك أكثر من شريحة واحدة أقل لمشاركة التكاليف لها أدوية بديلة لا يمكنك تناولها، فعادةً ما تدفع أقل مبلغ.

3. أمور مهمة يجب معرفتها عند طلب استثناء

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

يجب على طبيبك أو أي طبيب آخر وصف الدواء أن يخبرنا بالأسباب الطبية.

يجب على طبيبك أو أي طبيب آخر وصف الدواء أن يقدم لنا بياناً يوضح فيه الأسباب الطبية لطلب الاستثناء. للحصول على قرار أسرع، أدرج هذه المعلومات الطبية من طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء عند طلب الاستثناء.

غالبًا ما تتضمن قائمة الأدوية أكثر من دواء واحد لعلاج حالة مرضية معينة. تسمى هذه الأدوية بالأدوية «البديلة». إذا كان الدواء البديل فعالاً بنفس قدر الدواء الذي تطلبه ولن يسبب المزيد من الآثار الجانبية أو مشاكل صحية أخرى، فإننا عموماً لا نوافق على طلب الاستثناء الخاص بك. إذا طلبت منا استثناءً من الشريحة، فإننا عموماً لا نوافق على طلب الاستثناء الخاص بك إلا إذا كانت جميع الأدوية البديلة في شريحة مشاركة التكاليف الأقل لن تعمل بشكل جيد لحالتك أو من المحتمل أن تسبب رد فعل سلبي أو ضرراً آخر.

بإمكاننا أن نوافق على طلبك أو نرفضه.

- إذا وافقنا على طلب الاستثناء الخاص بك، فعادةً ما يستمر الاستثناء حتى نهاية السنة التقويمية. هذا صحيح ما دام طبيبك مستمرًا في وصف الدواء لك وظل هذا الدواء آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- إذا رفضنا طلبك الاستثناء الخاص بك، يمكنك تقديم استئناف. راجع القسم 5 للحصول على معلومات عن تقديم استئناف إذا رفضنا طلبك.

يوضح لك القسم التالي كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء.

4. طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء

- اطلب نوع قرار التغطية الذي تريده عن طريق الاتصال على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، أو الكتابة إلينا أو إرسال فاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو أي طبيب آخر يصف الدواء) القيام بذلك. يُرجى كتابة اسمك ومعلومات الاتصال بك ومعلومات عن المطالبة.
- يمكنك أنت أو طبيبك (أو أي طبيب آخر يصف الدواء) أو أي شخص آخر يتصرف نيابةً عنك طلب قرار تغطية. يمكنك أيضاً الاستعانة بمحامٍ ليتصرف نيابةً عنك.
- راجع القسم 3 لمعرفة كيفية تعيين شخص ما كممثل لك.
- لست بحاجة إلى إعطاء إذن كتابي لطبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء لطلب قرار تغطية نيابةً عنك.
- إذا كنت ترغب في مطالبتنا برد ما دفعته مقابل دواء ما، راجع الفصل 7 من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- إذا طلبت استثناءً، فقدم لنا "بياناً داعماً" لطلبك. يتضمن البيان الداعم الأسباب الطبية التي ذكرها طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء لطلب الاستثناء.
- يمكن لطبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء أن يرسل لنا البيان الداعم عبر الفاكس أو البريد. ويمكنهم أيضاً إخبارنا عبر الهاتف ثم إرسال البيان بالفاكس أو البريد.

اطلب منا "قرار تغطية سريع" إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

إننا نستخدم «المواعيد النهائية القياسية» ما لم نتفق على استخدام «المواعيد النهائية السريعة».

- **قرار التغطية القياسي** يعني أننا سنقدم لك إجابة خلال 72 ساعة بعد حصولنا على بيان طبيبك.
- **قرار التغطية السريع** يعني أننا سنقدم لك إجابة خلال 24 ساعة بعد حصولنا على بيان طبيبك.

يطلق على "قرار التغطية السريع" اسم "قرار تغطية عاجل".

يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إذا:

- كان لدواء لم تحصل عليه. لا يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع إذا كنت تطلب منا رد ما دفعته لك مقابل دواء اشتريته بالفعل.
- ستتضرر صحتك أو قدرة وظائف جسمك بشكل خطير إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية.
- إذا أخبرنا طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء أن حالتك الصحية تتطلب قرار تغطية سريع، فإننا نوافق ونقدمه لك. سنرسل لك خطابًا يخبرك بذلك.
- إذا طلبت قرار تغطية سريع دون دعم من طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء، فنحن من يقرر ما إذا كنت ستحصل على قرار تغطية سريع.
- إذا قررنا أن حالتك الطبية لا تفي بمتطلبات قرار التغطية السريع فسنستخدم المواعيد النهائية القياسية بدلاً من ذلك.
 - سنرسل لك خطابًا يخبرك بذلك. يوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم شكوى بشأن قرارنا.
 - يمكنك تقديم شكوى سريعة والحصول على رد خلال 24 ساعة. لمزيد من المعلومات عن تقديم الشكاوى، بما في ذلك الشكاوى السريعة، راجع القسم ك.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية سريع

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك ردنا خلال 24 ساعة بعد استلامنا لطلبك. إذا طلبت استثناءً، فسندعم لك ردنا خلال 24 ساعة بعد حصولنا على البيان الداعم من طبيبك. سنقدم لك ردنا في وقت أسرع إذا طلبت حالتك الصحية ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة. راجع القسم 6 لمزيد من المعلومات عن الاستئناف من المستوى 2.
- إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فسنمنحك التغطية خلال 24 ساعة بعد استلامنا لطلبك أو للبيان الداعم من طبيبك.
- إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطابًا بأسباب ذلك. يوضح لك الخطاب أيضًا كيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية قياسي لدواء لم تحصل عليه

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية القياسية، يجب أن نقدم لك ردنا خلال 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك. إذا طلبت استثناءً، فسندم لك ردنا خلال 72 ساعة بعد حصولنا على البيان الداعم من طبيبك. سنقدم لك ردنا في وقت أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فسنمنحك التغطية خلال 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك أو للبيان الداعم من طبيبك للاستثناء.
- إذا رفضنا جزءاً من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطاباً بأسباب ذلك. يوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لاتخاذ قرار تغطية قياسي لدواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نقدم لك ردنا خلال 14 يوماً تقويمياً بعد استلامنا لطلبك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فسنرسل طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف للمراجعة من قبل منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فسنرد لك ما دفعته خلال 14 يوماً تقويمياً.
- إذا رفضنا جزءاً من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطاباً بأسباب ذلك. يوضح لك الخطاب أيضاً كيفية تقديم استئناف.

5. تقديم طلب استئناف من المستوى 1

يطلق على الاستئناف المقدم إلى خطتنا بشأن قرار تغطية أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare اسم "إعادة البت في القرار" للخطة.

- ابدأ استئنافك القياسي أو السريع عن طريق الاتصال بالرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، أو الكتابة إلينا، أو إرسال فاكس. يمكنك أنت أو ممثلك أو طبيبك (أو أي طبيب آخر يصف الدواء) القيام بذلك. يُرجى كتابة اسمك ومعلومات الاتصال بك ومعلومات عن استئنافك.
- يجب عليك تقديم طلب استئناف خلال 65 يوماً تقويمياً من تاريخ الخطاب الذي أرسلناه لإبلاغك بقرارنا.
- إذا فاتك الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لتأخرك، فقد نمنحك المزيد من الوقت لتقديم استئنافك. من الأمثلة على الأسباب الوجيهة أشياء مثل إصابتك بمرض خطير أو أننا قدمنا لك معلومات خاطئة بشأن الموعد النهائي. اشرح سبب تأخر تقديم استئنافك عند تقديمه.
- يحق لك أن تطلب منا نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة باستئنافك. يمكنك أنت وطبيبك أيضاً تزويدنا بمزيد من المعلومات لدعم طلب استئنافك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

اطلب استثناءً سريعاً إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

يُطلق على الاستثناء السريع أيضاً اسم "إعادة البت العاجلة في القرار".

- إذا تقدمت باستثناء ضد قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه، فإنك وطبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء تقرررون ما إذا كنت بحاجة إلى استثناء سريع.
- متطلبات الاستثناء السريع هي نفسها متطلبات قرار التغطية السريع. راجع القسم 4 لمزيد من المعلومات.

سننظر في استثناءك ونقدم لك ردنا.

- إننا نقوم بمراجعة استثناءك ونلقي نظرة أخرى دقيقة على جميع المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك.
- سنتحقق مما إذا كنا قد اتبعنا القواعد عندما رفضنا طلبك.
- قد نتصل بك أو بطبيبك أو بالطبيب الآخر الذي يصف الدواء للحصول على مزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية لتقديم استثناء سريع في المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية السريعة، يجب أن نقدم لك ردنا خلال 72 ساعة بعد استلامنا لاستثناءك.
 - سنقدم لك ردنا في وقت أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
 - إذا لم نعطك إجابة خلال 72 ساعة فسيتم علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستثناء. ستقوم منظمة مراجعة مستقلة بعد ذلك بمراجعتك. راجع القسم 6 للحصول على معلومات عن منظمة المراجعة وعملية الاستثناء من المستوى 2.
- إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فيجب علينا أن نقدم التغطية التي وافقنا على تقديمها خلال 72 ساعة بعد استلامنا لطلب استثناءك.
- إذا رفضنا جزءاً من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطاباً نوضح فيه الأسباب ونخبرك بكيفية تقديم استثناء.

المواعيد النهائية لتقديم استثناء عادي في المستوى 1

- إذا استخدمنا المواعيد النهائية العادية، يجب أن نقدم لك ردنا خلال 7 أيام تقويمية بعد أن نتلقى استثناءك للدواء الذي لم تحصل عليه.
- سنقدم لك قرارنا في وقت أسرع إذا لم تحصل على الدواء وكانت حالتك الصحية تتطلب ذلك. اطلب استثناءً سريعاً إذا كنت تعتقد أن حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا لم نعطك قرارًا خلال 7 أيام تقويمية فسيتم علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ستقوم منظمة مراجعة مستقلة بعد ذلك بمراجعته. راجع القسم 6 للحصول على معلومات عن منظمة المراجعة وعملية الاستئناف من المستوى 2.

إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله:

- يجب علينا توفير التغطية التي اتفقنا على تقديمها بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، ولكن دون أن نتجاوز 7 أيام تقويمية بعد استلامنا لاستئنافك.
- يجب علينا إرسال المبلغ إليك مقابل الدواء الذي اشتريته خلال 30 يومًا تقويميًا بعد استلامنا لاستئنافك.

إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو كله:

- سنرسل لك خطابًا نوضح فيه الأسباب ونخبرك بكيفية تقديم استئناف.
- يجب أن نقدم لك ردنا بشأن رد ما دفعته مقابل الدواء الذي اشتريته خلال 14 يومًا تقويميًا بعد استلامنا لاستئنافك.
- إذا لم نعطك قرارًا خلال 14 يومًا تقويميًا فسيتم علينا إرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الاستئناف. ستقوم منظمة مراجعة مستقلة بعد ذلك بمراجعته. راجع القسم 6 للحصول على معلومات عن منظمة المراجعة وعملية الاستئناف من المستوى 2.
- إذا وافقنا على جزء من طلبك أو كله، فسيتم علينا أن ندفع لك خلال 30 يومًا تقويميًا بعد استلامنا لطلبك.
- إذا رفضنا جزءًا من طلبك أو كله، فسنرسل لك خطابًا نوضح فيه الأسباب ونخبرك بكيفية تقديم استئناف.

6. تقديم طلب استئناف من المستوى 2

إذا رفضنا استئنافك من المستوى 1، فيمكنك قبول قرارنا أو تقديم استئناف آخر. إذا قررت تقديم استئناف آخر، فستستخدم عملية الاستئناف من المستوى 2. تقوم منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة قرارنا عندما رفضنا استئنافك الأول. هذه المنظمة هي التي تقرر ما إذا كان ينبغي علينا تغيير قرارنا.

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو "هيئة المراجعة المستقلة"، ويطلق عليها أحيانًا اسم "IRE".

لتقديم استئناف من المستوى 2، يجب عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو أي طبيب آخر يصف الدواء الاتصال بمنظمة المراجعة المستقلة كتابيًا وطلب مراجعة حالتك.

- إذا رفضنا استئنافك من المستوى 1، فإن الخطاب الذي نرسله إليك يتضمن تعليمات عن كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة. توضح التعليمات من يمكنه تقديم طلب الاستئناف من المستوى 2، وما هي المواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها، وكيفية الوصول إلى المنظمة.
- عندما تقدم استئنافًا إلى منظمة المراجعة المستقلة، فإننا نرسل المعلومات التي لدينا عن استئنافك إلى المنظمة. تُسمى هذه المعلومات "ملف حالتك". يحق لك الحصول على نسخة مجانية من ملف حالتك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- يحق لك تقديم معلومات إضافية إلى منظمة المراجعة المستقلة لدعم استئنافك.

