

يناير 1 - ديسمبر 31، 2026

دليل التغطية لعام 2026:

مزيا وخدمات Medicare الصحية الخاصة بك وتغطية الأدوية كعضو في **Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)**

يقدم هذا المستند تفاصيل تغطية الأدوية والتغطية الصحية ل Medicare و Medicaid من يناير 1 إلى ديسمبر 31، 2026. يُعد هذا الكتيب مستندًا قانونيًا مهمًا. احتفظ بها في مكان آمن.

يوضح لك هذا المستند المزيا والحقوق الخاصة بك. استخدم هذا المستند لفهم:

- قسط خطتنا وتقاسم التكلفة
- المزيا الطبية والدوائية لدينا
- كيفية تقديم شكوى إذا لم تكن راضيًا عن خدمة أو علاج
- كيفية الاتصال بنا
- وسائل الحماية الأخرى التي يتطلبها قانون Medicare

للأسئلة حول هذا المستند، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) أو الرقم الموجود على بطاقة هوية العضو الخاصة بك للحصول على معلومات إضافية. (اتصل على رقم الهاتف النصي: [711](tel:711)). ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. علمًا بأن هذه المكالمات مجانية.

هذه الخطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)، مقدمة بواسطة COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. (عندما نشير في دليل التغطية هذا إلى الضمائر والكلمات "نحن" أو "لنا" أو "الخاص بنا"، فهذا يعني شركة COVENTRY HEALTH CARE OF VIRGINIA, INC. وعندما تذكر كلمات مثل "الخطة" أو "خطتنا"، فإنها تشير إلى Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)).

This document is available for free in Spanish. Este documento está disponible de forma gratuita en español.

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

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

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

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

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

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

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

.This document is available for free in Arabic.
يتوفر هذا المستند مجاناً بالعربية.

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

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

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

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

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

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

This document is available for free in Hawaiian. Loa‘a kēia palapala manuahi i ka ‘ōlelo Hawai‘i.

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

This document is available for free in Urdu.
یہ دستاویز اردو میں مفت دستیاب ہے۔

This document is available for free in Farsi.
این سند به صورت رایگان به زبان فارسی در دسترس است.

This document is available for free in Dari.
این سند به زبان دری به صورت رایگان موجود است.

This document is available for free in Pashto.
دا سند په پښتو ژبه کې په وړیا توګه موجود دي.

This document is available for free in Telugu. ఈ డాక్యుమెంట్ తెలుగులో ఉచితంగా లభిస్తుంది.

This document is available for free in Nepali. यो कागजात नेपाली भाषामा निःशुल्क उपलब्ध छ.

This document is available for free in Bengali. এই নথিটি বাংলা ভাষায় বিনামূল্যে উপলব্ধ আছে.

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

يتاح هذا المستند بتنسيقات أخرى مجاناً مثل طريقة برايل أو الطباعة بأحرف كبيرة أو أي تنسيقات أخرى بديلة حسب الطلب.
قد تتغير المزايا في يناير 1، 2027.

قد يتم تغيير كتيب الوصفات و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات الخاص بنا في أي وقت. ستلقى إشعارًا بأي تغييرات قد تؤثر عليك قبل 30 يوم على الأقل.

نظرًا للتشريعات في Arkansas، اعتبارًا من يناير 1، 2026 قد لا تتمكن من الاستفادة من الخدمات التالية داخل ولاية Arkansas، ما لم تتخذ المحكمة إجراء: CVS Retail و CVS Caremark Mail Service و CVS Specialty و OMNI Care الصيدليات على المدى الطويل.

جدول المحتويات

6	..... بداية العضوية	الفصل 1:
6	..... أنت عضو في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	القسم 1
7	..... متطلبات الأهلية للخطة	القسم 2
9	..... مواد عضوية مهمة	القسم 3
10	..... ملخص التكاليف الهامة لعام 2026	القسم 4
15	..... مزيد من المعلومات حول قسط خطتك الشهرية	القسم 5
15	..... حافظ على سجل عضوية خطتنا محدثاً	القسم 6
16	..... كيف تعمل أنواع التأمينات الأخرى مع خطتنا	القسم 7
18	..... أرقام الهواتف والموارد	الفصل 2:
18	..... جهات اتصال Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	القسم 1
23	..... الحصول على مساعدة من Medicare	القسم 2
24	..... برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP)	القسم 3
24	..... منظمة تحسين الجودة (QIO)	القسم 4
24	..... الضمان الاجتماعي	القسم 5
25	..... Medicaid	القسم 6
25	..... برامج لمساعدة الأشخاص في سداد مقابل الأدوية الموصوفة	القسم 7
27	..... مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)	القسم 8
28	..... استخدام خطتنا للخدمات الطبية والخدمات المغطاة الأخرى	الفصل 3:
28	..... كيفية الحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى كعضو في خطتنا	القسم 1
29	..... استخدام مقدمي الخدمات في شبكة خطتنا للحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى	القسم 2
32	..... كيفية الحصول على الخدمات في حالة طارئة أو كارثة أو حاجة ملحة للرعاية	القسم 3
34	..... لو تم محاسبتك مباشرة على التكلفة الكاملة للخدمات المغطاة؟	القسم 4
34	..... الخدمات الطبية في دراسة بحثية سريرية	القسم 5
35	..... قواعد الحصول على الرعاية في مؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية	القسم 6
36	..... قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة	القسم 7
38	..... مخطط المزايا الطبية (ما الذي تتم تغطيته)	الفصل 4:
38	..... فهم الخدمات المغطاة	القسم 1
38	..... يوضح مخطط المزايا الطبية المزايا الطبية الخاصة بك	القسم 2
104	..... الخدمات المغطاة خارج Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	القسم 3
104	..... الخدمات غير المغطاة من قبل خطتنا (الاستثناءات)	القسم 4
107	..... استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء (D)	الفصل 5:
107	..... القواعد الأساسية لتغطية أدوية الجزء D بخطتنا	القسم 1
107	..... صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا	القسم 2
110	..... يجب أن تكون أدويتك في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا	القسم 3
112	..... الأدوية ذات القيود على التغطية	القسم 4
113	..... الذي يمكنك فعله في حال عدم تغطية أحد أدويتك بالطريقة التي تريدها	القسم 5

115.....	قد تتغير قائمة الأدوية لدينا خلال العام.....	القسم 6
116.....	أنواع الأدوية التي لا نغطيها.....	القسم 7
117.....	كيفية صرف وصفة طبية.....	القسم 8
117.....	تغطية أدوية الجزء (D) في حالات خاصة.....	القسم 9
118.....	برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها.....	القسم 10
120.....	ما الذي تدفعه مقابل أدوية الجزء D	الفصل 6:
120.....	ما الذي تدفعه مقابل أدوية الجزء D.....	القسم 1
121.....	مراحل سداد الأدوية لأعضاء Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).....	القسم 2
122.....	يوضح شرح المزايا (EOB) للجزء D مرحلة الدفع التي وصلت إليها.....	القسم 3
123.....	مرحلة الخصم.....	القسم 4
123.....	مرحلة التغطية الأولية.....	القسم 5
127.....	مرحلة التغطية في حالات الكوارث.....	القسم 6
127.....	ما الذي تدفعه مقابل لقاحات الجزء D.....	القسم 7
129.....	مطالبتنا بسداد حصتنا من فاتورة الأدوية أو الخدمات الطبية المغطاة	الفصل 7:
129.....	المواقف التي يجب أن تطلب منا فيها دفع حصتنا مقابل الأدوية أو الخدمات المغطاة.....	القسم 1
130.....	كيفية مطالبتنا برد المبلغ لك أو سداد فاتورة تلقيتها.....	القسم 2
131.....	سنقوم بمراجعة طلبك والرد عليك بالموافقة أو بالرفض.....	القسم 3
132.....	حقوقك ومسؤولياتك	الفصل 8:
132.....	يتعين أن تحترم خطتنا حقوقك وصعوباتك الثقافية.....	القسم 1
138.....	مسؤولياتك كعضو في خطتنا.....	القسم 2
139.....	إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى)	الفصل 9:
139.....	ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف.....	القسم 1
139.....	أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية.....	القسم 2
140.....	فهم الشكاوى والالتماسات الخاصة بـ Medicare و Medicaid.....	القسم 3
140.....	العملية التي يجب استخدامها لمشكلتك.....	القسم 4
140.....	دليل قرارات والتماسات التغطية.....	القسم 5
142.....	الرعاية الطبية: كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس.....	القسم 6
150.....	أدوية الجزء (D): كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس.....	القسم 7
156.....	كيفية طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى إن كنت تظن أنه يتم إخراجك من المستشفى مبكرًا جدًا.....	القسم 8
160.....	كيفية مطالبتنا بالحفاظ على تغطية الخدمات الطبية المحددة في حالة كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي عما قريب.....	القسم 9
163.....	الانتقال بالالتماس إلى المستوى 3 و 4 و 5.....	القسم 10
165.....	كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو المخاوف الأخرى.....	القسم 11
169.....	إنهاء العضوية في خطتنا	الفصل 10:
169.....	عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.....	القسم 1
169.....	متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟.....	القسم 2
171.....	كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا؟.....	القسم 3

172	حتى تنتهي عضويتك، يتعين عليك مواصلة الحصول على العناصر والخدمات والأدوية الطبية الخاصة بك من خلال خطتنا.....	القسم 4
173	يتعين على Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إنهاء عضويتنا في خطتنا في مواقف معينة.....	القسم 5
174	الإخطارات القانونية	الفصل 11:
174	إخطار حول القانون الحاكم.....	القسم 1
174	إخطار بشأن عدم التمييز.....	القسم 2
174	إخطار حول حقوق إحلال المسدد الثانوي من Medicare.....	القسم 3
176	إخطار بشأن استرداد المدفوعات الزائدة.....	القسم 4
176	قرارات التغطية الوطنية.....	القسم 5
177	التعريفات	الفصل 12:
186	معلومات الاتصال الهامة	أقلامًا:

الفصل 1: بداية العضوية

أنت عضو في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

القسم 1

لقد قمت بالتسجيل في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)، وهي خطة Medicare Special Needs Plan

القسم 1.1

تخضع لتغطية كل من Medicare و Medicaid:

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

لقد اخترت أن تحصل على رعاية Medicare و Medicaid الصحية وتغطية الأدوية من خلال خطتنا Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). تغطي خطتنا جميع خدمات الجزء A والجزء B. وعلى الرغم من ذلك، يختلف تقاسم التكلفة ووصول مقدمي الخدمات في خطتنا عن Original Medicare.

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Advantage Plan متخصصة (Medicare Special Needs Plan)، ويقصد بذلك أنه قد تم تصميم مزايها للأشخاص من ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) مصممة للأشخاص الذين لديهم Medicare ويحق لهم الحصول على مساعدة من Medicaid.

نظرًا لحصولك على مساعدة من Medicaid فيما يتعلق بتقاسم تكلفة الجزء A و B من Medicare (المبالغ المقتطعة ومبالغ المشاركة في السداد والتأمين المشترك)، قد لا تدفع شيئًا لخدمات Medicare. وقد يوفر Medicaid أيضًا مزايًا أخرى عن طريق تغطية خدمات الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة طبيًا التي لا تتم تغطيتها عادة ضمن Medicare. وستتلقى Extra Help (مساعدة إضافية) أيضًا من Medicare لسداد تكاليف الأدوية ضمن Medicare. ستساعدك Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) في إدارة كل هذه المزاي، حتى تحصل على الخدمات الصحية والمساعدة في السداد التي تستحق الحصول عليها.

تتم إدارة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) من قبل شركة خاصة. وشأنها شأن جميع خطط Medicare Advantage، فخطة Medicare للاحتياجات الخاصة هذه معتمدة من Medicare. تمتلك خطتنا أيضًا عقدًا مع برنامج Cardinal Care من أجل تنسيق مزاي Medicaid الخاصة بك. يسرنا توفير تغطية Medicare و Medicaid الخاصة بك، بما في ذلك تغطية الأدوية.