تقوم منظمة المراجعة المستقلة بمراجعة استئنافك من المستوى 2 بشأن الجزء "د" من برنامج Medicare وتقدم لك ردًا كتابيًا. راجع القسم 4 لمزيد من المعلومات عن منظمة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية لتقديم استئناف سريع في المستوى 2

اطلب استئنافًا سريعًا من منظمة المراجعة المستقلة إذا كانت حالتك الصحية تتطلب ذلك.

- إذا وافقت على الاستئناف السريع، فيجب عليها إعطائك ردًا خلال 72 ساعة من استلام طلبك للاستئناف.
- إذا وافقت على جزء من طلبك أو كله، فيجب علينا أن نقدم تغطية الأدوية المعتمدة خلال 24 ساعة بعد استلامنا قرار منظمة المراجعة المستقلة.

المواعيد النهائية لتقديم استئناف عادي في المستوى 2

إذا كان لديك استئناف عادي في المستوى 2، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن تقدم لك ردًا:

- خلال 7 أيام تقويمية بعد أن تتلقى استئنافك للدواء الذي لم تحصل عليه.
 - خلال 14 يومًا تقويميًا بعد استلام استئنافك لاسترداد مقابل الدواء الذي اشتريته.
- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء من طلبك أو كله:

- يجب علينا أن نقدم تغطية الأدوية المعتمدة خلال 72 ساعة بعد استلامنا قرار منظمة المراجعة المستقلة.
- يجب أن نرد لك ما دفعته مقابل الدواء الذي اشتريته خلال 30 يومًا تقويميًا بعد استلامنا لقرار منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة استئنافك، فهذا يعني أنها توافق على قرارنا بعدم الموافقة على طلبك. يطبق على ذلك "تأييد القرار" أو "رفض استئنافك".

إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة استئنافك من المستوى 2، فلديك الحق في استئناف من المستوى 3 إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الأدوية التي تطلبها تفي بالحد الأدنى للقيمة الدلالية. إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الأدوية التي تطلبها أقل من الحد الأدنى المطلوب، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر. في هذه الحالة يكون قرار الاستئناف من المستوى 2 نهائيًا. سترسل لك منظمة المراجعة المستقلة خطابًا يوضح لك الحد الأدنى للقيمة الدلالية المطلوبة لمواصلة الاستئناف من المستوى 3.

إذا كانت القيمة الدلالية لطلبك تفي بالمتطلبات، فلك الخيار فيما إذا كنت تريد مواصلة استئنافك.

- توجد ثلاثة مستويات إضافية في عملية الاستئناف بعد المستوى 2.
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة استئنافك من المستوى 2، وكنت تستوفي شرط مواصلة عملية الاستئناف، فأنت:

○ تقرر ما إذا كنت ترغب في تقديم استئناف من المستوى 3.

- راجع الخطاب الذي أرسلته لك منظمة المراجعة المستقلة بعد استئنافك من المستوى 2 للحصول على تفاصيل عن كيفية تقديم استئناف من المستوى 3.

يتولى قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني التعامل مع الاستئنافات من المستوى 3. راجع القسم 3 للحصول على معلومات عن الاستئناف من المستوى 3 و 4 و 5.

ح. مطالبتنا بتغطية إقامة أطول في المستشفى

عند دخولك المستشفى يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى التي نغطيها والتي تعتبر ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك. لمزيد من المعلومات عن تغطية المستشفى ضمن خطتنا راجع الفصل 4 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

خلال فترة إقامتك المغطاة في المستشفى سيعمل طبيبك والعاملين بالمستشفى معك للتخضير ليوم مغادرتك منها. كما أنهم يساعدون في ترتيب الرعاية التي قد تحتاجها بعد مغادرتك.

- يُطلق على اليوم الذي تغادر فيه المستشفى اسم "تاريخ الخروج".

- سيخبرك طبيبك أو العاملين بالمستشفى بموعد خروجك منها.

إذا كنت تعتقد أنه يُطلب منك مغادرة المستشفى قبل الأوان أو كنت قلقاً بشأن رعايتك بعد مغادرة المستشفى، فيمكنك طلب إقامة أطول في المستشفى. يشرح هذا القسم كيفية طلب ذلك.

ح1. معرفة حقوقك في برنامج Medicare

خلال يومين من دخولك إلى المستشفى سيقوم شخص ما في المستشفى مثل الممرضة أو المسؤول عن الحالة بإعطائك إشعاراً كتابياً بعنوان "رسالة مهمة من برنامج Medicare عن حقوقك". يحصل كل عضو في برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار كلما سُحِّحَ له بدخول المستشفى.

إذا لم تستلم الإشعار فاطلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة. كما يمكنك الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

- اقرأ الإشعار بعناية واسأل إذا لم تفهم. يخبرك هذا الإشعار بحقوقك كمريض في المستشفى، بما في ذلك حقوقك في:

- الحصول على الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها. يحق لك أن تعرف ما هي هذه الخدمات ومن سيدفع مقابلها وأين يمكنك الحصول عليها.

- المشاركة في أي قرارات تتعلق بمدة إقامتك في المستشفى.

- معرفة أين يمكنك الإبلاغ عن أي مخاوف لديك بشأن جودة الرعاية التي تتلقاها في المستشفى.

- تقديم استئناف إذا كنت تعتقد أنه سيتم إخراجك من المستشفى قبل الأوان.

- **وقع على الإشعار لإثبات أنك استلمته وأنت تفهم حقوقك.**
 - يمكنك أنت أو شخص يتصرف نيابة عنك التوقيع على الإشعار.
 - إن توقيع الإشعار يُظهر فقط أنك حصلت على المعلومات المتعلقة بحقوقك. التوقيع لا يعني موافقتك على تاريخ الخروج الذي قد يكون طبيبك أو العاملين بالمستشفى قد أخبروك به.
- **احتفظ بنسخة من الإشعار الموقع حتى تكون لديك المعلومات إذا احتجت إليها.**
 - إذا وقعت الإشعار قبل أكثر من يومين من يوم مغادرتك المستشفى فستحصل على نسخة أخرى قبل خروجك.
 - يمكنك الاطلاع على نسخة من الإشعار مسبقًا إذا:
- اتصلت بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة.
- اتصلت ببرنامج Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800 MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
- تقضل زيارة www.cms.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

2. تقديم طلب استئناف من المستوى 1

- لطلب تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين لفترة أطول يُرجى تقديم استئناف. تقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة طلب الاستئناف من المستوى 1 لمعرفة ما إذا كان تاريخ الخروج المخطط له مناسبًا لك طبيًا.
- منظمة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء وغيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية. يقوم هؤلاء الخبراء بالفحص والمساعدة في تحسين الجودة لأعضاء برنامج Medicare. إنها ليست جزءًا من خطتنا.
- منظمة تحسين الجودة في Michigan هي Commence Health. اتصل بها على الرقم 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775). توجد معلومات الاتصال أيضًا في الإشعار بعنوان "رسالة مهمة من برنامج Medicare عن حقوقك"، وفي الفصل 2.

اتصل بمنظمة تحسين الجودة قبل مغادرة المستشفى في موعد لا يتجاوز تاريخ خروجك المخطط له.

- إذا اتصلت قبل مغادرتك، يمكنك البقاء في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له دون دفع أي تكاليف أثناء انتظارك لقرار منظمة تحسين الجودة بشأن استئنافك.
- إذا لم تتصل لتقديم استئناف، وقررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له، فقد تتحمل جميع تكاليف الرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له.
- اطلب مساعدة إذا كنت بحاجة إليها. إذا كانت لديك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة في أي وقت:
- اتصلت بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة.

- اتصل بـ MI Options على الرقم 1-800-803-7174 (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً. **اطلب مراجعة سريعة.** بادر بالتحرك بسرعة واتصل بمنظمة تحسين الجودة لطلب مراجعة سريعة لخروجك من المستشفى.

المصطلح القانوني لـ "المراجعة السريعة" هو "المراجعة الفورية" أو "المراجعة العاجلة".

ماذا يحدث أثناء المراجعة السريعة

- سيسألك المراجعون في منظمة تحسين الجودة أو ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية بعد تاريخ الخروج المخطط له. لست ملزمًا بكتابة بيان ولكن يمكنك فعل ذلك.
- يقوم المراجعون بالاطلاع على معلوماتك الطبية والتحدث مع طبيبك ومراجعة المعلومات التي قدمتها لهم المستشفى وخطتنا.
- بحلول ظهر اليوم التالي لإبلاغ المراجعين خطتنا بشأن استئنافك ستتلقى خطابًا يتضمن تاريخ خروجك المخطط له. كما يوضح الخطاب الأسباب التي تجعل طبيبك والمستشفى وتجعلنا نعتقد أن هذا هو تاريخ الخروج المناسب لك من الناحية الطبية.

المصطلح القانوني لهذا التوضيح المكتوب هو "الإشعار التفصيلي بالخروج". يمكنك الحصول على عينة عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة أو على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048). يمكنك أيضًا الاطلاع على نموذج الإشعار عبر الإنترنت على الرابط التالي: www.cms.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

خلال يوم كامل بعد الحصول على جميع المعلومات التي تحتاجها، ستقدم لك منظمة تحسين الجودة ردها على استئنافك.

إذا وافقت منظمة تحسين الجودة على استئنافك:

- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة ما دامت هذه الخدمات ضرورية طبيًا.

إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك:

- فهي تعتقد أن تاريخ خروجك المخطط له مناسب طبيًا.
- ستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى للمرضى الداخليين في ظهر اليوم التالي لرد منظمة تحسين الجودة على استئنافك.
- قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية الصحية التي تتلقاها في المستشفى بعد ظهر اليوم التالي لرد منظمة تحسين الجودة على استئنافك.
- يمكنك تقديم استئناف من المستوى 2 إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 1 وبقيت في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

ح3. تقديم طلب استئناف من المستوى 2

بالنسبة للاستئناف من المستوى 2، فاطلب من منظمة تحسين الجودة إعادة النظر في القرار الذي اتخذته بشأن استئنافك من المستوى 1. اتصل بها على الرقم 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

يجب عليك طلب هذه المراجعة خلال 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي رفضت فيه منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا بقيت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.

سيقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بما يلي:

- إلقاء نظرة أخرى دقيقة على جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك.
- إبلاغك بقرارهم بشأن استئنافك من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام طلبك لإجراء مراجعة ثانية.

إذا وافقت منظمة تحسين الجودة على استئنافك:

- يجب علينا أن نرد لك ما دفعته مقابل الرعاية في المستشفى منذ ظهر اليوم التالي لتاريخ رفض منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 1.
- سنقدم لك خدمات المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة ما دامت هذه الخدمات ضرورية طبيًا.

إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك:

- فهي توافق على قرارها بشأن استئنافك من المستوى 1 ولن تغيره.
- سنقدم لك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف وتقديم استئناف المستوى 3.

يتولى قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني التعامل مع الاستئنافات من المستوى 3. راجع القسم 5 للحصول على معلومات عن الاستئناف من المستوى 3 و 4 و 5.

ط. مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة

يتناول هذا القسم ثلاثة أنواع فقط من الخدمات التي قد تحصل عليها:

- خدمات الرعاية الصحية المنزلية
- الرعاية التمريضية المتخصصة في مرفق ترميز متخصص، و
- الرعاية التأهيلية لمرضى العيادات الخارجية في مرفق إعادة تأهيل شامل لمرضى العيادات الخارجية معتمد من برنامج Medicare. هذا يعني عادةً أنك تتلقى علاجًا لمرض أو حادث أو أنك تتعافى من عملية جراحية كبرى.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

مع أي من هذه الأنواع الثلاثة من الخدمات، يحق لك الحصول على الخدمات المغطاة ما دام الطبيب يقول إنك بحاجة إليها. عندما نقرر التوقف عن تغطية أي من خدماتك، يجب علينا إبلاغك قبل انتهائها. عندما تنتهي تغطيتك لتلك الخدمة فإننا نتوقف عن دفع مقابلها. إذا كنت تعتقد أننا ننهي تغطية رعايتك قبل الأوان، فيمكنك الاستئناف ضد قرارنا. يشرح هذا القسم كيفية طلب استئناف.

ط1. الإشعار المسبق قبل انتهاء التغطية

سنرسل إليك إشعارًا كتابيًا تتلقاه قبل يومين على الأقل من توقفنا عن دفع مقابل رعايتك. يطلق على ذلك «إشعار بعدم تغطية برنامج Medicare». سيخبرك الإشعار بتاريخ توقفنا عن تغطية رعايتك وكيفية الاستئناف ضد قرارنا. يجب عليك أو على ممثلك التوقيع على الإشعار لإثبات استلامك له. إن توقيع الإشعار يُظهر فقط أنك حصلت على المعلومات. التوقيع لا يعني موافقتك على قرارنا.

ط2. تقديم طلب استئناف من المستوى 1

إذا كنت تعتقد أننا ننهي تغطية رعايتك قبل الأوان، فيمكنك الاستئناف ضد قرارنا. يشرح هذا القسم عملية الاستئناف من المستوى 1 وما يجب فعله.

- **التزم بالمواعيد النهائية.** المواعيد النهائية مهمة. افهم والتزم بالمواعيد النهائية التي تنطبق على الأمور التي يجب عليك القيام بها. يجب أن تلتزم خططنا بالمواعيد النهائية أيضًا. إذا كنت تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية، فيمكنك تقديم شكوى. راجع القسم ك لمزيد من المعلومات عن الشكاوى.

- **اطلب مساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو احتجت إلى مساعدة في أي وقت:

- اتصل بمنسق رعايتك.
- اتصلت بخدمات الأعضاء على الرقم الوارد أسفل الصفحة.
- اتصل بـ MI Options على الرقم 1-800-803-7174 (TTY 711)، من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8:30 صباحًا حتى 5 مساءً.
- اتصل بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) للحصول على مساعدة مجانية. يمكن لـ MI CHHO مساعدتك في الأسئلة أو المشكلات المتعلقة ببرنامج MICH أو خططنا. يعد برنامج MI CHHO برنامجًا مستقلًا وليس مرتبطًا بهذه الخطة. رقم الهاتف 1-888-746-6456.

- **برنامج مسؤول الشكاوى للرعاية طويلة الأجل في Michigan (MLTCOP) - يسعى برنامج MLTCOP إلى تحسين جودة الرعاية ونوعية الحياة التي يعيشها المقيمون في دور الرعاية ودور المسنين ودور رعاية البالغين. يشمل برنامج MLTCOP كلاً من برنامج مسؤول الشكاوى للولاية والموظفين وشبكة مسؤولي الشكاوى المحليين الذين يقوم برنامج مسؤول الشكاوى للولاية بتدريبهم وتعيينهم والإشراف عليهم. للتواصل مع مسؤول الشكاوى المحلي في منطقتك، اتصل على الرقم 866-485-9393 أو أرسل لنا بريداً إلكترونياً على mltcop.org/contact.**

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

• تواصل مع منظمة تحسين الجودة

○ راجع القسم ح2 أو الفصل 2 من كتيب دليل الأعضاء هذا لمزيد من المعلومات عن منظمة تحسين الجودة وكيفية الاتصال بها.

○ اطلب منها مراجعة طلب استئنافك واتخاذ قرار بشأن تغيير قرار خطتنا.

• تصرف بسرعة واطلب "استئنافاً سريعاً". اسأل منظمة تحسين الجودة عما إذا كان من المناسب طبيًا أن ننهي تغطية خدماتك الطبية.

موعدك النهائي للتواصل مع هذه المنظمة

• يجب عليك التواصل مع منظمة تحسين الجودة لبدء استئنافك بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ السريان المذكور في "الإشعار بعدم تغطية برنامج Medicare" الذي أرسلناه إليك.

المصطلح القانوني للإشعار الكتابي هو "الإشعار بعدم تغطية برنامج Medicare". للحصول على نسخة اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة أو اتصّب ببرنامج Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. أو احصل على نسخة عبر الإنترنت على الموقع www.cms.gov/Medicare/Medicare-General-Information/BNI/FFS-Expedited-Determination-Notices

ماذا يحدث أثناء الاستئناف السريع

- سيسألك المراجعون في منظمة تحسين الجودة أو ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية. لست ملزمًا بكتابة بيان ولكن يمكنك فعل ذلك.
- يقوم المراجعون بالاطلاع على معلوماتك الطبية والتحدث مع طبيبك ومراجعة المعلومات التي قدمتها لهم خطتنا.
- كما تتضمن خطتنا إرسال إشعار كتابي إليك يشرح أسبابنا في إنهاء تغطية خدماتك. ستتلقى الإشعار بنهاية اليوم الذي يبلغنا فيه المراجعون باستئنافك.

المصطلح القانوني لشرح الإشعار هو "الشرح المفصل لعدم التغطية".

• سيبلغك المراجعون بقرارهم خلال يوم كامل بعد حصولهم على جميع المعلومات التي يحتاجونها.

إذا وافقت منظمة تحسين الجودة على استئنافك:

• سنقدم لك خدماتك المغطاة ما دامت ضرورية طبيًا.

إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك:

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- تنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك به.
- سنتوقف عن دفع تكاليف هذه الرعاية في التاريخ المذكور في الإشعار.
- ستتحمل أنت التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك إذا قررت الاستمرار في خدمات الرعاية الصحية المنزلية، أو رعاية مرافق التمريض المتخصصة، أو خدمات مرافق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك.
- أنت من يقرر ما إذا كنت ترغب في الاستمرار في هذه الخدمات وتقديم استئناف من المستوى 2.

ط3. تقديم طلب استئناف من المستوى 2

- بالنسبة للاستئناف من المستوى 2، فاطلب من منظمة تحسين الجودة إعادة النظر في القرار الذي اتخذته بشأن استئنافك من المستوى 1. تسمى منظمة تحسين الجودة في Michigan بـ Commence Health. يمكنكم التواصل مع Commence Health على الرقم: 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).
- يجب عليك طلب هذه المراجعة خلال 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي رفضت فيه منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 1. يمكنك طلب هذه المراجعة فقط إذا واصلت الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطيتك للرعاية.
- سيقوم مراجعو منظمة تحسين الجودة بما يلي:
- إلقاء نظرة أخرى دقيقة على جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك.
- إبلاغك بقرارهم بشأن استئنافك من المستوى 2 خلال 14 يومًا تقويميًا من تاريخ استلام طلبك لإجراء مراجعة ثانية.
- إذا وافقت منظمة تحسين الجودة على استئنافك:
- سنقوم بتعويضك عن تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي قلنا فيه إن تغطيتك ستنتهي.
- سنوفر تغطية الرعاية ما دامت ضرورية طبيًا.
- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك:
- فإنها توافق على قرارنا بإنهاء رعايتك ولن نغيره.
- ستقدم لك خطابًا يخبرك بما يمكنك فعله إذا كنت ترغب في مواصلة عملية الاستئناف وتقديم استئناف من المستوى 3.
- يتولى قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني التعامل مع الاستئنافات من المستوى 3. راجع القسم 3 للحصول على معلومات عن الاستئناف من المستوى 3 و 4 و 5.

ي. تجاوز مستوى الاستئناف 2

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerithealthcaritasvipcare.com/mi.

ي. الخطوات التالية لخدمات ومنتجات برنامج Medicare

إذا قدمت استئنافاً من المستوى 1 واستئنافاً من المستوى 2 لخدمات أو منتجات Medicare وتم رفض كلا الاستئنافين، فقد يكون لديك الحق في مستويات الاستئناف الإضافية.

إذا لم تستوف القيمة الدلالية لخدمة أو منتج لبرنامج Medicare الذي تستأنف بشأنه حداً أدنى معيناً للمبلغ الدولار، فلا يمكنك مواصلة عملية الاستئناف. إذا كانت القيمة الدلالية مرتفعة بما يكفي فيمكنك مواصلة عملية الاستئناف. يوضح الخطاب الذي تتلقاه من منظمة المراجعة المستقلة بشأن استئنافك من المستوى 2 من يجب الاتصال به وماذا تفعل لطلب استئناف من المستوى 3.

الاستئناف من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الاستئناف هو جلسة استماع أمام قاضي القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي القانون الإداري أو محكم قانوني يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

إذا وافق قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني على استئنافك، فلدينا الحق في استئناف قرار المستوى 3 الذي يكون في صالحك.

- إذا قررنا الاستئناف ضد القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف من المستوى 4 مع أي مستندات مصاحبة. قد ننتظر قرار الاستئناف من المستوى 4 قبل السماح بالخدمة المتنازع عليها أو تقديمها.
- إذا قررنا عدم الاستئناف ضد القرار، فيجب علينا أن نسمح لك أو نقدم لك الخدمة خلال 60 يومًا تقويمياً بعد الحصول على قرار قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني.
- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني استئنافك، فقد لا يعني ذلك أن عملية الاستئناف قد انتهت.

- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تكون عملية الاستئناف حينئذ قد انتهت.

- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي ستتلقاه بما يجب عليك فعله في حالة الاستئناف من المستوى 4.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف، يمكنك الاتصال بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO). رقم الهاتف هو 1-888-746-6456.

الاستئناف من المستوى 4

يقوم مجلس استئناف Medicare (المجلس) بمراجعة استئنافك وتقديم رد لك. المجلس جزء من الحكومة الفيدرالية.

إذا وافق المجلس على استئنافك من المستوى 4 أو رفض طلبنا بمراجعة قرار استئناف من المستوى 3 لصالحك، فلدينا الحق في الاستئناف من المستوى 5.

- إذا قررنا الاستئناف ضد القرار، فسنبلغك بذلك كتابياً.
- إذا قررنا عدم الاستئناف ضد القرار، فيجب علينا أن نسمح لك أو نقدم لك الخدمة خلال 60 يومًا تقويمياً بعد الحصول على قرار المجلس.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إذا رفض المجلس طلبنا للمراجعة فقد لا يعني ذلك أن عملية الاستئناف قد انتهت.

- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تكون عملية الاستئناف حينئذ قد انتهت.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فقد يمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي ستتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 5 وماذا تفعل.

الاستئناف من المستوى 5

- سيقوم قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية بمراجعة استئنافك وجميع المعلومات ثم يقرر بالموافقة أو الرفض. وهذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى تتجاوز محكمة المقاطعة الفيدرالية.

ي.2. استئنافات Michigan Medicaid الإضافية

إذا تم تقديم استئنافك إلى مكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan من أجل جلسة إنصاف، فسيرسل لك المكتب خطابًا يشرح فيه قراره. إذا رفضت القرار النهائي لمكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan، سيكون لديك 30 يومًا تقويميًا من تاريخ القرار لتقديم طلب لإعادة الجلسة/إعادة النظر و/أو لتقديم استئناف لدى محكمة الدائرة. يُرجى الاتصال بمكتب جلسات الاستماع والقواعد الإدارية في Michigan على الرقم 517-335-2482 للحصول على معلومات عن المتطلبات التي يجب عليك استيفاؤها للتأهل لجلسة الاستماع/إعادة النظر.

إذا تم إرسال استئنافك إلى إدارة التأمين والخدمات المالية في Michigan لإجراء مراجعة خارجية، فسترسلك إدارة التأمين والخدمات المالية خطابًا تشرح فيه قرار المدير. إذا كنت لا توافق على القرار، فلديك الحق في الاستئناف أمام محكمة الدائرة في المقاطعة التي تعيش فيها أو محكمة المطالبات في Michigan خلال 60 يومًا تقويميًا من تاريخ القرار.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في أي مرحلة من مراحل عملية الاستئناف، يمكنك الاتصال بـ MI Health Link Ombudsman. رقم الهاتف 1-888-746-6456.

ي.3. مستويات الاستئناف 3 و 4 و 5 لطلبات أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قدمت استئنافًا من المستوى 1 واستئنافًا من المستوى 2، وتم رفض كلا الاستئنافين.

إذا بلغت قيمة الدواء الذي قدمت استئنافًا بشأنه مبلغًا معينًا بالدولار، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات الاستئناف الإضافية. يوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه بشأن استئنافك من المستوى 2 من يجب الاتصال به وماذا تفعل لطلب استئناف من المستوى 3.

الاستئناف من المستوى 3

المستوى 3 من عملية الاستئناف هو جلسة استماع أمام قاضي القانون الإداري. الشخص الذي يتخذ القرار هو قاضي القانون الإداري أو محكم قانوني يعمل لدى الحكومة الفيدرالية.

إذا وافق قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني على استئنافك:

- تكون عملية الاستئناف قد انتهت.

- يجب علينا السماح بتغطية الأدوية المعتمدة أو تقديمها خلال 72 ساعة (أو 24 ساعة للاستئناف العاجل) أو سداد الثمن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على القرار.
- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو المحكم القانوني استئنافك، فقد لا يعني ذلك أن عملية الاستئناف قد انتهت.
- إذا قررت قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، تكون عملية الاستئناف حينئذ قد انتهت.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فيمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي ستتلقاه بما يجب عليك فعله في حالة الاستئناف من المستوى 4.

الاستئناف من المستوى 4

يقوم المجلس بمراجعة استئنافك وتقديم رد لك. المجلس جزء من الحكومة الفيدرالية.

إذا وافق المجلس على استئنافك:

- تكون عملية الاستئناف قد انتهت.
- يجب علينا السماح بتغطية الأدوية المعتمدة أو تقديمها خلال 72 ساعة (أو 24 ساعة للاستئناف العاجل) أو سداد الثمن في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد حصولنا على القرار.
- إذا رفض المجلس استئنافك أو رفض طلب المراجعة فقد لا يعني ذلك أن عملية الاستئناف قد انتهت.
- إذا قررت قبول القرار الذي يرفض استئنافك، تكون عملية الاستئناف حينئذ قد انتهت.
- إذا قررت عدم قبول هذا القرار الذي يرفض استئنافك، فقد يمكنك الانتقال إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيخبرك الإشعار الذي ستتلقاه ما إذا كان بإمكانك الانتقال إلى الاستئناف من المستوى 5 وماذا تفعل.