معلومات قانونية حول دليل التغطية

القسم 1.2

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

يسري العقد في الشهور التي تكون فيها مسجلًا في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) في الفترة ما بين يناير 1، 2026 وديسمبر 31، 2026

يتيح لنا برنامج Medicare إجراء تغييرات على خططنا التي نقدمها كل عام تقويمي. ويعني هذا أنه يمكننا تغيير تكاليف ومزاي Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) بعد ديسمبر 31، 2026. يمكننا أيضًا اختيار التوقف عن تقديم خطتنا في منطقة خدمتك، بعد ديسمبر 31، 2026.

يتعين على Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) و Cardinal Care اعتماد Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). يمكنك الاستمرار في الحصول على تغطية Medicare كعضو في خطتنا كل عام طالما اخترنا الاستمرار في تقديم خطتنا وتجديد Medicare و Cardinal Care الموافقة على خطتنا.

القسم 2 متطلبات الأهلية للخطة

القسم 2.1 متطلبات الأهلية

تكون مؤهلاً للاستمتاع بعضوية في خطتنا طالما تستوفي جميع الشروط التالية:

- لديك كل من برنامج Medicare الجزء A و Medicare الجزء B
- تعيش في منطقة خدماتنا الجغرافية (الموضحة في القسم 2.3). الأشخاص الذين يقضون عقوبة بالسجن لا يُعتبرون من المقيمين ضمن منطقة الخدمة الجغرافية، حتى وإن كانوا موجودين فيها فعلياً.
- كنت من مواطني الولايات المتحدة أو مقيماً في الولايات المتحدة بصفة قانونية/شرعية
- تلي متطلبات الأهلية الخاصة الموضحة أدناه.

متطلبات الأهلية الخاصة في خطتنا

لقد صُممت خطتنا لتلبية احتياجات الأشخاص الذين يحصلون على مزايا Medicaid محددة. (إن Medicaid هو برنامج فيدرالي مشترك تابع لحكومة الولاية يساعد في التكاليف الطبية لمجموعة معينة من الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة.) لكي تكون مؤهلاً في خطتنا، يجب أن تنتمي إلى إحدى فئات الأهلية التالية لبرنامج Medicaid: **QMB+** و **SLMB+** و **FBDE**.

ملاحظه: إذا فقدت أهليتك ولكن يمكن توفُّع بصورة معقولة أنك ستستعيد أهليتك في غضون 6 أشهر، فأنت لا تزال مؤهلاً للحصول على العضوية. يخبرك القسم 2، في الفصل 4 حول التغطية وتقاسم التكلفة خلال فترة تعتبر مستمرة من الأهلية.

القسم 2.2 Medicaid

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

بالإضافة إلى ذلك، يقدم Medicaid برامج لمساعدة الأشخاص على سداد تكاليف Medicare، مثل أقساط Medicare الخاصة بهم. تساعد برامج التوفير ضمن Medicare التالية الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في توفير الأموال في كل عام:

- **Qualified Medicare Beneficiary Plus (QMB+)**: يساعد في دفع أقساط الجزأين (A) و (B) من Medicare، وحصص تقاسم التكلفة الأخرى (مثل المبالغ المقتطعة والتأمين المشترك ومبالغ المشاركة في السداد). تكون أيضاً مؤهلاً للحصول على مزايا Medicaid الكاملة من برنامج Medicaid الخاص بولايتك.
- **Specified Low-Income Medicare Beneficiary Plus (SLMB+)**: يساعد في دفع أقساط الجزء (B) من برنامج Medicare وربما الجزء (A). قد تغطي Medicaid بعضاً من حصص تكاليف Medicare للخدمات الطبية، حسب برنامج Medicaid في ولايتك. أنت مؤهل للحصول على Medicaid بالكامل.
- **Full Benefit Dual Eligible (FBDE)**: قد تغطي Medicaid بعضاً من حصص تكاليف Medicare للخدمات الطبية، حسب برنامج Medicaid في ولايتك. أنت مؤهل للحصول على Medicaid بالكامل.

الشخص المؤهل بشكل مزدوج للمزايا الكاملة هو الشخص الذي:

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

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

- أقساط Medicare الشهرية للجزء أ والجزء ب

القسم 2.3 منطقة خدمات الخطة الخاصة بـ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

لا تتوفر Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إلا للأشخاص الذين يعيشون في منطقة خدمات خطتنا. للبقاء عضوًا في خطتنا، يتعين عليك الاستمرار في العيش في منطقة خدمات خطتنا. فيما يلي وصف لمنطقة الخدمات.

تشتمل منطقة خدماتنا على هذه المقاطعات في:

Virginia: Accomack, Albemarle, Alexandria City, Alleghany, Amelia, Amherst, Appomattox, Arlington, Augusta, Bath, Bedford, Bland, Botetourt, Bristol City, Brunswick, Buchanan, Buckingham Buena Vista City, Campbell, Caroline, Carroll, Charles City, Charlotte, Charlottesville City, Chesapeake City, Chesterfield, Clarke, Colonial Heights City, Covington City, Craig, Culpeper, Cumberland, Danville City, Dickenson, Dinwiddie, Emporia City, Essex, Fairfax, Fairfax City, Falls Church City, Fauquier, Floyd, Fluvanna, Franklin, Franklin City, Frederick, Fredericksburg City, Galax City, Giles, Gloucester, Goochland, Grayson, Greene, Greensville, Halifax, Hampton City, Hanover, Harrisonburg City, Henrico, Henry, Highland, Hopewell City, Isle of Wight, James City, King and Queen, King George, King William, Lancaster, Lee, Lexington City, Loudoun, Louisa, Lunenburg, Lynchburg, City, Madison, Manassas City, Manassas Park City, Martinsville City, Mathews, Mecklenburg, Middlesex, Montgomery, Nelson, New Kent, Newport News City, Norfolk City, Northampton, Northumberland, Norton City, Nottoway, Orange, Page, Patrick, Petersburg City, Pittsylvania, Poquoson City Portsmouth City, Powhatan, Prince Edward, Prince George, Prince William, Pulaski, Radford City, Rappahannock, Richmond, Richmond City, Roanoke, Roanoke City, Rockbridge, Rockingham, Russell, Salem City, Scott, Shenandoah, Smyth, Southampton, Spotsylvania, Stafford, Staunton City, Suffolk City, Surry, Sussex, Tazewell, Virginia Beach City, Warren, Washington, Waynesboro City, Westmoreland, Williamsburg City, Winchester City, Wise, Wythe, York,

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

في حال انتقالك من منطقة خدمات خطتنا، لا يمكنك أن تظل عضوًا في هذه الخطة. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لمعرفة ما إذا كانت لدينا خطة في منطقتك الجديدة. عندما تنتقل، سيكون لديك فترة تسجيل خاصة إما للتبديل إلى Original Medicare أو التسجيل في خطة Medicare الصحية أو الدوائية في موقعك الجديد.

إذا قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره، فمن المهم أيضًا الاتصال بالضمان الاجتماعي. اتصل بالضمان الاجتماعي على **1-800-772-1213** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-800-325-0778**).

القسم 2.4 من مواطني الولايات المتحدة أو مقيم بصفة شرعية

يتعين أن يكون عضو الخطة الصحية من Medicare من مواطني الولايات المتحدة أو مقيمًا في الولايات المتحدة بصفة شرعية. ستقوم Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) بإبلاغ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) في حال لم تكن مؤهلاً للبقاء كعضو في خطتنا على هذا الأساس. يتعين على Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إلغاء تسجيلك إذا لم تستوف هذا المطلب.

مواد عضوية مهمة

القسم 3

بطاقة عضوية خطتنا

القسم 3.1

استخدم بطاقة عضويتك عندما تحصل على خدمات مغطاة من قبل خطتنا وللأدوية الموصوفة التي تحصل عليها في صيدليات الشبكة. نموذج بطاقة عضويتك في الخطة:

Important Information	
Member Services:	1-855-463-0933 (TTY: 711)
24 Hour Nurse Advice:	1-855-493-7019 (TTY: 711)
Behavioral Health and ARTS Crisis:	1-855-463-0933 (TTY: 711)
Pharmacy Help Desk:	1-800-238-6279 (TTY: 711)
Dental:	1-855-463-0933 (TTY: 711)
Transportation:	1-844-452-9375 (TTY: 711)
Website:	AetnaMedicare.com/VADSNP
For Providers:	
Eligibility, Preauthorization and Claims	1-855-463-0933 (TTY: 711)
Submit claims to:	
Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)
P.O. Box 982980	P.O. Box 818070
El Paso, TX 79998	Cleveland, OH 44181
	Payer ID: 128VA
In case of emergency go to the nearest emergency room or call 911.	
This card is not a guarantee of eligibility, enrollment or payment.	

			
Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)			
Member Name: <Name>		RxBIN: 610502	
Member ID: <ID#>		RxPCN: MEDDAET	
Issuer (80840): <Date>		RxGRP: RXAETD	
Effective Date: <Date>		RxID: <ID#>	
PCP: \$0 Copay		MedicareRx	
Specialist: \$0 Copay		Prescription Drug Coverage X	
Emergency Room: \$0 Copay		PCP Phone: <Phone>	
Urgent Care: \$0 Copay		H1610-001	
PCP Name: <Name>			
Issued: <Date>			

لا تستخدم بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء للخدمات الطبية المغطاة أثناء عضويتك في هذه الخطة. إذا استخدمت بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة عضوية Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)، فقد تحتاج إلى دفع تكلفة الخدمات الطبية بالكامل بنفسك. احتفظ ببطاقة Medicare في مكان آمن. قد تتم مطالبتك بإبرازها إذا احتجت إلى خدمات المستشفى أو خدمات المحتضرين أو المشاركة في الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare والتي يطلق عليها أيضاً التجارب السريرية.

في حالة تلف بطاقة عضوية خطتنا أو فقدانها أو سرقتها، اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النسي الاتصال على رقم **711**) فوراً وسنرسل لك بطاقة جديدة.

دليل مقدمي الخدمات والصيديات

القسم 3.2

يسرد دليل مقدمي الخدمات والصيديات ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/find-provider)) و ([AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/find-provider)) مقدمي خدمات الشبكة الحاليين ومقدمي خدمات المعدات الطبية المعمرة وصيديات الشبكة. مقدمو الخدمات داخل الشبكة هم الأطباء ومرشيو الرعاية الصحية الآخرون والمجموعات الطبية ومستلزمات المعدات الطبية المعمرة والمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى التي لها اتفاقية معنا لتقبل مدفوعاتنا وأي مشاركة في تكاليف الخطة كمدفوعات كاملة.

يتعين عليك الاستعانة بمقدمي الخدمات التابعين للشبكة للحصول على الرعاية والخدمات الطبية. إذا ذهبت إلى أي مكان آخر بدون تصريح مناسب، فسيتم عليك السداد بالكامل. الاستثناءات الوحيدة هي الحالات الطارئة والخدمات الضرورية العاجلة عندما تكون الشبكة غير متوفرة (أي المواقف التي يكون من غير المعقول أو غير الممكن الحصول على الخدمات داخل الشبكة) وخدمات غسيل الكلى خارج المنطقة والحالات التي تسمح فيها Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) باستخدام مقدمي خدمات من خارج الشبكة.

الصيديات التابعة للشبكة هي الصيديات التي توافق على صرف الوصفات الطبية المغطاة لأعضاء خطتنا. استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيديات للعثور على الصيدلية التابعة للشبكة التي ترغب بالتعامل معها. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4 للحصول على معلومات حول متى يمكنك استخدام الصيديات غير الموجودة في شبكة خطتنا.

إذا لم يكن لديك دليل مقدمي الخدمات والصيديات، فيمكنك طلب الحصول على نسخة (إلكترونيًا أو ورقياً) من خدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** يمكن لمستخدمي الهاتف النسي الاتصال على رقم **711**. الأوراق المطلوبة سيتم إرسال أدلة

الفصل 1. بداية العضوية

مقدمي الخدمات إليك بالبريد خلال 3 أيام العمل. يمكنك أيضاً العثور على هذه المعلومات على موقعنا على الانترنت من خلال [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/medicare/virginia-hmosnp/find-provider).