الاستئناف من المستوى 5

- سيقوم قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية بمراجعة استئنافك وجميع المعلومات ثم يقرر **بالموافقة** أو **الرفض**. وهذا هو القرار النهائي. لا توجد مستويات استئناف أخرى تتجاوز محكمة المقاطعة الفيدرالية.

ك. كيفية تقديم شكوى

ك1. ما هي أنواع المشاكل التي يجب اعتبارها شكوى

تُستخدم عملية تقديم الشكاوى لأنواع معينة من المشاكل فقط، مثل المشاكل المتعلقة بجودة الرعاية وأوقات الانتظار وتنسيق الرعاية وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة على أنواع المشاكل التي يتم التعامل معها من خلال عملية تقديم الشكاوى.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

الشكوى	مثال
جودة رعايتك الطبية	• أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية مثل الرعاية التي تلقيتها في المستشفى.
احترام خصوصيتك	• تعتقد أن شخصًا ما لم يحترم حقك في الخصوصية أو شارك معلومات سرية عنك.
عدم الاحترام أو سوء خدمة العملاء أو غيرها من السلوكيات السلبية	• كان أحد مقدمي الرعاية الصحية أو الموظفين وقحًا أو غير محترم معك. • أساء موظفونا معاملتك. • تعتقد أننا نستبعدك من خطتنا.
إمكانية الوصول والمساعدة اللغوية	• لا يمكنك الوصول فعليًا إلى خدمات ومرافق الرعاية الصحية في عيادة الطبيب أو مقدم الخدمات. • لا يوفر طبيبك أو مقدم الخدمات مترجمًا لغير الإنجليزية التي تتحدثها (مثل لغة الإشارة الأمريكية أو الإسبانية). • لا يقدم لك مقدم الخدمات لديك التسهيلات المعقولة الأخرى التي تحتاجها وتطلبها.
أوقات الانتظار	• تواجه صعوبة في الحصول على موعد أو تنتظر وقتًا طويلًا جدًا للحصول عليه. • الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية أو قسم خدمات الأعضاء أو موظفو الخطة الآخرون يجعلوك تنتظر لفترة طويلة جدًا.
النظافة	• تعتقد أن العيادة أو المستشفى أو عيادة الطبيب ليست نظيفة.
المعلومات التي تحصل عليها منا	• نظن أننا لم نرسل إليك إشعارًا أو خطابًا كان من المفترض أن تستلمه. • تعتقد أن المعلومات المكتوبة التي أرسلناها إليك يصعب فهمها.

الشكوى	مثال
الالتزام بالمواعيد المتعلقة بقرارات أو استئنافات التغطية	- تعتقد أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لاتخاذ قرار التغطية أو الرد على استئنافك. - تعتقد أنه بعد حصولك على قرار تغطية أو استئناف لصالحك فإننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية للموافقة على الخدمة أو تقديمها لك أو رد ثمن خدمات طبية معينة. - لا نعتقد أننا أرسلنا حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة في الوقت المحدد.

توجد أنواع مختلفة من الشكاوى. يمكنك تقديم شكوى داخلية أو شكوى خارجية. يتم تقديم الشكوى الداخلية إلى خطتنا ومراجعتها بواسطة الخطة. يتم تقديم الشكوى الخارجية إلى منظمة غير تابعة لخطتنا وتراجعها تلك المنظمة. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم شكوى داخلية أو خارجية، يمكنك الاتصال بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) على الرقم 1-888-746-6456.

ملاحظة: إذا كنت تعيش في مقاطعة Macomb أو Wayne، فإن خدمات الصحة السلوكية تغطيها الخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين. لمزيد من المعلومات اتصل بالخطة الصحية المدفوعة مسبقاً للمرضى الداخليين:

المصطلح القانوني لـ "الشكوى" هو "التظلم".

المصطلح القانوني لـ "تقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".

ك2. الشكاوى الداخلية

لتقديم شكوى داخلية اتصل بمنسق رعايتك أو بخدمات الأعضاء على الرقم 1-888-964-4433 (TTY 711). يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت ما لم تكن تتعلق بدواء من أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare. إذا كانت الشكوى تتعلق بدواء من أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare، فيجب عليك تقديمها خلال 60 يومًا تقويمياً بعد حدوث المشكلة التي تريد الشكوى بشأنها.

- إذا كان هناك أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به فستخبرك به خدمات الأعضاء.
- يمكنك أيضاً كتابة شكواك وإرسالها إلينا. إذا قدمت شكواك كتابياً فسنرد عليها كتابياً.
- يُرجى إدراج المعلومات التالية في شكواك:

- اسمك وعنوانك
- رقم عضويتك
- طبيعة شكواك
- أي معلومات إضافية بما في ذلك التواريخ والأوقات والأشخاص والأماكن ذات الصلة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- بعد الانتهاء من ذلك أرسل معلوماتك إلى:

AmeriHealth Caritas VIP Care
Attn: Customer Experience, Grievances and Complaints
P.O Box 7140
London, KY 40742-7140

المصطلح القانوني لـ "الشكوى السريعة" هو "التظلم العاجل".

سنرد عليك على الفور إن أمكن ذلك. إذا اتصلت بنا بشأن شكوى فقد نتمكن من الرد عليك خلال نفس المكالمة الهاتفية. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا الرد بسرعة فسنفعل ذلك.

- إننا نرد على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا. إذا لم نتخذ قرارًا في خلال 30 يومًا تقويميًا لأننا نحتاج إلى مزيد من المعلومات فسنخطر بك بذلك كتابيًا. كما سنقدم لك تحديدًا بحالة الشكوى والوقت المقدر للحصول على رد.
- إذا قدمت شكوى لأننا رفضنا طلبك للحصول على "قرار تغطية سريع" أو "استئناف سريع"، فإننا نقدم لك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك خلال 24 ساعة.
- إذا قدمت شكوى لأننا استغرقنا وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار تغطية سريع أو استئناف، فإننا نقدم لك تلقائيًا "شكوى سريعة" ونرد على شكواك خلال 24 ساعة.

إذا لم نتفق مع جزء من شكواك أو شكواك كلها فسنخبرك بذلك ونبدي لك أسبابنا. إننا نرد سواء وافقنا على الشكوى أم لا.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في أي مرحلة من مراحل هذه العملية، يمكنك الاتصال بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) رقم الهاتف 1-888-746-6456.

ك3. الشكاوى الخارجية

Medicare

يمكنك إبلاغ برنامج Medicare بشكواك أو إرسالها إلى Medicare. نموذج شكوى Medicare متاح على الموقع التالي: www.medicare.gov/my/medicare-complaint. لا تحتاج إلى تقديم شكوى إلى AmeriHealth Caritas VIP Care قبل تقديم شكوى إلى Medicare.

يأخذ برنامج Medicare شكواك على محمل الجد ويستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إذا كانت لديك أي ملاحظات أو مخاوف أخرى أو إذا كنت تشعر أن خطة التأمين الصحي لا تعالج مشكلتك يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) على مستخدم TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. المكالمات مجانية.

يمكنك إبلاغ برنامج Michigan Medicaid بشكواك

يمكنك أيضًا إرسال شكواك إلى برنامج Michigan Medicaid. يمكنك الاتصال بخط مساعدة المستفيدين من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 7:00 مساءً على الرقم 1-800-642-3195 (TTY: 1-866-501-5656)، أو 1-800-975-7630 إذا كنت تتصل من خدمة هاتفية عبر الإنترنت.

مكتب الحقوق المدنية

يمكنك تقديم شكوى إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية (HHS) إذا كنت تعتقد أنك لم تُعامل بإنصاف. على سبيل المثال، يمكنك تقديم شكوى بشأن إمكانية الوصول لذوي الإعاقة أو المساعدة اللغوية. رقم هاتف مكتب الحقوق المدنية هو 1-800-368-1019. لمستخدمي TTY، يرجى الاتصال على الرقم 1-800-537-7697. يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr لمزيد من المعلومات

يمكنك أيضًا الاتصال بمكتب الحقوق المدنية المحلي على العنوان التالي:

Detroit Service Center – Cadillac Place
3054 West Grand Boulevard,
Suite 3-600
Detroit, MI 48202
الهاتف: 1-313-456-3700
الفاكس: 1-313-456-3701
رقم الاتصال المجاني: 1-800-482-3604
TTY: 1-877-878-8464

- قد تتمتع أيضًا بحقوق بموجب قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) وبموجب قانون الحقوق المدنية للأشخاص ذوي الإعاقة (PWDCRA) في Michigan، والذي يحمي الأشخاص ذوي الإعاقة من التمييز في التوظيف والإسكان والأماكن العامة والخدمات والتعليم. يمكنك الاتصال بمسؤول الشكاوى في مجال الصحة والمنزل والمجتمع في Michigan (MI CHHO) على الرقم 1-888-746-6456 للمساعدة.

منظمة تحسين الجودة

عندما تتعلق شكواك بجودة الرعاية فلديك خياران:

- يمكنك تقديم شكواك بشأن جودة الرعاية مباشرة إلى منظمة تحسين الجودة.
- يمكنك تقديم شكواك إلى منظمة تحسين الجودة وإلى خطتنا. إذا قدمت شكوى إلى منظمة تحسين الجودة فإننا نعمل معها لحل شكواك.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

منظمة تحسين الجودة هي مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين تدفع لهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة لمرضى برنامج Medicare وتحسين تلك الرعاية. لمعرفة المزيد عن منظمة تحسين الجودة راجع القسم 2 ح أو الفصل 2 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

تسمى منظمة تحسين الجودة في Michigan بـ Commence Health. رقم هاتف Commence Health هو 1-888-524-9900 (TTY: 1-888-985-8775).

الفصل 10: إنهاء عضويتك في خطتنا

مقدمة

يشرح هذا الفصل كيف يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا وخيارات التغطية الصحية المتاحة لك بعد مغادرتك لخطتنا. إذا تركت خطتنا فسنظل مشتركًا في برامج Medicare و Michigan Medicaid طالما كنت مؤهلاً لذلك. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

- أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا..... 3
- ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا..... 3
- ج. كيفية الحصول على خدمات خطة Medicare وخطة Michigan Medicaid بشكل منفصل..... 4
- ج1. خدمات برنامج Medicare لديك..... 4
- ج2. خدماتك في خطة Michigan Medicaid..... 6
- د. ستستمر في الحصول على مستلزماتك الطبية وخدماتك وأدويةك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا..... 8
- هـ. الحالات الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا..... 8
- و. القواعد التي تمنع مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة..... 9
- ز. حقك في تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا..... 9
- ح. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات عن إنهاء عضويتك في الخطة..... 9

أ. متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا

يمكن لمعظم الأشخاص الأعضاء في Medicare إنهاء عضويتهم خلال أوقات معينة من العام. نظرًا لأن لديك خطة Michigan Medicaid، فلديك بعض الخيارات لإنهاء عضويتك في خطتنا في أي شهر من السنة.

بالإضافة إلى ذلك، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية كل عام:

- **فترة التسجيل المفتوح** والتي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، تنتهي عضويتك في خطتنا في 31 ديسمبر وتبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage (MA)**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس وكذلك بالنسبة للمستفيدين الجدد من Medicare المسجلين في خطة، من شهر الاستحقاق للجزء "أ" والجزء "ب" حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث من الاستحقاق. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، تبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

قد تكون هناك مواقف أخرى تكون فيها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال، عندما:

- تنتقل خارج منطقة خدمتنا،
 - تتغير أهليتك لبرنامج Michigan Medicaid أو المساعدة الإضافية، أو
 - إذا انتقلت مؤخرًا إلى مرفق تريض أو مستشفى رعاية طويلة الأجل أو تتلقى الرعاية فيها حاليًا أو خرجت منها للتو.
- تنتهي عضويتك في اليوم الأخير من الشهر الذي نتلقى فيه طلبك لتغيير خطتك. على سبيل المثال، إذا تلقينا طلبك في 18 يناير فإن تغطيتك بخطتنا تنتهي في 31 يناير. يبدأ سريان تغطيتك الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي (1 فبراير، في هذا المثال).
- إذا غادرت خطتنا، فيمكنك الحصول على معلومات عما يلي:

- خيارات Medicare في الجدول الموجود في القسم "ج1".
 - خدمات Medicaid في القسم ج2.
- يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات عن كيفية إنهاء عضويتك عن طريق الاتصال بما يلي: خدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة. رقم مستخدمي TTY مدون أيضًا.
- Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.
 - برنامج مساعدة التأمين الصحي للولاية (SHIP)، MI Options على الرقم 1-800-803-7174.