قائمة الأدوية (كتيب الوصفات)

قسم 3.3

تتضمن خطتنا قائمة الأدوية المغطاة (وتسمى أيضاً قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات). وهذه القائمة توضح أدوية الوصفات الطبية المغطاة بموجب مزايا الجزء D في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). الأدوية المدرجة في هذه القائمة اختارتها خطتنا بمساعدة الأطباء والصيدال. يتعين أن تلي قائمة الأدوية متطلبات Medicare. سيتم إدراج الأدوية ذات الأسعار المتفق عليها بموجب برنامج التفاوض على أسعار الأدوية من Medicare في قائمة الأدوية الخاصة بك ما لم تتم إزالتها واستبدالها كما هو موضح في الفصل 5، القسم 6. اعتمدت Medicare قائمة أدوية Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

كما توضح قائمة الأدوية ما إذا كانت هناك أي قواعد تقيد تغطية الدواء.

سنمنحك نسخة من قائمة الأدوية. للحصول على المعلومات الأحدث والكاملة بخصوص الأدوية المغطاة، تفضل بزيارة [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary](https://www.aetna.com/medicare/virginia-hmosnp/formulary) أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على 711).

ملخص التكاليف الهامة لعام 2026

القسم 4

التكاليف الخاصة بك في عام 2026	
\$0	قسط الخطة الشهري* *يمكن أن يكون قسطك أعلى من هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 4.1 للحصول على التفاصيل.
\$9,250	الحد الأقصى لمبلغ التكاليف الثرية وهذا هو أقصى مبلغ تدفعه من جيبك للخدمات المغطاة. (انتقل إلى الفصل 4، القسم 1.2 لمعرفة التفاصيل.) لن تكون مسؤولاً عن سداد أي من التكاليف الثرية ضمن الحد الأقصى من المبلغ الثري لخدمات الجزء A والجزء B المغطاة.
\$0	زيارات عيادة الرعاية الأولية
\$0	زيارات العيادات التخصصية
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقطوع على رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المغطاة. إذا تلقيت رعاية المرضى الداخليين المعتمدة في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فإن تكلفتها هي تقاسم التكلفة الذي ستسده في مستشفى تابعة للشبكة.	إقامة المرضى الداخليين بالمستشفى

التكاليف الخاصة بك في عام 2026

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة في سداد مقابل أدويةك الموصوفة، فإنك تدفع:

\$0

إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة في سداد مقابل أدويةك الموصوفة، فإنك تدفع:

\$615 (المستويات 3-5) باستثناء منتجات الأنسولين المغطاة ومعظم لقاحات الجزء D للبالغين.

تغطية أدوية الجزء (D) القابلة للخصم
(انتقل إلى الفصل 6، القسم 4 لمعرفة التفاصيل)

التكاليف الخاصة بك في عام 2026

المشاركة في السداد/التغطية الأولية خلال مرحلة التغطية الأولية:

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة في سداد مقابل أدويةك الموصوفة، فإنك تدفع:

للأدوية الجنيسة المغطاة (بما في ذلك الأدوية ذات العلامات التجارية التي تعامل كأدوية جنيسة)، إما \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 أو لكل وصفة طبية

جميع الأدوية الأخرى: إما \$0 أو \$4.90 أو \$12.65 لكل وصفة طبية

إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة في سداد مقابل أدويةك الموصوفة، فإنك تدفع:

مستوى الأدوية 1: تدفع \$0 مقابل وصفة طبية.

مستوى الأدوية 2: تدفع \$0 مقابل وصفة طبية.

مستوى الأدوية 3: تدفع 22% من التكلفة الإجمالية.

لا تدفع أكثر من \$35 للصرف الشهري لكل منتج أنسولين مغطى في هذا المستوى.

مستوى الأدوية 4: تدفع 25% من التكلفة الإجمالية.

لا تدفع أكثر من \$35 للصرف الشهري لكل منتج أنسولين مغطى في هذا المستوى.

مستوى الأدوية 5: تدفع 25% من التكلفة الإجمالية.

لا تدفع أكثر من \$35 للصرف الشهري لكل منتج أنسولين مغطى في هذا المستوى.

مرحلة التغطية في حالات الكوارث:

• خلال مرحلة الدفع هذه، لن تدفع أي شيء مقابل الأدوية المغطاة ضمن الجزء (D).

تغطية أدوية الجزء (D)

انتقل إلى الفصل 6 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك المبلغ المقتطع السنوي والتغطية الأولية ومراحل التغطية في حالة حصول كوارث.

قد تشمل تكاليفك على ما يلي:

- قسط الخطة (القسم 4.1)
- القسط الشهري للجزء B من برنامج Medicare (القسم 4.2)
- الجزء (د) عقوبة التسجيل المتأخر (القسم 4.3)
- المبلغ الشهري المعدل المرتبط بالدخل (القسم 4.4)
- مبلغ خطة Medicare Prescription Payment Plan (القسم 4.5)

قسط الخطة

القسم 4.1

لا تدفع قسماً شهرياً منفصلاً للخطة (HMO D-SNP) Aetna Medicare FIDE.

إذا كنت تحصل على مساعدة من أحد هذه البرامج، فقد لا تنطبق عليك المعلومات المتعلقة بالأقساط الموجودة في دليل التغطية هذا. لقد أرسلنا لك مستند منفصل، بعنوان ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون "مساعدة إضافية" (Extra Help) لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية (والذي يُعرف أيضاً باسم ملحق إعانة ذوي الدخل المنخفض أو ملحق LIS)، والذي سيوضح لك تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا المستند، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711) واطلب الحصول على LIS Rider.

القسط الشهري للجزء (B) من برنامج Medicare

القسم 4.2

يطلب من العديد من الأعضاء سداد أقساط Medicare الأخرى

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

إذا لم تسدد Medicaid أقساط Medicare الخاصة بك، فيتعين عليك الاستمرار في سداد أقساط Medicare للحفاظ على عضوية خطتنا. يشتمل ذلك على قسط التأمين للجزء (B). يمكنك أيضاً دفع قسط للجزء (A) إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على الجزء (A) المجاني من الأقساط.

غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D)

القسم 4.3

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

لا يتعين عليك دفع غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D) في الحالات التالية:

- يمكنك الحصول على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة في سداد تكاليف أدويةك.
- لقد مر أقل من 63 يوماً على التوالي بدون التغطية الجديرة بالحصول على الائتمان.
- كانت لديك تغطية أدوية جديرة بالحصول على الائتمان من خلال مصدر آخر (مثل صاحب عمل سابق أو نقابة أو TRICARE أو إدارة صحة المحاربين القدامى (VA)). ستخبرك شركة التأمين أو إدارة الموارد البشرية الخاصة بك كل عام إذا كانت تغطية الأدوية الخاصة بك تتضمن تغطية جديرة بالحصول على الائتمان أم لا. يمكنك الحصول على هذه المعلومات في خطاب أو رسالة إخبارية من تلك الخطة. حافظ على هذه المعلومات، لأنه ربما تحتاج إليها في حال التحاقك بخطة أدوية Medicare فيما بعد.
- **ملاحظة:** يجب على أي رسالة أو إخطار أن ينص على أنك لديك تغطية أدوية وصفات طبية "موثوقة" يغطي نفس المبلغ المدفوع من قبل الخطة القياسية للأدوية الخاصة ببرنامج Medicare.
- **ملاحظة:** لا تعد بطاقات خصم الأدوية الموصوفة والعيادات المجانية ومواقع الويب الخاصة بخصم الأدوية تغطية موثوقة للأدوية الموصوفة.

يحدد برنامج Medicare مبلغ غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D). وإليك كيف يعمل:

- أولاً، احسب عدد الأشهر الكاملة التي قمت فيها بتأخير التسجيل في خطة أدوية Medicare، بعد أن كنت مؤهلاً للتسجيل. أو احسب عدد الأشهر الكاملة التي لم يكن لديك فيها تغطية الأدوية الجديرة بالحصول على الائتمان، في حالة وجود خلل في التغطية لمدة 63 يوماً أو أكثر. الغرامة تكون 1% لكل شهر ليس لديك فيه تغطية جديرة بالحصول على الائتمان. على سبيل المثال، في حال انقضاء 14 شهراً دون تغطية، فإن الغرامة ستكون بنسبة 14%.
- يحدد Medicare بعد ذلك مبلغ القسط الشهري للخطة في المتوسط لخطة أدوية Medicare لكل دولة من العام السابق. (قسط المستفيد الأساسي الوطني). لعام 2026، متوسط مبلغ القسط هذا هو \$38.99.
- لحساب غرامتك الشهرية، اضرب نسبة الغرامة في قسط المستفيد الأساسي الوطني وقم بالتقريب إلى أقرب 10 سنت. في المثال هنا، سيكون 14% مضروباً في \$38.99، وهو ما يساوي \$5.46. ويتم تقريب هذا إلى \$5.50. ستتم إضافة هذا المبلغ إلى قسط الخطة الشهري لشخص لديه غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D).

ثلاثة أشياء مهمة يجب معرفتها حول غرامة التسجيل المتأخر الشهرية للجزء (D):

- **قد تتغير العقوبة كل عام** لأن قسط المستفيد الأساسي الوطني يمكن أن يتغير كل عام.
- **ستستمر في سداد غرامة كل شهر طالما أنك مسجل في خطة تتضمن مزايا أدوية الجزء (D) من Medicare**، حتى إذا قمت بتغيير الخطط.
- إذا كنت تحت عمر 65 ومسجلاً في Medicare، فستتم إعادة تعيين غرامة التسجيل المتأخر في الجزء (D) عندما تصبح 65 من العمر. بعد أن تبلغ من العمر 65، ستستند غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D) فقط إلى الأشهر التي لا تتمتع فيها بتغطية بعد فترة التسجيل الأولية للكبار في Medicare.

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

القسم 4.4 مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل

إذا فقدت أهليتك لهذه الخطة بسبب التغيرات في الدخل، فقد يطلب من بعض الأعضاء دفع رسوم إضافية لخطة Medicare الخاصة بهم، وهو ما يعرف باسم مبلغ التسوية الشهرية المرتبط بالدخل من الجزء (IRMAA) D. يتم احتساب الرسوم الإضافية باستخدام الدخل الإجمالي المعدل كما هو مذكور في الإقرار الضريبي الخاص بمصلحة الضرائب الأمريكية منذ عامين 2. إذا كان هذا المبلغ أكبر من مبلغ معين، فستسدد مبلغ القسط القياسي ومبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA) الإضافي. لمزيد من المعلومات حول المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه بناءً على دخلك، تفضل بزيارة www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

في حال تعين عليك دفع IRMAA إضافي، فإن الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare خاصتك، سُرسل إليك خطاباً يُخبرك بقيمة المبلغ الإضافي. سيتم خصم المبلغ الإضافي من ضمانك الاجتماعي، أو معاش نقابة السكة الحديد، أو من شيك مخصصات مكتب إدارة شؤون العاملين، بصرف النظر عن الطريقة التي تدفع بها عادة قسط خطتنا، إلا إذا كانت المخصصات الشهرية غير كافية لتغطية المبلغ الإضافي المستحق. في حالة أن شيك المزايا غير كافٍ لتغطية المبلغ الإضافي، ستصلك فاتورة من Medicare. يتعين عليك سداد IRMAA الإضافي إلى الحكومة. ولا يمكن دفعه باستخدام قسط خطتك الشهري. إذا لم تدفع مبلغ IRMAA الإضافي، إلغاء تسجيلك من خطتنا وستفقد تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا.

إذا كنت لا توافق على دفع مبلغ IRMAA، يمكنك مطالبة الضمان الاجتماعي بمراجعة القرار. لمعرفة كيفية القيام بذلك، اتصل بالضمان الاجتماعي على **1-800-772-1213** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-800-325-0778**).

Medicare Prescription Payment Plan مبلغ خطة**القسم 4.5**

إذا كنت مشاركاً في خطة دفع الوصفات الطبية Medicare، فسوف تدفع قسط خطتنا كل شهر (إذا كان لديك واحد) وستتلقى فاتورة من خطة الرعاية الصحية أو الأدوية الخاصة بك مقابل أدويةك الموصوفة (بدلاً من دفع ثمن الصيدلية). تعتمد فاتورتك الشهرية على المبلغ المستحق عليك مقابل أي وصفات طبية تحصل عليها، بالإضافة إلى رصيد الشهر السابق، مقسوماً على عدد الأشهر المتبقية في العام.

يخبرنا القسم 2، الفصل 7 المزيد حول خطة الدفع بوصفة طبية من Medicare. إذا كنت لا توافق على المبلغ الذي تم فرضه كجزء من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات المذكورة في الفصل 9 لتقديم شكوى أو التماس.

مزيد من المعلومات حول قسط خطتك الشهرية**القسم 5****لن يتغير قسط خطتنا الشهرية خلال العام****القسم 5.1**

لا يسمح لنا بتغيير مبلغ القسط الشهري لخطتنا خلال العام. في حال تغير قسط الخطة الشهرية للعام المقبل، سنخبرك بذلك خلال شهر سبتمبر وسيجري القسط الجديد اعتباراً من يناير 1.

ومع ذلك، في بعض الحالات، قد تتمكن من التوقف عن دفع غرامة التسجيل المتأخر، إذا كنت تدين بوحدة، أو قد تحتاج إلى البدء في دفع غرامة التسجيل المتأخر. قد يحدث هذا إذا أصبحت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية أو فقدت أهليتك للحصول على مساعدة إضافية خلال العام.

- إذا كنت تدفع حالياً غرامة التسجيل المتأخر للجزء (D) وأصبحت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية خلال العام، فستتمكن من التوقف عن دفع غرامتك.
- إذا فقدت المساعدة الإضافية، فقد تخضع لغرامة التسجيل المتأخر للجزء (D) إذا مضت 63 يوماً أو أكثر على التوالي بدون تغطية الجزء (D) أو تغطية أدوية أخرى جديدة بالثقة.

تعرف على المزيد حول المساعدة الإضافية في الفصل 2، القسم 7.

حافظ على سجل عضوية خطتنا محدثاً**القسم 6**

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

يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيدالدة ومقدمو الخدمات الآخرون في شبكة **خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المغطاة ومبالغ** تقاسم التكلفة الخاصة بك. وبسبب ذلك، فمن المهم جداً مساعدتنا في الحفاظ على معلوماتك محدثة.

إذا كان لديك أي من هذه التغييرات، فأخبرنا بما يلي:

- التغييرات التي تطرأ على اسمك أو عنوانك أو رقم هاتفك
- أو أي تغييرات في أي تغطية تأمين صحي آخر لديك (مثلاً من صاحب عملك أو صاحب عمل زوجك/زوجتك أو صاحب عمل شريك/شريكة سكنك أو تعويضات العاملين أو Medicaid)
- وجود أي من مطالبات المسؤولية، مثل مطالبات عن حادث سيارة.
- إذا تم إدخالك إلى دار الرعاية التمريضية
- إذا تلقيت الرعاية في مستشفى خارج المنطقة أو خارج الشبكة أو في غرفة الطوارئ.
- إذا تغير الطرف المسؤول المُعين لك (مثل مُقدم الرعاية)

• إذا كنت تشارك في دراسة بحثية سريرية (**ملاحظة:** لست مطالبًا بإخبار خطتنا عن دراسات الأبحاث السريرية التي تنوي المشاركة فيها ولكننا نشجعك على القيام بذلك).

في حالة تغيير أي من هذه المعلومات، أعلمنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

وإذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي، فمن المهم أيضًا الاتصال بالضمان الاجتماعي وتعريفهم بذلك. اتصل بالضمان الاجتماعي على **1-800-772-1213** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-800-325-0778**).

القسم 7 كيف تعمل أنواع التأمينات الأخرى مع خطتنا

يتطلب برنامج Medicare منا جمع معلومات حول أي تغطية طبية أو دوائية أخرى تتمتع بها حتى تتمكن من تنسيق أي تغطية أخرى مع مزياك بموجب خطتنا. وهذا يطلق عليه **تنسيق المزايا**.

مرة في العام، سنرسل لك خطابًا يتضمن أي تغطية طبية أو دوائية أخرى نعرفها. اقرأ هذه المعلومات بعناية. إذا كان صحيحًا، فلا يتعين عليك فعل أي شيء. إذا كانت المعلومات غير صحيحة، أو إذا كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). قد تحتاج إلى إعطاء رقم تعريف عضوية خطتنا إلى شركات التأمين الأخرى (بعد التأكد من هويتها) حتى تدفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المناسب.

عندما يكون لديك تأمين آخر (مثل التغطية الصحية لمجموعة جهة عمل)، فقواعد Medicare تحدد الجهة المنوط بها الدفع أولاً سواء خطتنا أم التأمين الآخر. وتدفع جهة التأمين التي تدفع أولاً ("المسدد الأساسي") حتى أقصى حدود تغطيتها. التأمين التي يدفع ثانيًا "المسدد الثانوي"، يدفع فقط إذا كانت هناك تكاليف متبقية غير مغطاة بالتغطية الأولية. ولا يتحمل المسدد الثانوي دفع جميع التكاليف غير المغطاة. إذا كان لديك تأمين آخر، فأخبر طبيبك والمستشفى والصيدلية.

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

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

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

- التغطية العلاجية الشاملة (بما في ذلك التأمين على السيارات)
- تأمين المسؤولية (بما في ذلك التأمين على السيارات)
- مزايا الرثة السوداء
- تعويضات العاملين

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

الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد

جهات اتصال Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

القسم 1

للحصول على مساعدة بخصوص المطالبات أو إصدار الفواتير أو الأسئلة المتعلقة ببطاقة العضو، اتصل أو اكتب إلى خدمات أعضاء Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). سيسرنا مساعدتك.

خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 ، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. كما يوجد أيضًا ضمن "خدمات الأعضاء" خدمات المترجمين الفوريين المجانية لمن لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-259-2087
المراسلة	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Aetna Duals COE Member Correspondence PO Box 982980 El Paso, TX 79998
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

كيفية طلب قرار تغطية أو التماس بخصوص رعايتك الطبية

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل الأدوية من الجزء (D) أو الخدمات الطبية التي نوفرها لك. الالتماس هو وسيلة رسمية لطلب مراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. لمزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرارات التغطية أو الالتماسات المتعلقة برعايتك الطبية أو أدوية الجزء (D)، انتقل إلى الفصل 9.

قرارات التغطية للرعاية الطبية - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 ، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل هي من الساعة 8 صباحاً إلى 5 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل هي من الساعة 8 صباحاً إلى 5 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-833-280-5224
المراسلة	PO Box 818051 Cleveland, OH 44181-8051
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

قرارات التغطية للأدوية في الجزء (D) - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل هي 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل هي 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-877-270-0148
المراسلة	Part D Coverage Determination Pharmacy Department 4750 S 44th Pl Suite 150 Phoenix, AZ 85040
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

الفصل 2. أرقام الهواتف والموارد

الالتزامات للرعاية الطبية - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-883-9555
المراسلة	Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

التماسات الأدوية ضمن الجزء (D) - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل هي 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل هي 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-877-270-0148
المراسلة	الجزء D من قسم التماس الصيدليات 4750 S 44th Pl Suite 150 Phoenix, AZ 85040
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

كيفية تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية

يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أحد مقدمي الخدمات أو الصيدليات التابعين لشبكتنا، بما في ذلك تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية المقدمة لك. لا يتضمن هذا النوع من الشكاوى نزاعات متعلقة بالتغطية أو الدفع. لمزيد من المعلومات حول كيفية تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية، انتقل إلى الفصل 9.

الشكاوى الخاصة بالرعاية الطبية - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 ، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-883-9555
المراسلة	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181 COEGandA@aetna.com
موقع Medicare الإلكتروني	لتقديم شكوى بخصوص Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

شكاوى بخصوص الأدوية ضمن الجزء (D) - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-855-463-0933 ، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
الفاكس	1-855-883-9555
المراسلة	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) Appeals and Grievances PO Box 818070 Cleveland, OH 44181
موقع Medicare الإلكتروني	لتقديم شكوى بخصوص Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare، انتقل إلى www.medicare.gov/MedicareComplaintForm/home.aspx .

الفصل 2. أرقام الهواتف والموارد

كيفية مطالبتنا بسداد حصتنا من التكلفة للرعاية الطبية أو الدواء الذي حصلت عليه إذا كنت قد تلقيت فاتورة أو سددت مقابل خدمات (مثل فاتورة مقدم الخدمات) تعتقد أنه عليك سداد ثمنها، فقد تحتاج إلى مطالبتنا بالسداد أو دفع فاتورة لمقدم الخدمات. انتقل إلى الفصل 7 لمزيد من المعلومات.

إذا أرسلت إلينا طلبًا بالسداد ورفضنا أي جزء من الطلب، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. انتقل إلى الفصل 9 لمزيد من المعلومات.

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

طلبات سداد الأدوية ضمن الجزء (D) - معلومات الاتصال	
المراسلة	Aetna Integrated Pharmacy Solutions PO Box 52446 Phoenix, AZ 85072
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

القسم 2 الحصول على مساعدة من Medicare

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

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicaid و Medicare أو ما يُعرف اختصارًا بـ CMS. وهذه الوكالة متعاقدة مع منظمات Medicare Advantage والتي من بينها خطتنا.

Medicare - معلومات الاتصال	
اتصل على الرقم	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) المكالمات على هذا الرقم مجانية. 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
الهاتف النصي	1-877-486-2048 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات على هذا الرقم مجانية.
دردشة مباشرة	الدرشة مباشرة على Medicare.gov/talk-to-someone
المراسلة	يمكنك مراسلة Medicare على PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
الموقع الإلكتروني	Medicare.gov <ul style="list-style-type: none"> الحصول على معلومات حول خطط الأدوية والخطط الصحية من Medicare في منطقتك، بما في ذلك تكلفتها والخدمات التي تقدمها. البحث عن الأطباء المشاركين في Medicare أو غيرهم من مقدمي الرعاية الصحية والموردين. تعرف على ما يغطيه Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات أو الحقن أو اللقاحات وزيارات "العافية" السنوية). الحصول على معلومات ونماذج التماسات Medicare. الحصول على معلومات حول جودة الرعاية المقدمة بواسطة الخطط ودور التمريض والمستشفيات والأطباء والوكالات الصحية المنزلية ومرافق غسيل الكلى ومراكز رعاية المحتضرين ومرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ومستشفيات الرعاية طويلة الأجل. ابحث عن مواقع الويب وأرقام الهواتف المفيدة. <p>يمكنك أيضًا زيارة Medicare.gov لإخبار Medicare بأي شكاوى لديك بخصوص Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).</p> <p>لتقديم شكاوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. يأخذ Medicare الشكاوى الخاصة بك على محمل الجد وسوف تستخدم هذه المعلومات للمساعدة في تحسين جودة برنامج Medicare.</p>

القسم 3

برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP)

برنامج مساعدة في التأمين الصحي بالولاية (SHIP) هو برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين في كل ولاية يقدم مساعدة ومعلومات وإجابات مجانية على أسئلتك المتعلقة بـ Medicare. يرجى الرجوع إلى الملحق أ في الجزء الخلفي من هذا المستند لاسم ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج مساعدة في التأمين الصحي بالولاية في ولايتك.

SHIP هو برنامج حكومي مستقل (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تأمين صحي محلية مجانية للأشخاص التابعين لـ Medicare.