ب. كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

إذا قررت إنهاء عضويتك يمكنك التسجيل في خطة Medicare أخرى أو التحويل إلى Medicare الأصلية. مع ذلك، إذا كنت ترغب في التحويل من خطتنا إلى Medicare الأصلية ولكنك لم تختَر خطة أدوية Medicare منفصلة، فيجب عليك طلب إلغاء تسجيلك من خطتنا. هناك طريقتان يمكنك من خلالهما طلب إلغاء التسجيل كما يلي:

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

- يمكنك تقديم طلب كتابي إلينا. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية القيام بذلك.
- اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. على مستخدمي TTY (الأشخاص الذين يعانون من صعوبة في السمع أو الكلام) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. عند الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE يمكنك أيضًا التسجيل في خطة صحية أو دوائية أخرى تابعة لخطة Medicare. ستجد المزيد من المعلومات عن الحصول على خدمات Medicare عند مغادرتك لخطتنا في الجدول الموجود في صفحة 5.

ج. كيفية الحصول على خدمات خطة Medicare وخطة Michigan Medicaid بشكل منفصل

لديك خيارات بشأن الحصول على خدمات Medicare و Medicaid إذا اخترت مغادرة خطتنا. إذا كنت لا ترغب في التسجيل في خطة مختلفة بعد مغادرة AmeriHealth Caritas VIP Care، فستعود إلى الحصول على خدمات Medicare و Michigan Medicaid بشكل منفصل.

ج1. خدمات برنامج Medicare لديك

لديك ثلاثة خيارات للحصول على خدمات Medicare الواردة في أي شهر من السنة. لديك خيار إضافي وارد أدناه خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوح وفترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم "أ". باختيارك أحد هذه الخيارات فإنك تنهي عضويتك في خطتنا تلقائيًا.

1. يمكنك التغيير إلى:	فيما يلي ما يجب فعله:
خطة أخرى توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة، والمعروفة أيضًا باسم خطة الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة المتكاملة (D-SNP) أو خطة برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن (PACE)، إذا كنت مؤهلاً.	اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج التأمين الصحي للولاية على الرقم 1-800-803-7174. يُطلق على برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) في Michigan اسم MI Options. أو سجل في خطة احتياجات خاصة مؤهلة مزدوجة متكاملة جديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة.

2. يمكنك التغيير إلى: خطة Medicare الأصلية مع خطة أدوية منفصلة ملدى Medicare اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمى TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج التأمين الصحي للولاية على الرقم 1-800-803-7174. يُطلق على برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) في Michigan اسم MI Options. أو سجل في خطة أدوية جديدة لدى Medicare. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عند بدء تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.	فيما يلي ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمى TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج التأمين الصحي للولاية على الرقم 1-800-803-7174. يُطلق على برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) في Michigan اسم MI Options. أو سجل في خطة أدوية جديدة لدى Medicare. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عند بدء تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.
3. يمكنك التغيير إلى: خطة Medicare الأصلية بدون خطة أدوية منفصلة من Medicare ملاحظة: إذا قمت بالتبديل إلى خطة Medicare الأصلية ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية منفصلة من Medicare، فقد تقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية، ما لم تخبر Medicare بأنك لا تريد الانضمام. يجب عليك إلغاء تغطية الأدوية فقط إذا كان لديك تغطية أدوية من مصدر آخر، مثل صاحب العمل أو نقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، اتصل ببرنامج MI Options Program، على الرقم 1-800-803-7174 من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا حتى 5:00 مساءً. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب MI Options المحلي في منطقتك، يرجى زيارة https://www.michigan.gov/mdhhs/adult-child-serv/adults-and-seniors/acls/long-term-services-and-supports [michigan.gov].	فيما يلي ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمى TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج التأمين الصحي للولاية على الرقم 1-800-803-7174. يُطلق على برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) في Michigan اسم MI Options. سيتم إلغاء اشتراكك تلقائيًا من خطتنا عند بدء تغطية خطة Medicare الأصلية لديك.

فيما يلي ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) على مستخدم TTY للاتصال بالرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة أو مزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج التأمين الصحي للولاية على الرقم 1-800-803-7174. يُطلق على برنامج التأمين الصحي للولاية (SHIP) في Michigan اسم MI Options. أو سجل في خطة Medicare جديدة. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة.	4. يمكنك التغيير إلى: أي خطة صحية تابعة لبرنامج Medicare خلال أوقات معينة من العام بما في ذلك فترة التسجيل المفتوح وفترة التسجيل المفتوح لبرنامج Medicare Advantage أو المواقف الأخرى الموضحة في القسم A.
--	--

ج2. خدماتك في خطة Michigan Medicaid

إذا غادرت خطتنا فستحصل على خدمات Michigan Medicaid من خلال نظام الرسوم مقابل الخدمة.

تشمل خدمات Michigan Medicaid معظم الخدمات والدعم طويل الأجل والرعاية الصحية السلوكية. إذا غادرت خطتنا يمكنك استخدام أي مقدم خدمات يقبل خطة Michigan Medicaid.

سيارة إسعاف ووسائل نقل طبية طارئة أخرى
مضخات الثدي للاستخدام الشخصي مزدوجة - كهربائية
خدمات الصحة السلوكية المتوافقة مع الملحق "هـ"
خدمات قابلة ممرضة معتمدة
خدمات ممارس التمريض العائلي المعتمد
خدمات مقوم العمود الفقري
أخصائيو الصحة المجتمعية
خدمات الأسنان للبالغين الذين تبلغ أعمارهم 21 عامًا فأكثر
خدمات المختبر التشخيصي والأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى
خدمات القابلة
المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات الطبية بما في ذلك تلك التي قد توفرها الصيدلية
خدمات الطوارئ
خدمات مرض الكلى في المرحلة النهائية
خدمات تنظيم الأسرة (مثل الفحص وإجراءات التعقيم وفحص محدود للعقم والتشخيص)

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

التثقيف الصحي
خدمات السمع والنطق
أجهزة السمع
الخدمات المنزلية والمجتمعية
خدمات الرعاية الصحية المنزلية
خدمات الرعاية التلطيفية (إذا طلبها الشخص المسجل)
التطعيمات
خدمات المرضى الداخليين والعيادات الخارجية
خدمات ترميمية أو تأهيلية متقطعة أو قصيرة الأجل في مرفق ترميمي
خدمات مستشفى رعاية الحالات الحادة طويلة الأجل
خدمات برنامج صحة الأمهات والرضع
خدمات إنقاص الوزن الضرورية طبياً
برنامج Michigan للوقاية من مرض السكري
النقل الطبي للحالات غير الطارئة إلى الخدمات المغطاة الضرورية طبياً وخدمات Medicaid المغطاة خارج نطاق هذا العقد
مرفق التمريض
الرعاية في مرفق التمريض: الرعاية الوصائية في مرافق التمريض: خدمات التمريض والتأهيل المتخصص (لا يشترط متطلب برنامج Medicare المتعلق بالإقامة في المستشفى لمدة ثلاثة أيام قبل القبول في مرفق التمريض)
مراقبة الصحة النفسية في مرافق التمريض
الخدمات المقدمة خارج الولاية المصرح بها من قبل متعهد الخدمة
دروس الأبوة والأمومة والولادة
خدمات الرعاية الشخصية
خدمات الصيدلية
خدمات طب القدم
خدمات الممارسين
الخدمات الوقائية اللازمة بموجب قانون حماية المرضى والرعاية الميسرة كما هو موضح من قبل وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في Michigan.
الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام
خدمات التمريض الترميمية أو التأهيلية
بدل رعاية حيوان الخدمة
علاج الأمراض المنقولة جنسياً
علاج الإقلاع عن التدخين بما في ذلك الدعم الدوائي والسلوكي.
العلاجات (علاج النطق واللغة والعلاج الطبيعي والعلاج المهني والعلاج الأسري والعلاج الفردي والعلاج الجماعي والعلاجات الداعمة لأنشطة الحياة اليومية) باستثناء العلاجات التي يتم فوترتها من خلال خطط التأمين الصحي المدفوعة مسبقاً، بما في ذلك العلاج المقدم للأشخاص ذوي الإعاقات الذهنية و/أو النمائية أو المقدم من قبل مقدمي خدمات برنامج خدمات الصحة النفسية المجتمعية أو المناطق التعليمية الوسيطة
خدمات زراعة الأعضاء
خدمات النظر

استخدم نظام MI Bridges لتحديث معلومات تسجيلك.

د. ستستمر في الحصول على مستلزماتك الطبية وخدماتك وأدويةك حتى انتهاء عضويتك في خطتنا

إذا غادرت خطتنا فقد يستغرق الأمر بعض الوقت قبل أن تنتهي عضويتك وتبدأ تغطيتك الجديدة لبرنامجي Medicare و Medicaid. ستستمر خلال هذه الفترة في الحصول على أدويةك ورعايتك الصحية من خلال خطتنا حتى تبدأ خطتك الجديدة.

- استخدم مقدمي خدمات الشبكة لدينا لتلقي الرعاية الطبية.
- استخدم صيدليات شبكتنا بما في ذلك خدمات الصيدلية عبر البريد، لصرف وصفاتك الطبية.
- إذا تم إدخالك إلى المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك في AmeriHealth Caritas VIP Care، فإن خطتنا ستغطي إقامتك في المستشفى حتى يتم خروجك منها. سيحدث ذلك حتى لو بدأ تأمينك الصحي الجديد قبل خروجك من المستشفى.

هـ. الحالات الأخرى التي تنتهي فيها عضويتك في خطتنا

هذه هي الحالات التي يجب علينا فيها إنهاء عضويتك في خطتنا:

- في حال حدوث انقطاع في تغطية Medicare الجزء "أ" والجزء "ب".
- إذا لم تعد مؤهلاً للحصول على برنامج Medicaid. خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين للحصول على كل من برنامجي Medicare و Medicaid.
- إذا فقدت أهليتك لبرنامج Michigan Medicaid ولكنك تتوقع بشكل معقول استعادة الأهلية فإن الخطة تمنحك ثلاثة أشهر من الأهلية المستمرة المحددة التي يمكنك خلالها الانضمام إلى خطتنا.
- إذا انتقلت خارج منطقة خدماتنا.
- إذا كنت بعيداً عن منطقة خدمتنا لأكثر من ستة أشهر. إذا انتقلت إلى مكان جديد أو سافرت في رحلة طويلة، فاتصل بخدمة الأعضاء لمعرفة ما إذا كان المكان الذي ستنتقل إليه أو تسافر إليه يقع ضمن منطقة خدمات خطتنا.
- إذا دخلت السجن أو الحبس بسبب جريمة جنائية.
- إذا كذبت أو أخفيت معلومات عن تأمينك الصحي الآخر للأدوية.
- إذا لم تكن مواطناً أمريكياً أو لم تكن مقيماً بشكل قانوني في الولايات المتحدة.
 - يجب أن تكون مواطناً أمريكياً أو مقيماً بشكل قانوني في الولايات المتحدة لتكون عضواً في خطتنا.
 - تقوم مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) بإخطارنا إذا لم تكن مؤهلاً للبقاء عضواً على هذا الأساس.
 - يتعين علينا إلغاء تسجيلك إذا لم تستوفِ هذا الشرط.

إذا كانت لديك أسئلة، يُرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إذا كنت ضمن فترة الأهلية المستمرة المحددة في خطتنا والتي تبلغ 3 أشهر فسنستمر في تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها خطة Medicare Advantage.

لا يمكننا إجبارك على مغادرة خطتنا إلا للأسباب التالية فقط، شريطة الحصول على إذن مسبق من برنامجي Medicare و Medicaid:

- إذا قدمت لنا معلومات غير صحيحة عن قصد عند التسجيل في خطتنا، وأثرت هذه المعلومات على أهليتك لخطتنا.
- إذا واصلت التصرف بطريقة مزعجة تجعل من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا.
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (قد تطلب Medicare من المفتش العام التحقيق في حالتك إذا قمنا بإنهاء عضويتك لهذا السبب).

و. القواعد التي تمنع مطالبتك بمغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بالصحة

لا يمكننا أن نطلب منك مغادرة خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك. إذا كنت تعتقد أننا نطلب منك مغادرة خطتنا لسبب يتعلق بالصحة، فاتصل بـ **Medicare** على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). يتعين على مستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-877-486-2048.

ز. حقك في تقديم شكوى إذا قمنا بإنهاء عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا فيجب علينا إبلاغك بأسبابنا كتابيًا لإنهاء عضويتك. يجب علينا أيضًا أن نوضح لك كيف يمكنك تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك. يمكنك أيضًا الرجوع إلى **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن كيفية تقديم شكوى.

ح. كيفية الحصول على مزيد من المعلومات عن إنهاء عضويتك في الخطة

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات عن إنهاء عضويتك، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود أسفل هذه الصفحة.

الفصل 11: الإشعارات القانونية

مقدمة

يتضمن هذا الفصل إشعارات قانونية تنطبق على عضويتك في خطتنا. تظهر المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها حسب الترتيب الأبجدي في الفصل الأخير من كتيب دليل الأعضاء هذا.