يمكن لمستشاري برنامج SHIP مساعدتك في فهم حقوقك لدى Medicare، ومساعدتك في تقديم الشكاوى المتعلقة برعايتك أو علاجك الطبي ومساعدتك في حل المشاكل المتعلقة بفواتير Medicare. يمكن للمستشارين ببرنامج SHIP أيضًا مساعدتك في حل المشاكل أو أسئلة برنامج Medicare ومساعدتك في فهم خيارات برنامج Medicare والإجابة على أي استفسارات لديك حول تبديل الخطط.

القسم 4

منظمة تحسين الجودة (QIO)

تقدم منظمة تحسين الجودة (QIO) المعينة الخدمة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare في كل ولاية. يرجى الرجوع إلى الملحق أ في الجزء الخلفي من هذه الوثيقة يوجد اسم ومعلومات الاتصال لمنظمة تحسين الجودة في ولايتك.

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

اتصل بـ منظمة تحسين الجودة في أي من هذه الحالات:

- إذا كانت لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها. تشمل أمثلة المخاوف المتعلقة بجودة الرعاية على الحصول على دواء خاطئ أو إجراء اختبارات أو إجراءات غير ضرورية أو تشخيص خاطئ.
- إذا كنت تعتقد بأن تغطية إقامتك بالمستشفى ستنتهي قريبًا.
- إذا كنت تعتقد بأن تغطية الرعاية الصحية المنزلية ورعاية مرافق الرعاية التمريض الحاذقة وخدمات منظمة للتأهيل الشامل لمرضى العيادة الخارجية (CORF) تنتهي قريبًا جدًا.

القسم 5

الضمان الاجتماعي

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

إذا قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره، فاتصل بالضمان الاجتماعي لإعلامهم بذلك.

الضمان الاجتماعي - معلومات الاتصال

1-800-772-1213

المكالمات على هذا الرقم مجانية.

متاحًا من الساعة 8 صباحًا إلى 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.

يمكنك استخدام خدمات الهاتف الآلي الخاصة بالضمان الاجتماعي للحصول على معلومات مسجلة وإجراء بعض الأعمال على مدار 24 ساعة يوميًا.

الاتصال

الضمان الاجتماعي - معلومات الاتصال	
الهاتف النصي	يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات على هذا الرقم مجانية. متاحًا من الساعة 8 صباحًا إلى 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
الموقع الإلكتروني	SSA.gov

القسم 6 Medicaid

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

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

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

إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من Medicaid، فاتصل بـ Cardinal Care.

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

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

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

القسم 7 برامج لمساعدة الأشخاص في سداد مقابل الأدوية الموصوفة

يحتوي موقع Medicare على الويب (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) على معلومات حول طرق خفض تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا. يمكن للبرامج أدناه مساعدة الأشخاص ذوي الدخل المحدود.

مساعدة إضافية (Extra Help) من Medicare

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

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

- **1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE)**. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.
- مكتب الضمان الاجتماعي على الرقم **1-800-772-1213** بين الساعة 8 صباحاً و 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-800-325-0778**، أو
- مكتب Medicaid التابع لولايتك (انظر الملحق أ من خلف هذا المستند للحصول على معلومات الاتصال).

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغاً غير صحيح لوصفتك الطبية في صيدلية، فإن خطتنا لديها عملية لمساعدتك في الحصول على دليل على مبلغ المشاركة في السداد الصحيح. إذا كان لديك بالفعل دليل على المقدار المناسب، فيمكننا مساعدتك في مشاركة هذا الدليل معنا.

يمكنك إرسال وثائق الأدلة الخاصة بك إلينا باستخدام أي من وسائل الاتصال التالية:

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

- عندما نحصل على الدليل الذي يوضح مستوى المشاركة في السداد الصحيح، سنقوم بتحديث نظامنا حتى تتمكن من دفع مبلغ المشاركة في السداد الصحيح عندما تحصل على الوصفة الطبية التالية. إذا دفعت مبالغ زائدة في السداد، فسندد لك المبلغ، إما عن طريق شيك أو رصيد مشاركة في السداد في المستقبل. إذا لم تقم الصيدلية بتحصيل المشاركة في السداد وكنت تدين لها بدين، فقد نسدد المبلغ مباشرة إلى الصيدلية. وإذا دفعت الولاية بالنيابة عنك، فقد ندفع للولاية مباشرة. اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**)، إذا كانت لديك أي أسئلة.

ماذا لو كنت تحصل على مساعدة إضافية (Extra Help) وتغطية من برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP)؟

يساعد برنامج المساعدة في أدوية الإيدز (ADAP) في ضمان أن الأشخاص الذين يعانون من فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز سيكون بإمكانهم الوصول إلى أدوية فيروس نقص المناعة البشرية المنقذة للحياة. الجزء (D) من الأدوية من Medicare الموجودة أيضاً في كتيب وصفات الأدوية المغطاة في ADAP مؤهلة للحصول على مساعدة تقاسم التكلفة للوصفة الطبية من خلال ADAP في ولايتك (أرقام الهواتف في الملحق أ) في ظهر هذه المستند).

ملاحظة: لكي تكون مؤهلاً لـ ADAP الذي يعمل في ولايتك، يجب أن يستوفي الأشخاص معايير معينة، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة فيروس نقص المناعة البشرية، والدخل المنخفض (على النحو المحدد من قبل الولاية)، والحالة غير المؤمن عليها/غير المؤمن عليها. وإذا قمت بتغيير الخطط، يرجى إبلاغ عامل التسجيل المحلي في ADAP حتى تتمكن من مواصلة تلقي المساعدة. للحصول على معلومات حول معايير الأهلية أو الأدوية التي تشملها التغطية أو طريقة التسجيل في البرنامج، يرجى التواصل مع برنامج ADAP بالولاية. (يمكنك الرجوع إلى الملحق أ في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على الاسم ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج ADAP في ولايتك).

خطة دفع الوصفات الطبية من Medicare

خطة دفع تكاليف الوصفات الطبية من Medicare هي خيار دفع يعمل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك على إدارة التكاليف الثرية للأدوية المغطاة من خلال خطتنا عن طريق توزيعها على مدار العام التقويمي (من يناير إلى ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية Medicare أو خطة صحية Medicare مع تغطية الأدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية) استخدام خيار الدفع هذا. قد يساعدك خيار الدفع هذا في إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر لك المال أو يخفض تكاليف الأدوية. إذا كنت تشارك في خطة الدفع بوصفها طبية من Medicare وبقيت في نفس خطة الجزء D، تجديد مشاركتك تلقائياً لعام 2026. “Extra Help” (“المساعدة الإضافية”) من Medicare والمساعدة من SPAP وADAP، بالنسبة لأولئك المؤهلين، هي أكثر فائدة

من المشاركة في خطة Medicare Prescription Payment Plan. لمعرفة المزيد حول خيار الدفع هذا، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711) أو تفضل بزيارة Medicare.gov.

Medicare Prescription Payment Plan - معلومات الاتصال	
الاتصال	1-855-463-0933 ، أو الرقم الموجود على بطاقة هوية عضويتك المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. كما يتوفر لدى خدمات الأعضاء خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة لمن لا يتحدثون الإنجليزية.
الهاتف النصي	711 المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
المراسلة	Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) PO Box 7 Pittsburgh, PA 15230
الموقع الإلكتروني	AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp

القسم 8 مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

لجنة التقاعد من السكك الحديدية هي وكالة فيدرالية مستقلة تدير برامج مزايا شاملة لعمال السكك الحديدية في البلاد وعائلاتهم. إذا حصلت على Medicare من خلال مجلس تقاعد السكك الحديدية، فأخبرهم إذا قمت بنقل عنوانك البريدي أو تغييره. لطرح الأسئلة حول مزاياك من مجلس تقاعد السكك الحديدية، اتصل بالوكالة.

مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB) - معلومات الاتصال	
الطريقة	1-877-772-5772 المكالمات على هذا الرقم مجانية. اضغط على "0"، يمكنك التحدث مع ممثل RRB من الساعة 9 صباحاً حتى 3:30 مساءً، أيام الاثنين والثلاثاء والخميس والجمعة، ومن الساعة 9 صباحاً حتى 12 بعد الظهر أيام الأربعاء. اضغط على "1" للوصول إلى خط المساعدة الآلي لـ RRB والحصول على معلومات مسجلة على مدار 24 ساعة في اليوم، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات.
الهاتف النصي	1-312-751-4701 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصاً وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات على هذا الرقم ليست مجانية.
الموقع الإلكتروني	https://RRB.gov

الفصل 3: استخدام خطتنا للخدمات الطبية والخدمات المغطاة الأخرى

القسم 1

كيفية الحصول على الرعاية الطبية والخدمات الأخرى كعضو في خطتنا

يشرح هذا الفصل الأشياء التي يجب معرفتها عن الاستفادة من خطتنا في الحصول على الرعاية الطبية وغيرها من الخدمات المغطاة. للحصول على تفاصيل حول الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي تغطيها خطتنا، انتقل إلى مخطط المزايا الطبية في الفصل 4.

القسم 1.1

مقدمو الخدمات التابعين للشبكة والخدمات المغطاة

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

القسم 1.2

القواعد الأساسية لرعايتك الطبية والخدمات الأخرى التي ستغطيها خطتنا

كخطة صحية تابعة لبرنامج Medicare و Medicaid، يتعين على (HMO D-SNP) Aetna Medicare FIDE تغطية جميع الخدمات المغطاة من قبل Original Medicare وقد توفر خدمات أخرى بالإضافة إلى تلك المغطاة بموجب Original Medicare. (انظر مخطط المزايا الطبية في الفصل 4، القسم 2).

وستتكفل Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) بوجه عام بتغطية رعايتك الطبية طالما:

- **الرعاية التي تحصل عليها مدرجة في مخطط المزايا الطبية لخطتنا في الفصل 4.**
- **تعتبر الرعاية التي تحصل عليها ضرورية من الناحية الطبية.** ويعني مصطلح "ضروري من الناحية الطبية" أن الخدمات، أو المستلزمات أو المعدات أو الأدوية مطلوبة للوقاية، أو التشخيص أو العلاج من حالتك الطبية وتستوفي معايير الممارسة الطبية المعترف بها.
- **يتم توفير مقدم رعاية أولية خاص بالشبكة لتقديم الرعاية لك والإشراف عليها.** كعضو في خطتنا، يتعين عليك اختيار مقدم رعاية أولية تابع للشبكة (انتقل إلى القسم 2.1 لمزيد من المعلومات).
- **أنت تحصل على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة.** (انتقل إلى القسم 2). في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة (مقدم خدمات ليس جزءًا من شبكة خطتنا). ويعني هذا أنه يتعين عليك الدفع لمقدم الخدمات بالكامل مقابل الخدمات التي تحصل عليها. فيما يلي ثلاثة استثناءات:
 - تغطي خطتنا في حالات الطوارئ أو الخدمات المطلوبة العاجلة التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة. لمزيد من المعلومات ولمعرفة الخدمات الطارئة أو العاجلة، انتقل إلى القسم 3.
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يطلب برنامج Medicare أن تتم تغطيتها من خلال خطتنا ولكن لا يوجد متخصصون في شبكتنا يقدمون هذه الرعاية، يمكنك الحصول على هذه الرعاية من مقدم خدمات من خارج الشبكة بنفس التكلفة التي تدفعها عادةً داخل الشبكة. وينبغي الحصول على إذن مسبق من الخطة قبل التماس الرعاية. وفي هذه الحالة، سنغطي هذه الخدمات كما لو كنت تحصل على الرعاية من أحد مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. للحصول على معلومات حول الحصول على موافقة لرؤية طبيب من خارج الشبكة، انتقل إلى القسم 2.4.
 - تغطي خطتنا خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمد من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمات خطتنا مؤقتًا أو عندما يكون مقدم هذه الخدمة غير متاح أو يتعذر الوصول إليه مؤقتًا. تقاسم التكلفة

الذي تدفعه لخطتنا لغسيل الكلى لا يمكن أبداً أن يكون أعلى من تقاسم التكلفة في Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا وتخضع للغسيل الكلوي من مقدم خدمات من خارج شبكة خطتنا، فلا يمكن أن تكون مشاركة التكلفة أعلى من تقاسم التكلفة الذي تدفعه داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم الخدمات المعتاد داخل الشبكة لغسيل الكلى غير متاح مؤقتاً واخترت الحصول على خدمات داخل منطقة خدماتنا من مقدم خدمات خارج شبكة خطتنا، فقد يكون الجزء الذي تتحمله من التكلفة من أجل غسيل الكلى أعلى.