جدول المحتويات

- أ. إشعار بشأن القوانين 2
- ب. إشعار بشأن عدم التمييز 2
- ج. إشعار بشأن برنامج Medicare كمؤمن ثانٍ وبرنامج Michigan Medicaid كمؤمن أخير 2

أ. إشعار بشأن القوانين

تطبق العديد من القوانين على كتيب دليل الأعضاء هذا. قد تؤثر هذه القوانين على حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم يتم إدراجها أو شرحها في كتيب دليل الأعضاء هذا. القوانين الرئيسية التي تطبق هي القوانين الفيدرالية المتعلقة ببرامج Medicare وبرامج Michigan Medicaid. قد تطبق أيضًا قوانين فيدرالية وقوانين أخرى خاصة بالولاية.

ب. إشعار بشأن عدم التمييز

إننا لا نميز ضدك أو نعاملك بشكل مختلف بسبب عرقك أو أصلك العرقي أو القومي أو لونك أو دينك أو جنسك أو عمرك أو إعاقتك العقلية أو الجسدية أو حالتك الصحية أو المطالبات السابقة أو تاريخك الطبي أو معلوماتك الجينية أو دليل على قابليتك للتأمين أو موقعك الجغرافي في منطقة الخدمة. كما أننا لا نعاملك بشكل مختلف أو نميز ضدك بسبب ميولك الجنسية أو هويتك الجنسية أو تعبيرك عنها.

إذا كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة:

- اتصل بوزارة الصحة والخدمات الإنسانية، مكتب الحقوق المدنية على الرقم 1-800-368-1019. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال بالرقم 1-800-537-7697. كما يمكنك زيارة www.hhs.gov/ocr لمزيد من المعلومات.
- اتصل بالمكتب المحلي للحقوق المدنية على الرقم 1-800-482-3604.
- إذا كنت من ذوي الإعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أو مقدم الخدمة فاتصل بخدمات الأعضاء. إذا كانت لديك شكوى مثل مشكلة ما تتعلق بإمكانية الوصول بكرسي متحرك فيمكن لخدمات الأعضاء مساعدتك.

ج. إشعار بشأن برنامج Medicare كمؤمن ثانٍ وبرنامج Michigan Medicaid كمؤمن أخير

في بعض الأحيان يجب على شخص آخر أن يدفع أولاً مقابل الخدمات التي نقدمها لك. على سبيل المثال، إذا تعرضت لحادث سيارة أو أصبت في العمل، فيجب على شركة التأمين أو تعويضات العمال الدفع أولاً.

لدينا الحق والمسؤولية في تحصيل مستحقات خدمات Medicare المغطاة التي لا تكون Medicare هي المؤمن الأول لها.

إننا نلتزم بالقوانين واللوائح الفيدرالية وقوانين ولوائح الولاية المتعلقة بالمسؤولية القانونية للأطراف الثالثة عن خدمات الرعاية الصحية المقدمة للأعضاء. إننا نتخذ جميع التدابير المعقولة لضمان أن يكون برنامج Michigan Medicaid هو المؤمن الأخير.

الفصل 12: تعريف الكلمات المهمة

مقدمة

يتضمن هذا الفصل المصطلحات الرئيسية المستخدمة في كتيب دليل الأعضاء هذا مع تعريفاتها. المصطلحات مدرجة بالترتيب الأبجدي. إذا لم تتمكن من العثور على المصطلح الذي تبحث عنه أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أكثر مما يتضمنه التعريف، فاتصل بخدمات الأعضاء.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

أنشطة الحياة اليومية: الأشياء التي يقوم بها الناس في يوم عادي، مثل تناول الطعام أو استخدام المرحاض أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو تنظيف الأسنان.

قاضي القانون الإداري: هو قاضٍ يراجع استئنافاً من المستوى 3.

برنامج مساعدة أدوية الإيدز: هو برنامج يساعد الأفراد المؤهلين المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على الحصول على أدوية منقذة للحياة لعلاج فيروس نقص المناعة البشرية.

مركز جراحات اليوم الواحد: هو مرفق يقدم جراحة لمرضى العيادات الخارجية الذين لا يحتاجون إلى رعاية المستشفى والذين لا يُتوقع أن يحتاجوا إلى أكثر من 24 ساعة من الرعاية.

الاستئناف: هو طريقة تمكنك من الاعتراض على تصرفنا إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأً. يمكنك أن تطلب منا تغيير قرار التغطية عن طريق تقديم استئناف. يشرح **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا إجراءات الاستئناف، بما في ذلك كيفية تقديم الاستئناف.

الصحة السلوكية: مصطلح شامل يشير إلى اضطرابات الصحة النفسية وتعاطي المواد.

المنتج الحيوي: دواء مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. تُعد المنتجات الحيوية أكثر تعقيداً من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك تُسمى الأشكال البديلة منها بالمنتجات الحيوية المماثلة. (انظر أيضًا "المنتج الحيوي الأصلي" و "المنتج الحيوي المماثل").

المنتج الحيوي المماثل: هو منتج حيوي مماثل جدًا لكنه ليس مطابقًا تمامًا للمنتج الحيوي الأصلي. تُعد المنتجات الحيوية المماثلة آمنة وفعالة مثل المنتج الحيوي الأصلي. يمكن استبدال بعض المنتجات الحيوية المماثلة بمنتج حيوي أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة. (انتقل إلى "المنتج الحيوي المماثل القابل للتبديل").

الدواء ذو العلامة التجارية: هو دواء يتم تصنيعه وبيعه من قبل الشركة التي صنعت الدواء في الأصل. تحتوي الأدوية ذات العلامات التجارية على نفس المكونات الموجودة في النسخ العامة من الأدوية. عادةً ما يتم تصنيع الأدوية العامة وبيعها من قبل شركات أدوية أخرى، وعادةً ما لا تتوفر إلا بعد انتهاء براءة اختراع الدواء ذي العلامة التجارية.

منسق الرعاية: هو شخص رئيسي واحد يعمل معك ومع خطة التأمين الصحي ومع مقدمي الرعاية الصحية للتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها.

خطة الرعاية: تشير إلى "خطة الرعاية الفردية".

فريق الرعاية: يشير إلى "فريق الرعاية متعدد التخصصات".

مرحلة التغطية الكارثية: هي المرحلة التي تغطي فيها مزايا أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare جميع تكاليف أدوية الجزء "د" الخاصة بك حتى نهاية العام. تبدأ هذه المرحلة عندما تنفق أنت (أو أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) مبلغ \$2,100 على الأدوية المغطاة ضمن الجزء "د" خلال العام.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم

1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid: الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن برنامج Medicare. يشرح **الفصل 2** من كتيب دليل الأعضاء هذا كيفية الاتصال بمراكز خدمات Medicare و Medicaid.

الشكوى: هي بيان مكتوب أو شفوي يفيد بأن لديك مشكلة أو قلق بشأن خدماتك أو رعايتك المغطاة. يشمل ذلك أي مخاوف بشأن جودة الخدمة أو جودة الرعاية أو مقدمي خدمات الشبكة أو صيدليات شبكتنا. الاسم الرسمي لـ "تقديم شكوى" هو "تقديم تظلم".

مرفق إعادة التأهيل الشامل لمرضى العيادات الخارجية: هو مرفق يقدم بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد مرض أو حادث أو عملية جراحية كبرى. يقدم المرفق مجموعة خدمات متنوعة تشمل العلاج الطبيعي والخدمات الاجتماعية أو النفسية والعلاج التنفسي والعلاج المهني وعلاج النطق وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

رسوم المشاركة: هي مبلغ ثابت تدفعه كحصة من التكلفة في كل مرة تحصل فيها على أدوية معينة. على سبيل المثال، قد تدفع \$2 أو \$5 مقابل دواء ما.

مشاركة التكاليف: هي المبالغ التي يتعين عليك دفعها عند حصولك على بعض الأدوية. تشمل مشاركة التكاليف رسوم المشاركة.

شريحة مشاركة التكاليف: هي مجموعة من الأدوية لها نفس قيمة رسوم المشاركة. كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة (المعروفة أيضًا باسم قائمة الأدوية) يندرج ضمن إحدى الشرائح التسعة لمشاركة التكاليف. بشكل عام، كلما ارتفعت شريحة مشاركة التكاليف زادت تكلفة الدواء عليك.

قرار التغطية: هو قرار بشأن المزايا التي نغطيها. يشمل ذلك القرارات المتعلقة بالأدوية والخدمات المغطاة أو المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الصحية. يشرح **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا كيف تطلب منا قرار التغطية.

الأدوية المغطاة: هي المصطلح الذي نستخدمه لنشير إلى جميع الأدوية التي تُصرف بوصفة طبية وبدون وصفة طبية والتي تغطيها خطتنا.

الخدمات المغطاة: هي المصطلح العام الذي نستخدمه لنشير إلى جميع خدمات الرعاية الصحية والخدمات والدعم طويلة الأجل والمستلزمات والأدوية بوصفة طبية وبدون وصفة طبية والمعدات والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا.

تدريب الكفاءة الثقافية: هو تدريب يقدم تعليمات إضافية لمقدمي الرعاية الصحية لدينا تساعد على فهم خلفيتك وقيمك ومعتقداتك بشكل أفضل لتكييف الخدمات لتلبية احتياجاتك الاجتماعية والثقافية واللغوية.

معدل مشاركة التكاليف اليومي: قد يتم تطبيق معدل معين عندما يصف لك طبيبك كمية أقل من كمية شهر كامل من بعض الأدوية ويُطلب منك دفع رسوم مشاركة. معدل مشاركة التكاليف اليومي هو رسوم المشاركة مقسومة على عدد أيام الإمداد الشهري.

على سبيل المثال: لنفترض أن رسوم المشاركة مقابل دوائك لإمداد شهر كامل (إمداد 30 يومًا) هو \$1.35. هذا يعني أن المبلغ الذي تدفعه مقابل دوائك أقل من \$0.05 في اليوم. إذا حصلت على كمية من الدواء تكفي 7 أيام فإن ما تدفعه سيكون أقل من \$0.05 في اليوم مضرورًا في 7 أيام، ليصبح إجمالي ما تدفعه أقل من \$0.35.

إلغاء التسجيل: هو عملية إنهاء عضويتك في خطتنا. قد يكون إلغاء التسجيل طوعيًا (باختيارك) أو قسريًا (ليس باختيارك).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

برنامج إدارة الأدوية: هو برنامج يساعد على ضمان استخدام الأعضاء للمواد الأفيونية الموصوفة طبيًا وغيرها من الأدوية التي يُساء استخدامها بشكل متكرر بشكل آمن.

شرائح الأدوية: هي مجموعات الأدوية المدرجة في *قائمتنا للأدوية*. الأدوية العامة، أو الأدوية ذات العلامات التجارية أو الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية هي أمثلة على شرائح الأدوية. كل دواء ضمن قائمة الأدوية يندرج ضمن إحدى الشرائح التسعة.

خطة الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة: هي خطة صحية تخدم الأفراد المؤهلين لكل من برنامجي Medicare و Medicaid. خطتنا هي D-SNP.

المعدات الطبية المعمرة: بعض المنتجات التي يطلبها طبيبك لاستخدامها في منزلك. ومن أمثلة هذه المنتجات الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب الكهربائية ومستلزمات مرضى السكري وأسرّة المستشفيات التي يطلبها مقدم الرعاية الصحية للاستخدام المنزلي، ومضخات الحقن الوريدي وأجهزة توليد الكلام ومعدات ومستلزمات الأكسجين والبخاخات والمشايات.

الحالات الطارئة: تقع حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن لديك أعراضًا طبية تحتاج إلى عناية طبية فورية لمنع الوفاة أو فقدان أحد أعضاء الجسم أو فقدان وظيفة جسدية أو حدوث خلل خطير فيها. قد تكون الأعراض الطبية مرضًا أو إصابة أو ألمًا شديدًا أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.

الرعاية الطارئة: الخدمات المغطاة التي يقدمها مقدم خدمة مدرب على تقديم خدمات الطوارئ واللازمة لعلاج حالة طوارئ طبية أو سلوكية.

النقل الطبي في حالات الطوارئ: هو النقل لحالة طبية طارئة وعاجلة قد تؤدي إلى ضرر جسيم أو فقدان الحياة إذا لم يتم علاجها على الفور. يشمل ذلك النقل بواسطة سيارة إسعاف، أو بواسطة الإسعاف جوي إذا كانت هناك ضرورة طبية.

رعاية غرفة الطوارئ: الخدمات الطبية سواء لمرضى العيادات الخارجية أو الداخلية الضرورية لمنع الوفاة أو تدهور الصحة بشكل خطير بسبب حالة طبية طارئة، والتي تشمل الحالات ذات الأعراض الحادة الشديدة بما يكفي لتهديد صحة الشخص أو التسبب في تدهور خطير إذا تُركت دون عناية طبية فورية.

خدمات الطوارئ: المقصود بها الخدمات المغطاة لمرضى العيادات الخارجية والداخلية كما يلي: (أ) يقدمها مقدم خدمة مؤهل لتقديم هذه الخدمات بموجب هذا العنوان. (ب) الحاجة إلى تقييم أو جعل حالة طبية طارئة مستقرة.

الاستثناء: هو إذن لتغطية دواء غير مغطى عادةً أو استخدام الدواء دون قواعد وقيود معينة.