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

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

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

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

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

يرجى الرجوع إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات أو الانتقال إلى موقعنا على الإنترنت على [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) للحصول على قائمة كاملة بمقدمي الرعاية الأولية (PCPs) في منطقتك.

ما دور مقدم الرعاية الأولية (PCP)؟

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

- الأشعة السينية
- الفحوصات المخبرية
- العلاجات
- الرعاية من الأطباء الأخصائيين
- دخول المستشفيات

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

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

كيفية اختيار مقدم رعاية أولية (PCP)

يمكنك اختيار مقدم الرعاية الأولية الخاص بك (PCP) باستخدام دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، عن طريق الدخول إلى موقعنا عبر [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider)، أو الحصول على مساعدة من خدمات الأعضاء.

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

كيف يمكنك تغيير PCP الخاص بك

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية لأي سبب وفي أي وقت. ومن الممكن أيضًا أن يقوم مقدم الرعاية الأولية (PCP) بالانسحاب من شبكة مقدمي الخدمات الخاصة بخطتنا وستحتاج إلى اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) جديد. اتصل بنا على الفور، إذا كانت بطاقة هوية العضو الخاصة بك لا تُظهر اسم مقدم الرعاية الأولية (PCP) الذي تريد استخدامه. سنقوم بتحديث ملفك وسنرسل لك بطاقة هوية عضو جديدة لتعكس التغيير في مقدم الرعاية الأولية (PCP).

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

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

القسم 2.2 الرعاية الطبية والخدمات الأخرى التي يمكنك الحصول عليها بدون إحالة من مقدم الرعاية الأولية (PCP)

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

- الرعاية الصحية الروتينية للسيدات والتي تتضمن فحوصات الثدي وصور الثدي الشعاعية التشخيصية (الأشعة السينية للثدي) واختبارات باب واختبارات منطقة الحوض طالما كنتِ تحصيلين عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة
- خدمات الصحة السلوكية طالما تحصل عليها من مقدمي الخدمات داخل الشبكة. للوصول إلى خدمات الصحة السلوكية، اتصل بالرقم الموجود على بطاقة هوية العضوية الخاصة بك.
- لقاحات الإنفلونزا ولقاحات COVID-19 ولقاحات التهاب الكبد B ولقاحات الالتهاب الرئوي طالما كنت تحصل عليها من مقدم خدمات تابع للشبكة.
- الخدمات الطارئة من مقدمي خدمات الرعاية داخل الشبكة أو من مقدمي خدمات الرعاية خارج الشبكة.
- الخدمات المغطاة من قبل الخطة الضرورية العاجلة هي خدمات تتطلب عناية طبية فورية (ولكنها ليست طارئة)، أو إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا بشكل مؤقت، أو إذا كان من غير المعقول نظرا لوقتتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. لا تعتبر زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية من الناحية الطبية، (مثل الفحوصات السنوية)، ضرورة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل الكلى المعتمدة من Medicare عندما تكون خارج منطقة خدمة خطتنا بصورة مؤقتة. إن أمكن، اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) قبل أن تغادر منطقة الخدمات، حتى تتمكن من المساعدة في الترتيب لك لإجراء صيانة غسيل الكلى أثناء غيابك.

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

الأخصائي هو الطبيب الذي يقدم خدمات الرعاية الصحية لمرض معين أو جزء محدد من الجسم. وهناك أنواع كثيرة من الاختصاصيين. على سبيل المثال:

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

ما دور مقدم الرعاية الأولية في إحالة الأعضاء إلى أخصائيين ومقدمي خدمات آخرين؟

سيوفر لك طبيب الرعاية الأولية (PCP) الخاص بك معظم رعايتك وسيساعدك في ترتيب أو تنسيق بقية الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كعضو في الخطة.

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

عملية التصريح المسبق

في بعض الحالات، قد يحتاج مقدم الرعاية الأولية أو مقدم الخدمات الآخر، أو أنت كمسجل (عضو) في الخطة، إلى الحصول على موافقة مقدما من قسم الإدارة الطبية لدينا لأنواع معينة من الخدمات أو الاختبارات التي تتلقاها في الشبكة (وهذا يطلق عليه الحصول على "تصريح مسبق"). الحصول على التصريح المسبق هو مسؤولية مقدم الرعاية الأولية أو مقدم العلاج أو كعضو. الخدمات والعناصر التي تتطلب تصريحًا مسبقًا مدرجة في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4، القسم 2.

ماذا لو ترك أي أخصائي أو مقدم خدمات آخر بالشبكة خطتنا

قد تجري تغييرات على المستشفيات والأطباء والأخصائيين (مقدمي الخدمات) في شبكة خطتنا خلال العام. إذا ترك طبيبك أو الأخصائي خطتنا، فلديك هذه الحقوق والحماية:

- على الرغم من أن شبكة مقدمي الخدمات التابعة لنا قد تتغير خلال العام، إلا أن برنامج Medicare يتطلب منك الوصول دون انقطاع إلى الأطباء والأخصائيين المؤهلين.
- سنخطرك بأن مقدم الخدمات الخاص بك يغادر خطتنا حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمات جديد.
 - إذا ترك مقدم الرعاية الأولية أو الصحة السلوكية خطتنا، فسنخطرك إذا قمت بزيارة مقدم الخدمات هذا خلال 3 سنوات الماضية.
 - إذا غادر أي من مقدمي الخدمات الآخرين خطتنا، فسنخطرك إذا تم تعيينك إلى مقدم الخدمات أو الحصول على رعاية منهم حاليًا أو زيارتهم خلال 3 أشهر الماضية.
- سنساعدك في اختيار مقدم خدمات مؤهل جديد داخل الشبكة للرعاية المستمرة.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمات الحالي لديك، فيحق لك طلب مواصلة الحصول على العلاجات أو العلاجات الضرورية طبيًا. سنعمل معك حتى تتمكن من مواصلة تلقي الرعاية.
- سنقدم لك معلومات حول فترات التسجيل المتاحة والخيارات المتاحة لك لتغيير الخطط.
- عندما يكون مقدم خدمات أو ميزة داخل الشبكة غير متوفرة أو غير كافية لتلبية احتياجاتك الطبية، فسنقوم بترتيب أي ميزة مغطاة ضرورية من الناحية الطبية خارج شبكة مقدمي الخدمات لدينا، من خلال تقاسم التكلفة داخل الشبكة.
- إذا اكتشفت أن طبيبك أو الأخصائي الخاص بك قد غادر خطتنا، فاتصل بنا حتى تتمكن من مساعدتك في اختيار مقدم خدمات جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت تعتقد أننا لم نوفر لك مقدم خدمات مؤهلًا ليحل محل مقدم الخدمات السابق أو أن الرعاية التي تتلقاها لا تدار كما ينبغي، فإن لديك الحق في تقديم شكوى تتعلق بجودة الرعاية إلى QIO، أو تظلم بشأن جودة الرعاية في خطتنا، أو كليهما (انتقل إلى الفصل 9).

القسم 2.4

كيفية الحصول على رعاية من مقدمي خدمات من خارج الشبكة

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

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

يجب أن تطلب من مقدم الخدمات من خارج الشبكة أن يرسل لنا فاتورة أولاً. إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية أو إذا أرسل لك مقدم الخدمات من خارج الشبكة فاتورة تعتقد أنه يجب علينا دفعها، فيرجى الاتصال بخدمات الأعضاء أو إرسال الفاتورة إلينا. انظر الفصل 7 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبتنا بسداد مبالغ لك سبق أن دفعتها أو دفع فاتورة تلقيتها.

القسم 3

كيفية الحصول على الخدمات في حالة طارئة أو كارثة أو حاجة ملحة للرعاية

القسم 3.1

الحصول على الرعاية إذا كان لديك حالة طوارئ طبية

تحدث **حالة الطوارئ الطبية** عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن لديك أعراضًا طبية تتطلب عناية طبية فورية لمنع فقدان حياتك (وإذا كنت امرأة حامل، فقد جنين لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو ضعفها الخطير. يمكن أن تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم حاد أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

إذا كنت تعاني إحدى الحالات الطبية الطارئة:

- **احصل على المساعدة في أسرع وقت ممكن.** اتصل برقم 911 للحصول على مساعدة أو اذهب إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل للحصول على سيارة إسعاف إذا كنت بحاجة إليها. لست بحاجة للحصول على موافقة أو إحالة أولاً من مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. لا تحتاج إلى استخدام طبيب تابع للشبكة. يمكن أن تحصل على تغطية الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، وفي أي مكان في الولايات المتحدة أو أراضيها، ومن أي مقدم خدمات له رخصة الولاية المناسبة حتى لو لم تكن جزءًا من شبكتنا.
- **تأكد بأسرع ما يمكن مما إذا كانت خطتنا قد تم إخطارها بشأن الحالة الطارئة الخاصة بك.** نحتاج إلى متابعة رعايتك أثناء مرورك بهذه الحالة الطارئة. يجب عليك أنت أو أي شخص آخر الاتصال لإعلامنا برعايتك الطبية الطارئة، عادة في غضون 48 ساعة. يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء (تتم طباعة أرقام الهواتف على بطاقة هوية العضو الخاصة بك).

الخدمات المغطاة في حالة طارئة طبية

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

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

لا تغطي وسائل النقل مرة أخرى إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. لا تغطي الإجراءات الاختيارية أو المقررة مسبقاً. ولمزيد من المعلومات، انظر مخطط المزايما بالفصل 4. تأكد من الحصول على نسخة من كافة السجلات الطبية الخاصة بك من مقدم الرعاية في حالات رعاية الطوارئ أو الرعاية العاجلة قبل المغادرة قد تحتاج إليهم لتقديم شكوى أو للمساعدة في معالجة المطالبات. بدون هذه السجلات، قد لا تتمكن من سداد مقابل طلبك. قد يتعين عليك دفع المبلغ لمقدم الخدمة في وقت تقديم الخدمة وتقديمه للحصول على تعويض عن المبلغ. سيتم تعويضك بما يصل إلى الحد الأقصى لمبلغ الاستفادة السنوي مطروحاً منه أي مشاركة في التكلفة أو تقاسم التكاليف.

تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يؤدي دخولك إلى غرفة الطوارئ بأي شكل من الأشكال إلى تعريض صحتك للخطر. نغطي أيضاً الخدمات الطبية أثناء حالة الطوارئ.

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

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

ماذا لو لم تكن حالي من حالات الطوارئ الطبية؟

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

ولكن بعد أن يقول الطبيب أن الحالة لم تكن حالة طارئة، فإننا سنغطي الرعاية الإضافية فقط إذا كنت تحصل على الرعاية الإضافية بإحدى هذه الطريقتين التاليتين 2:

- توجهك إلى أحد مقدمي الخدمات بالشبكة للحصول على الرعاية الإضافية.
- تعتبر الرعاية الإضافية التي تلقيتها خدمات ضرورية على وجه السرعة، وأنت تتبع القواعد الموضحة أدناه للحصول على هذه الرعاية العاجلة.

القسم 3.2 الحصول على الرعاية إذا كانت لديك حاجة عاجلة للخدمات

الخدمة التي تتطلب عناية طبية فورية (ولكنها ليست حالة طارئة) هي خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا بشكل مؤقت أو إذا كان من غير المعقول نظراً لوقتك ومكانك وظروفك الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. ومع ذلك، لا تعتبر زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية من الناحية الطبية، مثل الفحوصات السنوية، ضرورة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتاً.

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

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

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

لا تغطي وسائل النقل مرة أخرى إلى الولايات المتحدة من بلد آخر. لا تغطي الإجراءات الاختيارية أو المقررة مسبقاً. ولمزيد من المعلومات، انظر مخطط المزايا بالفصل 4. تأكد من الحصول على نسخة من كافة السجلات الطبية الخاصة بك من مقدم الرعاية في حالات رعاية الطوارئ أو الرعاية العاجلة قبل المغادرة قد تحتاج إليهم لتقديم شكوى أو للمساعدة في معالجة المطالبات. بدون هذه السجلات، قد لا تتمكن من سداد مقابل طلبك. قد يتعين عليك دفع المبلغ لمقدم الخدمة في وقت تقديم الخدمة وتقديمه للحصول على تعويض عن المبلغ. سيتم تعويضك بما يصل إلى الحد الأقصى لمبلغ الاستفادة السنوي مطروحاً منه أي مشاركة في التكلفة أو تقاسم التكاليف.

القسم 3.3 الحصول على الرعاية في حالة حدوث كارثة

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

قم بزيارة [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp) للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية اللازمة أثناء الكوارث.

إذا لم تتمكن من استخدام مقدم خدمات تابع للشبكة في حالة حدوث كارثة، فستتيح لك خطتنا الحصول على الرعاية من مقدمي خدمات خارج الشبكة في مقابل تقاسم التكلفة داخل الشبكة. وإذا لم تتمكن من الحصول على الخدمة من صيدلية بالشبكة خلال الكارثة، يمكنك صرف الأدوية الموجودة بوصفتك الطبية من صيدلية خارج الشبكة. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4.

القسم 4 لو تم محاسبتك مباشرة على التكلفة الكاملة للخدمات المغطاة؟

إذا دفعت مقابل خدماتك المغطاة أو إذا تلقيت فاتورة لخدمات طبية مغطاة، فيمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا من تكلفة الخدمات المغطاة. انتقل إلى الفصل 7 للحصول على معلومات حول ما يجب فعله.

القسم 4.1 إذا لم تكن الخدمات مغطاة من قبل خطتنا

تغطي خطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) جميع الخدمات الطبية الضرورية كما هو مدرج في مخطط المزايا الطبية في الفصل 4. في حال حصولك على خدمات غير مغطاة بموجب خطتنا أو الحصول على خدمات من خارج الشبكة بدون تصريح، فأنت مسؤول عن دفع تكلفة الخدمات بالكامل. قبل دفع تكلفة الخدمة، اتصل بخدمات الأعضاء لمعرفة ما إذا كانت الخدمة مغطاة أم لا.

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

القسم 5 الخدمات الطبية في دراسة بحثية سريرية

القسم 5.1 ما المقصود بدراسة بحثية عيادية؟

الدراسة البحثية السريرية (وتُعرف أيضاً بالتجربة السريرية) هي طريقة يتبعها الأطباء والعلماء لاختبار أنواع جديدة من الرعاية الطبية، مثل فعالية عقار جديد لعلاج السرطان. تتم الموافقة على بعض الدراسات البحثية السريرية من Medicare. عادة ما تطلب الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare من المتطوعين المشاركة في الدراسة. عندما تكون في دراسة بحثية سريرية، فيمكنك أن تظل مسجلاً في خطتنا وتواصل الحصول على بقية رعايتك (الرعاية غير المتعلقة بالدراسة) من خلال خطتنا.

وفي حالة مشاركتك في دراسة وافق عليها Medicare، فإن Original Medicare سيدفع معظم تكاليف الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. إذا أخطرتنا أنك في تجربة سريرية مؤهلة، فأنت مسؤول فقط عن مشاركة التكلفة داخل الشبكة للخدمات في التجربة. إذا سددت المزيد، على سبيل المثال، إذا قمت بالفعل بسداد مبلغ تقاسم التكلفة من Original Medicare، فسنعوض عن الفرق بين ما سددته وبين تقاسم التكلفة ضمن الشبكة. سوف تحتاج إلى تقديم وثائق لتبين لنا مقدار المبلغ الذي سددته.

إذا أردت المشاركة في دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فليست بحاجة لإخبارنا أو الحصول على موافقة منا أو من طبيب الرعاية الأولية الخاص بك. لا يحتاج مقدمو الخدمات الذين يقدمون الرعاية كجزء من الدراسة البحثية السريرية إلى أن يكونوا جزءًا من شبكة التابعة لخطتنا. (لا ينطبق هذا على المزايا المغطاة التي تتطلب تجربة سريرية أو سجلًا لتقييم الميزة، بما في ذلك بعض المزايا التي تتطلب التغطية من خلال دراسات تطوير الأدلة (NCDs-CED) وإعفاء الأجهزة الاستقصائية (IDE). وقد تخضع هذه المزايا أيضًا لتصريح مسبق ولقواعد الخطة الأخرى).

على الرغم من أنك لست بحاجة إلى إذن خطتنا لتكون جزءًا من دراسة بحثية سريرية، فإننا نشجعك على إخطارنا مسبقًا عندما تختار المشاركة في التجارب السريرية المؤهلة لبرنامج Medicare.

إذا شاركت في دراسة غير معتمدة من قبل Medicare، فستكون مسؤولاً عن دفع جميع تكاليف مشاركتك في الدراسة.

القسم 5.2 من يدفع مقابل الخدمات في دراسة بحثية سريرية

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

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

بعد أن يسدد Medicare حصته من التكلفة لهذه الخدمات، سوف تسدد خطتنا الباقي. كما هو الحال بالنسبة لجميع الخدمات المغطاة، لن تدفع شيئًا مقابل الخدمات المغطاة التي تحصل عليها في الدراسة البحثية السريرية.

عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية، فلن يدفع برنامج Medicare أو خطتنا تكاليف ما يلي:

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

الحصول على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول الانضمام إلى دراسة بحثية سريرية في منشور Medicare

Medicare والدراسات البحثية السريرية، والمتوفر على: www.medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf

بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**. يمكنك أيضًا الاتصال

بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.

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

القسم 6.1 ما المقصود بمؤسسة الرعاية الصحية غير الطبية الدينية؟

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

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

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

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

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

- يجب اعتماد المرفق الذي يقدم الرعاية من جانب Medicare.
- لا تغطي خطتنا سوى الجوانب غير الدينية للرعاية.
- إذا حصلت على الخدمات المقدمة لك في مرفق ما من هذه المؤسسة، فيلزم تطبيق الشروط التالية:
 - يجب أن تكون لديك حالة طبية تتيح لك الحصول على خدمات مشمولة في التغطية فيما يتعلق برعاية المستشفى للمريض الداخلي أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الماهرة.
 - - و - يتعين عليك الحصول على موافقة مسبقة من خطتنا قبل دخولك إلى المرفق وإلا فإن إقامتك ستظل غير مغطاة من الخطة.

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

القسم 7 قواعد ملكية المعدات الطبية المعمرة

القسم 7.1 لن تمتلك بعض المعدات الطبية المعمرة بعد سداد عدد معين من المدفوعات بموجب خطتنا

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

كعضو في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)، سنقوم بنقل ملكية عناصر معدات طبية معمرة معينة. في Original Medicare، هناك سياسة تأجير تصل إلى سعر الشراء لأنواع معينة من المعدات الطبية المعمرة (DME) بعد سداد مبالغ المشاركة في السداد لفترة الإيجار. تستمر فترة الإيجار عادة بين 10 إلى 13 أشهر. بمجرد استيفاء سعر الشراء، يمكنك استخدام الجهاز طالما كانت هناك حاجة إليه. بمجرد عدم الحاجة إليها، سيحتاج مقدم الخدمة المصدر إلى استلامها.

اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لمعرفة المتطلبات التي يجب عليك استيفاؤها والوثائق التي ستحتاج إلى تقديمها.

ماذا يحدث للدفعات التي دفعتها مقابل المعدات الطبية المعمرة إذا انتقلت إلى Original Medicare؟

إذا لم تحصل على ملكية عنصر من ضمن المعدات الطبية المعمرة أثناء وجودك كعضو في خطتنا، سيتعين عليك دفع 13 دفعة جديدة متتالية بعد الانتقال إلى Original Medicare لامتلاك عنصر DME. لا يتم احتساب الدفعات التي سددتها أثناء تسجيلك في خطتنا ضمن هذه 13 دفعة.

مثال 1: قمت بسداد 12 دفعة أو أقل على التوالي لهذا البند في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. لا يتم احتساب المدفوعات التي سددتها في Original Medicare. سيتعين عليك إجراء 13 دفعة لخطتنا قبل امتلاك العنصر.

مثال 2: قمت بسداد 12 دفعة أو أقل على التوالي لهذا البند في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا. لم تحصل على ملكية العنصر أثناء وجودك في خطتنا. ثم تعود إلى Original Medicare. سيتعين عليك سداد 13 دفعة جديدة على التوالي لامتلاك هذا البند بمجرد الانضمام إلى Original Medicare. لا يتم احتساب أي مدفوعات سددتها بالفعل (سواء لخطتنا أو إلى Original Medicare).

القسم 7.2 قواعد معدات الأكسجين والمستلزمات والصيانة

إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية معدات الأكسجين من Medicare، فستغطي خطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) ما يلي:

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

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

ماذا يحدث إذا تركت خطتنا وعدت إلى برنامج Original Medicare؟

Original Medicare يتطلب موّرد الأكسجين لتوفير الخدمات لك لمدة 5 سنوات. خلال أول 36 شهرًا فإنك تستأجر المعدات. أما خلال الـ 24 شهرًا المتبقية، فيوفر المورّد المعدات والصيانة (ما زلت مسؤولاً عن المشاركة في السداد مقابل الأكسجين). بعد 5 سنوات، يمكنك اختيار البقاء في نفس الشركة أو الذهاب إلى شركة أخرى. في هذه المرحلة، تبدأ دورة الخمس سنوات من جديد، حتى لو بقيت مع نفس الشركة، ويطلب منك مرة أخرى دفع مدفوعات المشاركة في السداد للأشهر 36 الأولى. في حال انضمامك إلى خطتنا أو تركها، تبدأ دورة الخمس سنوات من جديد.

الفصل 4: مخطط المزايا الطبية (ما الذي تتم تغطيته)

القسم 1 فهم الخدمات المغطاة

يسرد مخطط المزايا الطبية خدماتك المغطاة كعضو في (Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). يقدم هذا القسم أيضًا معلومات حول الخدمات الطبية غير المغطاة ويوضح القيود المفروضة على خدمات معينة.

القسم 1.1 لا تدفع شيئاً للخدمات المغطاة

نظرًا لأنك تتلقى مساعدة من Medicaid، فإنك لا تدفع شيئاً مقابل الخدمات المشمولة في التغطية طالما أنك تتبع قواعد خطتنا التأمينية للحصول على رعايتك. (انتقل إلى الفصل 3 لمزيد من المعلومات بشأن قواعد خطتنا للحصول على رعايتك).

القسم 1.2 ما هو أكثر مبلغ تدفعه مقابل الخدمات الطبية المغطاة

ملاحظة: ونظرًا لأن أعضاءنا يحصلون أيضًا على مساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا من الأعضاء يصلون إلى هذا الحد الأقصى للتكاليف الثرية. لن تكون مسؤولاً عن سداد أي من التكاليف الثرية ضمن الحد الأقصى من المبلغ الثري لخدمات الجزء (A) والجزء (B) المغطاة.

خط Medicare Advantage Plans لديها حدود للمبلغ الذي يتعين عليك دفعه من جيبك الخاص كل عام للخدمات الطبية المغطاة من قبل خطتنا. ويسمى هذا الحد بالحد الأقصى للمبلغ المدفوع من الأموال الخاصة (MOOP) من أجل الخدمات الطبية. بالنسبة للسنة التقويمية 2026، يكون مبلغ MOOP هو \$9,250.