الخدمات غير المشمولة: هي الخدمات التي لا تغطيها خطة التأمين الصحي هذه.

المساعدة الإضافية: هي برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على تقليل تكاليف أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare، مثل الأقساط والخصومات ورسوم المشاركة. وتسمى المساعدة الإضافية أيضًا "دعم الدخل المنخفض" أو "LIS".

الدواء العام: هو دواء معتمد من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية للاستخدام بدلاً من دواء يحمل علامة تجارية. يحتوي الدواء العام على نفس مكونات الدواء ذي العلامة التجارية. عادةً ما يكون أرخص ويعمل بنفس فعالية الدواء ذي العلامة التجارية.

التظلم: هو شكوى تقدمها ضدنا أو ضد أحد مقدمي خدمات أو صيدليات شبكتنا. يشمل ذلك تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو جودة الخدمة التي تقدمها لك خطتك الصحية.

الخطة الصحية: هي مؤسسة تتكون من أطباء ومستشفيات وصيدليات ومقدمي خدمات طويلة الأجل ومقدمي خدمات آخرين. كما أن لديها منسقي رعاية لمساعدتك في إدارة جميع مقدمي الخدمات والخدمات التي تتلقاها. إنهم يعملون جميعًا معًا لتوفير الرعاية التي تحتاجها.

تقييم المخاطر الصحية: هو عبارة عن مراجعة لتاريخك الطبي وحالتك الصحية الحالية. ويُستخدم لمعرفة معلومات عن صحتك وكيف يمكن أن تتغير في المستقبل.

مساعد الرعاية الصحية المنزلية: هو الشخص الذي يقدم خدمات لا تتطلب مهارات ممرض أو معالج مرخص مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام المراحيض أو ارتداء الملابس أو القيام بالتمارين الموصوفة). لا يمتلك مساعدو الرعاية الصحية المنزلية ترخيصًا للمريض ولا يقدمون العلاج.

الرعاية التلطيفية: هي برنامج رعاية ودعم لمساعدة الأشخاص الذين لديهم تشخيص طبي بقرب الوفاة على العيش براحة. التشخيص الطبي بقرب الوفاة يعني أن الشخص قد تم تشخيصه طبيًا بأنه مريض بمرض عضال، أي أن متوسط العمر المتوقع له هو 6 أشهر أو أقل.

• يحق للشخص المسجل الذي لديه تشخيص طبي بقرب الوفاة أن يختار الرعاية التلطيفية.

• يقدم فريق متخصص من مقدمي الرعاية والمهنيين الرعاية للشخص ككل، بما في ذلك الاحتياجات الجسدية والعاطفية والاجتماعية والروحية.

• نحن ملزمون بتزويدك بقائمة بمقدمي خدمات الرعاية التلطيفية في منطقتك الجغرافية.

إصدار فواتير غير سليمة/غير مناسبة: هي حالة يقوم فيها مقدم الخدمة (مثل الطبيب أو المستشفى) بإصدار فاتورة لك تتجاوز مبلغ مشاركة تكاليف الخدمات. اتصل بخدمة الأعضاء إذا تلقيت أي فواتير لا تفهمها.

ونظرًا إلى أننا ندفع تكلفة خدماتك بالكامل فأنت لست مدينًا بأي مشاركة تكاليف. لا ينبغي لمقدمي الخدمات أن يرسلوا لك أي فواتير مقابل هذه الخدمات.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

منظمة المراجعة المستقلة: هي منظمة مستقلة عينتها Medicare لمراجعة الاستئناف من المستوى 2. إنها ليست مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. هذه المنظمة هي التي تقرر ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم ينبغي تغييره. تشرف Medicare على عملها. الاسم الرسمي لها هو **هيئة المراجعة المستقلة**.

خطة الرعاية الفردية (خطة الرعاية): هي خطة توضح الخدمات التي ستحصل عليها وكيفية الحصول عليها. قد تشمل خطتك الخدمات الطبية وخدمات الصحة السلوكية والخدمات والدعم طويل الأجل.

مرحلة التغطية الأولية: هي المرحلة التي تسبق وصول إجمالي مصروفات أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare لديك \$2,100. يشمل ذلك المبالغ التي دفعتها وما دفعته خطتنا نيابة عنك ودعم ذوي الدخل المنخفض. تبدأ هذه المرحلة عندما تصرف وصفتك الطبية الأولى للعام. خلال هذه المرحلة ندفع جزءًا من تكاليف أدويةك وتدفع أنت حصتك منها.

المريض الداخلي: هو مصطلح يُستخدم عند قبولك رسميًا في المستشفى لتلقي خدمات طبية متخصصة. إذا لم يتم قبولك رسميًا فقد يتم اعتباره مريضًا خارجيًا بدلاً من مريض داخلي حتى لو بقيت ليلة واحدة.

فريق الرعاية متعدد التخصصات (فريق الرعاية): قد يضم فريق الرعاية أطباء وممرضين ومستشارين أو غيرهم من المتخصصين في الرعاية الصحية الذين يتواجدون لمساعدتك في الحصول على الرعاية التي تحتاجها. كما يساعدك فريق رعايتك في وضع خطة رعاية.

خطة الاحتياجات الخاصة المؤهلة المزدوجة المدمجة: هي خطة احتياجات خاصة للمؤهلين المزدوجين تغطي Medicare ومعظم أو كل خدمات Medicaid ضمن خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من برنامجي Medicare و Medicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد باسم الأفراد المؤهلين للحصول على المزايا الكاملة والمزدوجة.

المنتج الحيوي المماثل القابل للتبديل: هو منتج حيوي مماثل يمكن استبداله في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يستوفي المتطلبات الإضافية التي تتعلق بإمكانية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية المغطاة (قائمة الأدوية): هي قائمة بالأدوية التي نغطيها والتي تُصرف بوصفة طبية وبدون وصفة طبية. إننا نختار الأدوية المدرجة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيدال. توضح لك قائمة الأدوية ما إذا كانت هناك أي قواعد تحتاج إلى اتباعها للحصول على أدويةك. تسمى قائمة الأدوية أحيانًا "كتيب الوصفات".

الخدمات والدعم طويل الأجل: تساعد الخدمات والدعم طويل الأجل في تحسين الحالات الطبية طويلة الأجل. تساعدك معظم هذه الخدمات على البقاء في منزلك حتى لا تضطر إلى الذهاب إلى مرفق تمرير أو مستشفى. تشمل الخدمات والدعم طويل الأجل الخدمات المجتمعية ومرافق التمريض.

دعم ذوي الدخل المنخفض: يشير إلى "المساعدة الإضافية".

Medicaid (أو Medical Assistance): برنامج تديره الحكومة الفيدرالية والولاية لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم طويل الأجل والتكاليف الطبية.

الضرورة الطبية: يصف هذا المصطلح الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية التي تحتاجها للوقاية من حالة طبية أو تشخيصها أو علاجها أو للحفاظ على حالتك الصحية الحالية. يشمل ذلك الرعاية التي تقيك من الذهاب إلى المستشفى أو مرفق تمرير. يعني ذلك أيضًا أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية تفي بمعايير الممارسة الطبية المقبولة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

Medicare: برنامج تأمين صحي فيدرالي للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 65 عامًا من ذوي بعض الإعاقات، والأشخاص المصابين بمرض الكلى في المرحلة النهائية (عادةً ممن لديهم فشل كلوي دائم ويحتاجون غسيل كلوي أو زراعة كلوي). يمكن للأشخاص المسجلين في برنامج Medicare الحصول على تغطية Medicare الصحية من خلال برنامج Medicare الأصلي أو خطة الرعاية المدارة (راجع "خطة التأمين الصحي").

Medicare Advantage: برنامج Medicare، المعروف أيضًا باسم "الجزء ج" من برنامج Medicare أو "MA"، والذي يقدم خطط MA من خلال شركات خاصة. يدفع برنامج Medicare لهذه الشركات لتغطية مزايا Medicare التي لديك.

مجلس استئناف Medicare (المجلس): هو مجلس يراجع الاستئنافات من المستوى 4. المجلس جزء من الحكومة الفيدرالية.

الخدمات التي تغطيها Medicare: الخدمات التي يغطيها الجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare. يجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية، بما في ذلك خطتنا، جميع الخدمات التي يغطيها الجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare.

برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare: هو برنامج منظم لتغيير السلوك الصحي يوفر التدريب على تغيير النظام الغذائي على المدى الطويل وزيادة النشاط البدني واستراتيجيات للتغلب على التحديات التي تواجه الحفاظ على فقدان الوزن ونمط حياة صحي.

الشخص المسجل في Medicare-Medicaid: هو الشخص المؤهل للحصول على تغطية برنامجي Medicare و Medicaid. يُطلق على الشخص المسجل في برنامجي Medicare و Medicaid أيضًا اسم "الفرد المؤهل المزدوج".

الجزء "أ" من برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي معظم الرعاية الطبية الضرورية في المستشفيات ومرافق التمريض المتخصصة والرعاية الصحية المنزلية والرعاية التلطيفية.

الجزء "ب" من برنامج Medicare: برنامج Medicare الذي يغطي الخدمات (مثل الفحوصات المخبرية والعمليات الجراحية وزيارات الطبيب) والمستلزمات (مثل الكراسي المتحركة والمشايات) الضرورية طبياً لعلاج مرض أو حالة معينة. يغطي الجزء "ب" من برنامج Medicare أيضًا العديد من خدمات الوقاية والفحص.

الجزء "ج" من برنامج Medicare: برنامج Medicare المعروف أيضًا باسم "Medicare Advantage" أو "MA"، والذي يسمح لشركات التأمين الصحي الخاصة بتقديم مزايا Medicare من خلال خطة MA.

الجزء "د" من برنامج Medicare: برنامج مزايا الأدوية التابع لبرنامج Medicare. نسمي هذا البرنامج اختصارًا الجزء "د". يغطي الجزء "د" من برنامج Medicare الأدوية واللقاحات التي تُصرف لمرضى العيادات الخارجية وبعض المستلزمات التي لا يغطيها الجزء "أ" من برنامج Medicare أو الجزء "ب" من برنامج Medicare أو Medicaid. تشمل خطتنا الجزء "د" من برنامج Medicare.

أدوية الجزء "د" من برنامج Medicare: الأدوية المغطاة ضمن الجزء "د" من برنامج Medicare. يستثني الكونجرس على وجه التحديد فئات معينة من الأدوية من التغطية بموجب الجزء "د" من برنامج Medicare. قد يغطي برنامج Medicaid بعض هذه الأدوية.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

إدارة العلاج الدوائي: الجزء "د" من برنامج Medicare لتلبية الاحتياجات الصحية المعقدة، ويقدم للأشخاص الذين يستوفون متطلبات معينة أو يخضعون لبرنامج إدارة الأدوية. تشمل خدمات إدارة العلاج الدوائي عادةً مناقشة مع صيدلي أو مقدم رعاية صحية لمراجعة الأدوية. لمزيد من المعلومات راجع **الفصل 5** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

العضو (عضو في خطتنا أو عضو في الخطة): هو الشخص الذي لديه برنامجي Medicare و Medicaid والمؤهّل للحصول على الخدمات المغطاة، والذي سجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من قبل مراكز خدمات Medicare و Medicaid والولاية.

كتيب دليل الأعضاء ومعلومات الإفصاح: هذا المستند، بالإضافة إلى نموذج التسجيل الخاص بك وأي مرفقات أو ملحقات أخرى، تشرح تغطيتك وما يجب علينا فعله وحقوقك وما يجب عليك فعله كعضو في خطتنا.

خدمات الأعضاء: هي قسم في خطتنا مسؤول عن الإجابة على أسئلتك بشأن العضوية والمزايا والتظلمات والاستئنافات. لمزيد من المعلومات عن خدمات الأعضاء راجع **الفصل 2** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

Michigan Medicaid: هو اسم برنامج Medicaid في Michigan. تتم إدارة برنامج Michigan Medicaid من قبل الولاية ويتم تمويله من قبل الولاية والحكومة الفيدرالية. هو برنامج يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف الخدمات والدعم طويل الأجل والتكاليف الطبية.

- يغطي البرنامج الخدمات الإضافية وبعض الأدوية التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن يتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً لكلا برنامجي Medicare و Medicaid.

صيدلية الشبكة: هي صيدلية (متجر أدوية) وافقت على صرف الوصفات الطبية لأعضاء خطتنا. نطلق عليها اسم "صيدليات الشبكة" لأنها وافقت على العمل مع خطتنا. إننا لا نغطي وصفاتك الطبية في معظم الحالات إلا عند صرفها من إحدى صيدليات شبكتنا.

مقدم الخدمات داخل الشبكة: "مقدم الخدمات" هو المصطلح العام الذي نستخدمه للأطباء والمرضات وغيرهم من الأشخاص الذين يقدمون لك الخدمات والرعاية. يشمل هذا المصطلح أيضاً المستشفيات ووكالات الرعاية الصحية المنزلية والعيادات وغيرها من الأماكن التي تقدم خدمات الرعاية الصحية والمعدات الطبية والخدمات والدعم طويل الأجل.

- إنهم مرخصون أو معتمدون من قبل برنامج Medicare والولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية.
- إننا نطلق عليهم اسم "مقدمي خدمات الشبكة" عندما يوافقون على العمل مع خطتنا الصحية ويقبلون مدفوعاتنا ولا يفرضون على الأعضاء مبلغًا إضافيًا.
- أثناء عضويتك في خطتنا يجب عليك استخدام مقدمي خدمات الشبكة للحصول على الخدمات المغطاة. يُطلق على مقدمي خدمات الشبكة أيضًا اسم "مقدمي الخدمات".

دار أو مرفق الرعاية: هو مكان يوفر الرعاية للأشخاص الذين لا يستطيعون الحصول على الرعاية في المنزل ولكنهم لا يحتاجون إلى دخول المستشفى.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمة مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

مسؤول الشكاوى: مكتب في ولايتك يعمل للدفاع نيابة عنك. يمكنه الإجابة على الأسئلة إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنه مساعدتك في فهم ما يجب عليك فعله. خدمات مسؤول الشكاوى مجانية. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات في **الفصلين 2 و 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

قرارات المنظمة: تحدد خطتنا متى نقرر نحن أو أحد مقدمي الخدمات لدينا ما إذا كانت الخدمات مغطاة أم لا، أو مقدار ما تدفعه مقابل الخدمات المغطاة. تسمى قرارات المنظمة "قرارات التغطية". يشرح **الفصل 9** من كتيب دليل الأعضاء هذا قرارات التغطية.

المنتج الحيوي الأصلي: هو منتج حيوي تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية ويُستخدم كمعيار للمقارنة للمصنعين الذين يصنعون نسخة منتج حيوي مماثل. يطلق عليه أيضًا اسم المنتج المرجعي.

برنامج Medicare الأصلي (Medicare التقليدي أو Medicare الرسوم مقابل الخدمة): تقدم الحكومة برنامج Medicare الأصلي. بموجب برنامج Medicare الأصلي يتم تغطية الخدمات من خلال دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين يحددها الكونجرس.

- يمكنك استخدام أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل التعامل مع برنامج Medicare. يتكون برنامج Medicare الأصلي من جزأين: الجزء "أ" من برنامج Medicare (تأمين المستشفيات) والجزء "ب" من برنامج Medicare (التأمين الطبي).
- يتوفر برنامج Medicare الأصلي في جميع أنحاء الولايات المتحدة.
- إذا كنت لا ترغب في الانضمام إلى خطتنا يمكنك اختيار برنامج Medicare الأصلي.

الصيدلية خارج الشبكة: هي صيدلية لم توافق على العمل مع خطتنا لتنسيق أو توفير الأدوية المغطاة لأعضاء خطتنا. لا تغطي خطتنا معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات خارج الشبكة إلا بشروط معينة.

مقدم الخدمات خارج الشبكة أو المرفق خارج الشبكة: هو مقدم الخدمات أو المرفق الذي لا توظفه أو تملكه أو تديره خطتنا وليس متعاقدًا لتقديم الخدمات المغطاة لأعضاء خطتنا. يشرح **الفصل 3** من كتيب دليل الأعضاء هذا مقدمي الخدمات أو المرافق خارج الشبكة.

التكاليف التي تدفعها من جيبك: يطلق على متطلب مشاركة التكاليف الذي يُلزم الأعضاء بدفع جزء من الخدمات أو الأدوية التي يحصلون عليها اسم شرط التكلفة "المدفوعة من الجيب". راجع تعريف "مشاركة التكاليف" أعلاه.

الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية: الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية هي أدوية يمكن للشخص شراؤها دون وصفة طبية من أخصائي الرعاية الصحية.

الجزء "أ": يشير إلى "الجزء أ" من برنامج Medicare

الجزء "ب": يشير إلى "الجزء ب" من برنامج Medicare

الجزء "ج": يشير إلى "الجزء ج" من برنامج Medicare

الجزء "د": يشير إلى "الجزء د" من برنامج Medicare

أدوية الجزء "د": تشير إلى "أدوية الجزء د" من برنامج Medicare

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi

معلوماتك الصحية الشخصية (تسمى أيضًا المعلومات الصحية المحمية): هي معلومات عنك وعن صحتك مثل اسمك وعنوانك ورقم الضمان الاجتماعي وزياراتك للطبيب وتاريخك الطبي. يرجى الرجوع إلى إشعار ممارسات الخصوصية لدينا لمزيد من المعلومات عن كيفية حماية معلوماتك الصحية الشخصية واستخدامها والإفصاح عنها، بالإضافة إلى حقوقك فيما يتعلق بمعلوماتك الصحية الشخصية.

الخدمات الوقائية: الرعاية الصحية للوقاية من الأمراض أو الكشف عنها في مرحلة مبكرة عندما يكون العلاج أكثر فعالية (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية فحوصات عنق الرحم ولقاحات الإنفلونزا وإجراء فحص صورة شعاعية للثدي).

مقدم الرعاية الصحية الأولية: هو الطبيب أو مقدم الخدمات الآخر الذي تلجأ إليه أولاً لمعظم المشاكل الصحية. إنه يتأكد من حصولك على الرعاية التي تحتاجها للحفاظ على صحتك.

- قد يتحدث أيضًا مع أطباء ومقدمي رعاية صحية آخرين بشأن رعايتك ويحيلك إليهم.
- في العديد من خطط الرعاية الصحية التابعة لبرنامج Medicare يجب عليك الاستعانة بمقدم الرعاية الصحية الأولية الخاص بك قبل أي مقدم رعاية صحية آخر.
- راجع الفصل 3 من كتيب دليل الأعضاء هذا للحصول على معلومات عن الحصول على الرعاية من مقدمي الرعاية الصحية الأولية.
- **الموافقة المسبقة:** هي الموافقة التي يجب عليك الحصول عليها قبل أن تتمكن من الحصول على خدمة أو دواء معين أو الاعتماد على مقدم خدمة من خارج الشبكة. قد لا تغطي خطتنا الخدمة أو الدواء إذا لم تحصل على الموافقة أولاً. تغطي خطتنا بعض الخدمات الطبية ضمن الشبكة فقط إذا حصل طبيبك أو أي مقدم خدمات آخر ضمن الشبكة على موافقة مسبقة منا.
- الخدمات المغطاة التي تتطلب موافقة مسبقة من خطتنا موضحة في الفصل 4 من كتيب دليل الأعضاء هذا.
- تغطي خطتنا بعض الأدوية فقط إذا حصلت على موافقة مسبقة منا.
- الأدوية المغطاة التي تتطلب موافقة مسبقة من خطتنا مذكورة في قائمة الأدوية المغطاة والقواعد المتعلقة بها منشورة على موقعنا الإلكتروني.

برنامج الرعاية الشاملة لكبار السن: هو برنامج يشمل مزايا برنامجي Medicare و Medicaid معاً للأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 55 عاماً فأكثر والذين يحتاجون إلى مستوى أعلى من الرعاية للعيش في المنزل.

الأطراف الاصطناعية وتقويم العظام: هي الأجهزة الطبية التي يطلبها طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر وتشمل، على سبيل المثال لا الحصر، دعائم الذراع والظهر والرقبة والأطراف الصناعية والعيون الصناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية للجسم بما في ذلك مستلزمات فغر القولون والعلاج بالتغذية المعوية والوريدية.

منظمة تحسين الجودة: عبارة عن مجموعة من الأطباء وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يساعدون في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المسجلين في برنامج Medicare. تدفع الحكومة الفيدرالية لمنظمة تحسين الجودة للتحقق من الرعاية المقدمة للمرضى وتحسينها. للمعلومات عن منظمة تحسين الجودة راجع الفصل 2 من كتيب دليل الأعضاء هذا.

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحاً حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية.

حدود الكمية: هي الحد الأقصى لكمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها. قد نحدد كمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية.

أداة المزايا في الوقت الفعلي: هي بوابة أو تطبيق حاسوبي يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن معلومات كاملة ودقيقة وفي الوقت المناسب ومناسبة سريريًا ومخصصة للمسجلين بشأن الأدوية المغطاة والمزايا. يشمل ذلك مبالغ مشاركة التكاليف والأدوية البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية التي يستخدم فيها دواء معين وقيود التغطية (الموافقة المسبقة والعلاج التدريجي وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

الإحالة: الإحالة هي موافقة مقدم الرعاية الصحية الأولية على الاستعانة بمقدم رعاية صحية آخر غير مقدم الرعاية الصحية الأولية لديك. إذا لم تحصل على الموافقة أولاً، فقد لا نقوم بتغطية الخدمات. لا تحتاجين إلى إحالة عند زيارة بعض الأخصائيين، مثل أخصائي صحة المرأة. يمكنك العثور على مزيد من المعلومات عن الإحالات في **الفصلين 3 و 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا.

خدمات إعادة التأهيل: العلاج الذي تتلقاه لمساعدتك على التعافي من مرض أو حادث أو عملية جراحية كبرى. راجع **الفصل 4** من كتيب دليل الأعضاء هذا لمعرفة المزيد عن خدمات إعادة التأهيل.

منطقة الخدمات: هي منطقة جغرافية تقبل فيها خطة التأمين الصحي الأعضاء إذا كانت تحدد العضوية بناءً على مكان إقامة الأشخاص. بالنسبة للخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك استخدامها، فإنها عادة ما تكون المنطقة التي يمكنك فيها الحصول على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). لا يمكن التسجيل في خططنا إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمتنا.

مرفق التمريض المتخصص: هو مرفق تمريض مزود بالموظفين والمعدات اللازمة لتقديم رعاية تمريض متخصص، وفي معظم الحالات، خدمات إعادة تأهيل متخصصة وخدمات صحية أخرى ذات صلة.

رعاية مرافق التمريض المتخصصة: هي خدمات رعاية تمريضية وإعادة تأهيل متخصصة مقدمة بشكل مستمر ويومي في مرفق تمريض متخصص. تشمل أمثلة رعاية مرافق التمريض المتخصصة العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدية التي يمكن أن تقدمها ممرضة مسجلة أو طبيب.

الأخصائي: هو طبيب يقدم الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء معين من الجسم.

جلسة إنصاف على مستوى الولاية: إذا طلب طبيبك أو مقدم الخدمة الآخر خدمة من خدمات Medicaid لا نوافق عليها، أو إذا لم نستمر في دفع تكاليف خدمة من خدمات Medicaid التي لديك بالفعل، فيمكنك طلب جلسة إنصاف على مستوى الولاية. إذا صدر قرار جلسة الإنصاف على مستوى الولاية لصالحك، حينئذ يتحتم علينا أن نقدم لك الخدمة التي طلبتها.

العلاج التدريجي: هو قاعدة تتعلق بالتغطية تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل أن نغطي الدواء الذي تطلبه.

دخل الضمان الاجتماعي الإضافي: هو إعانة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة الذين يعانون من إعاقة أو عمى أو يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر. لا تُعتبر مزايا دخل الضمان الاجتماعي الإضافي مماثلة لمزايا الضمان الاجتماعي.

الرعاية الصحية المطلوبة على وجه السرعة: هي الرعاية التي تحصل عليها لمرض أو إصابة أو حالة غير متوقعة ولا تُعد حالة طارئة لكنها تحتاج إلى رعاية فورية. يمكنك الحصول على الرعاية العاجلة المطلوبة من مقدمي الخدمات خارج الشبكة عندما لا تتمكن من الوصول إليهم لأنه بالنظر إلى وقتك أو مكانك أو ظروفك، فإنه من غير الممكن أو من غير المعقول الحصول على الخدمات من مقدمي خدمات الشبكة (على سبيل المثال عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا وتحتاج إلى خدمات طبية فورية لحالة غير متوقعة ولكنها ليست حالة طوارئ طبية).

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة AmeriHealth Caritas VIP Care (HMO D-SNP) على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.

خدمات أعضاء AmeriHealth Caritas VIP Care

للاتصال 1-844-964-4433 المكالمات على هذا الرقم مجانية. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. قد يُطلب منك ترك رسالة بعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والأعياد الفيدرالية. سيتم الرد على مكالمتك خلال يوم العمل التالي. تقدم خدمات الأعضاء أيضًا خدمات ترجمة فورية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون الإنجليزية.	
TTY 711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً، سبعة أيام في الأسبوع. قد يُطلب منك ترك رسالة بعد ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والأعياد الفيدرالية. سيتم الرد على مكالمتك خلال يوم العمل التالي.	
فاكس 1-866-319-5225	
المراسلات AmeriHealth Caritas VIP Care P.O. Box 7075 London, KY 40742-7075	
الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi	

إذا كانت لديك أي أسئلة، يرجى الاتصال بخطة (HMO D-SNP) AmeriHealth Caritas VIP Care على الرقم 1-844-964-4433 (TTY 711)، سبعة أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا حتى 8 مساءً مع العلم أن المكالمات مجانية. لمزيد من المعلومات يرجى زيارة الموقع الإلكتروني www.amerihealthcaritasvipcare.com/mi.