أما المبالغ التي سددتها نظير المشاركة في السداد والتأمين عن مجموعة الخدمات المغطاة فتصل إلى الحد الأقصى من التكاليف الثرية. لا يتم احتساب المبالغ التي تدفعها مقابل أدوية الجزء D ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك. إذا وصلت إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من جيبك وأموالك الخاصة وهو \$9,250، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف من جيبك لبقية العام مقابل الخدمات المغطاة. ومع ذلك، يتعين عليك مواصلة سداد أقساط الجزء (B) من Medicare (ما لم يُسدد قسط الجزء (B) من Medicaid أو أي جهة خارجية أخرى).

القسم 2 يوضح مخطط المزايا الطبية المزايا الطبية الخاصة بك

يسرد مخطط المزايا الطبية في الصفحات التالية الخدمات التي تغطيها (Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). (تتم تغطية أدوية الجزء (D) في الفصل 5.) وتُغطى الخدمات المدرجة في مخطط المزايا الطبية فقط عند استيفاء هذه المتطلبات:

- يتعين تقديم الخدمات المغطاة من قبل Medicare وفقًا لإرشادات التغطية المحددة من Medicare.
- يتعين أن تكون خدماتك (بما فيها خدمات الرعاية الطبية والمستلزمات والمعدات والأدوية ضمن الجزء (B)) ضرورية من الناحية الطبية. ويعني مصطلح "ضروري من الناحية الطبية" أن الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية مطلوبة للوقاية أو التشخيص أو العلاج من حالتك الطبية وتستوفي معايير الممارسة الطبية المعترف بها.
- بالنسبة للمسجلين الجدد، يجب أن توفر خطة الرعاية المنسقة الخاصة بك فترة انتقالية مدتها 90 يومًا على الأقل، وخلال هذه الفترة قد لا تتطلب خطة الرعاية المنسقة الجديدة موافقة مسبقة لأي مسار علاج نشط، حتى لو كان مسار العلاج لخدمة بدأت مع مقدم خدمة خارج الشبكة.
- أنت تحصل على الرعاية من مقدم خدمات تابع للشبكة. في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمات من خارج الشبكة ما لم تكن رعاية طارئة أو عاجلة، أو ما لم يمنحك مقدم الخدمات التابع لخطتنا أو شبكتنا إحالة. ويعني هذا أنك تدفع لمقدم الخدمات بالكامل مقابل الخدمات خارج الشبكة التي تحصل عليها.
- يتوفر لك مقدم رعاية أولية يختص بتقديم الرعاية لك والإشراف عليها.

- بعض الخدمات الواردة في مخطط المزايا الطبية مغطاة فقط في حالة حصول طبيبك أو مقدم الخدمات الآخر التابع للشبكة على موافقة مقدّمًا (يُطلق عليها أحيانًا "تصريح مسبق") منّا. يتم تمييز الخدمات المغطاة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة بملاحظة في مخطط المزايا الطبية.
- إذا كانت خطة الرعاية المنسقة الخاصة بك توفر موافقة على طلب ترخيص مسبق لمسار العلاج، فيجب أن تكون الموافقة صالحة طالما كان ذلك معقولاً من الناحية الطبية وضرورياً لتجنب الاضطرابات في الرعاية وفقاً لمعايير التغطية المعمول بها، وتاريخك الطبي، وتوصية مقدم العلاج.

ومن بين الأشياء المهمة الأخرى التي عليك معرفتها بشأن تغطيتنا:

- تخضع لتغطية كل من Medicare و Medicaid: تغطي Medicare الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة. يغطي برنامج Medicaid مشاركة التكاليف الخاصة بك لخدمات Medicare، بما في ذلك مدفوعات أقساط الجزأين أ و ب من Medicare، ومبلغ الخصم، والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة (باستثناء الجزء د من برنامج Medicare) اعتماداً على أهليتك لبرنامج Medical Savings Program. قد يغطي برنامج Medicaid أيضاً الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل خدمات الرعاية طويلة الأجل أو الخدمات المنزلية والمجتمعية.
- كما هو الحال مع جميع الخطط الصحية ل Medicare، فإننا نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. (للتعرف على تغطية وتكاليف Original Medicare، انتقل إلى كتيب Medicare وأنت لعام 2026. يمكنك عرضها عبر الإنترنت على Medicare.gov أو طلب نسخة من خلال الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم (1-877-486-2048).
- بالنسبة للخدمات الوقائية المغطاة مجاناً بموجب Original Medicare، فإننا نغطي هذه الخدمات أيضاً دون أن تتحمل أي تكلفة.
- في حالة إضافة Medicare لتغطية لأي خدمات جديدة خلال العام 2026، فسُتُعطى تلك الخدمات إما من Medicare وإما من خلال خطتنا.
- إذا كنت في خلال فترة 6 أشهر من الأهلية المستمرة المعتبرة بخطتنا، فإننا سنواصل تقديم جميع مزايا Medicare المغطاة لخطة Medicare Advantage. سوف تقع في فترة السماح إذا فقدت أهليتك لبرنامج Medicaid أو أهليتك لبرنامج Medical Savings Program. تبدأ فترة السماح في اليوم الأول من الشهر بعد أن تفقد حالة الأهلية المزدوجة. عندما تكون في فترة الأهلية المستمرة، فأنت لا تزال عضواً في Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). ومع ذلك، خلال هذه الفترة، قد تكون مسؤولاً عن بعض التكاليف الثرية التي تم دفعها مسبقاً من خلال مزايا Medicaid الخاصة بك. تشمل التكاليف التي قد تضطر إلى دفعها أقساط الجزء أ أو ب، اعتماداً على مستوى أهليتك لبرنامج Medicaid. قد تضطر أيضاً إلى دفع أقساط الجزء (د) أو حصص تكلفة الأدوية من الجزء (د) بناء على مستوى "المساعدة الإضافية". وأخيراً، قد تكون مسؤولاً عن حصص التكلفة، بما في ذلك الدفعات المشتركة والتأمين المشترك والخصومات خلال فترة السماح. إذا لم تكن مؤهلاً مرة أخرى للحصول على مزايا Medicaid أو قمت بالتسجيل في خطة Medicare مختلفة في نهاية فترة الستة أشهر، فسنقوم بإلغاء تسجيلك من خطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP).

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

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

- إذا حصلت على مساعدة إضافية لسداد تكاليف تغطية الأدوية من Medicare، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا تكميلية مستهدفة أخرى و/أو تقاسم التكلفة المخفض المستهدف.
- معلومات المزايا المهمة للمسجلين الذين يعانون من حالات مزمنة
- إذا تم تشخيص إصابتك بأي من الحالات المزمنة المدرجة أدناه واستوفيت معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا تكميلية خاصة للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة.
 - الأنيميا
 - تقتصر اضطرابات المناعة الذاتية على:
 - التهاب الجلد والعضلات

- التهاب الشرايين العقد
- ألم العضلات الروماتيزمي
- التهاب العضلات المتعدد
- التهاب المفاصل الصدفي
- التهاب المفصل الروماتويدي
- تصلب الجلد
- الذئبة الحمامية المجموعية
- السرطان
- تقتصر اضطرابات القلب والأوعية الدموية على:
 - اضطرابات عدم انتظام إيقاع القلب
 - مرض الشريان التاجي
 - داء الأوعية المحيطية
 - أمراض صمامات القلب
- اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المواد الأخرى (SUDS)
- تقتصر حالات الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة على:
 - اضطرابات القلق
 - الاضطرابات ثنائية القطب
 - اضطرابات الأكل
 - الاضطرابات الاكتئابية الرئيسية
 - الاضطراب الزوراني
 - اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)
 - انفصام الشخصية
 - اضطراب فصامي عاطفي
- الحالات المزمنة التي تعيق الرؤية والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم
- تقتصر أمراض الجهاز الهضمي المزمنة على:
 - مرض الكبد المزمن
 - التهاب الكبد (ب)
 - التهاب الكبد C
 - متلازمة القولون العصبي
 - داء الأمعاء الملتهبة
 - مرض الكبد الدهني غير الكحولي (NAFLD)
 - التهاب البنكرياس
- قصور القلب المزمن
- فرط شحميات الدم المزمن
- ارتفاع ضغط الدم المزمن
- مرض الكلى المزمن (CKD) يقتصر على:
 - مرض الكلى المزمن لا يتطلب غسيل الكلى
 - مرض الكلى المزمن الذي يتطلب غسيل الكلى / مرض الفشل الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD)
- تقتصر اضطرابات الرئة المزمنة على:
 - الربو

- التهاب الشعب الهوائية المزمن
- مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)
- التليف الكيسي
- انتفاخ رئوي
- التليف الرئوي
- ارتفاع ضغط الدم الرئوي
- ألم مزمن
- تقتصر الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي على:
 - مرض ألزهايمر
 - إعاقة المرض العقلي المرتبط بضعف الإدراك
 - الإعاقات الذهنية وإعاقات النمو
 - ضعف إدراكي معتدل
 - إصابات مؤلمة في الدماغ
- الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على الأداء الوظيفي أو الاحتفاظ به
- الحالات التي تنطوي على تحديات وظيفية وتتطلب خدمات مماثلة بما في ذلك ما يلي:
 - التهاب المفاصل
 - فقدان الأطراف
 - شلل
 - إصابات الحبل الشوكي
 - السكتة الدماغية
- الخرف
- مرض السكري
- فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)
- نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة
- تقتصر الاضطرابات العصبية على:
 - التصلب الجانبي الضموري (ALS)
 - متلازمة التعب المزمن
 - الصرع
 - شلل واسع النطاق (أي، شلل نصفي، شلل رباعي، شلل سفلي، شلل أحادي)
 - فيبروميالغيا
 - داء هنتنغتون
 - التصلب المتعدد (MS)
 - داء باركنسون
 - اعتلال الأعصاب المتعدد
 - إصابات الحبل الشوكي
 - التضيق النخاعي
 - نقيصة عصبية مرتبطة بالسكتة الدماغية
- زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي
- رعاية ما بعد زراعة الأعضاء

- اضطرابات الدم الشديدة التي تقتصر على:
 - فقر الدم اللاتنسجي
 - اضطراب انصمامي خثاري وريدي مزمن
 - الهيموفيليا
 - الفرفرية قليلة الصفيحات المناعية
 - متلازمة خلل التنسج النقوي
 - مرض فقر الدم المنجلي (باستثناء خلة الخلية المنجلية)
 - السكتة الدماغية
- لمزيد من التفاصيل، انتقل إلى صف المزايا التكميلية الخاصة للمرضى الذين يعانون من الأمراض المزمنة في مخطط المزايا الطبية أدناه.
- يرجى الاتصال بنا لمعرفة المزايا التي قد تكون مؤهلاً لها بالضبط.

تعرض هذه التفاحة الخدمات الوقائية في مخطط المزايا الطبية.

مخطط المزايا الطبية

الخدمات المغطاة	ما تدفعه
<p>فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرية</p> <p>فحص بالأشعة فوق الصوتية لمرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. تغطي خطتنا هذا الفحص فقط إذا كنت تعاني من عوامل خطر معينة وحصلت على إحالة بشأنها من قبل الطبيب أو مساعد الطبيب أو الممرضة الممارسة أو أخصائية التمريض السريري.</p>	<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لهذا الفحص الوقائي.</p>
<p>الوخز الإبري للألام أسفل الظهر المزمنة</p> <p>تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <p>تتم تغطية ما يصل إلى 12 زيارة في 90 يوم في الظروف التالية:</p> <p>لغرض هذه الميزة، يتم تعريف الألام المزمنة أسفل الظهر على النحو التالي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تدوم 12 أسبوع أو أكثر؛ • غير محددة، من حيث أنه ليس لها سبب جهازي محدد (على سبيل المثال، غير مرتبطة بمرض منتشر، التهابي، معدي، إلخ)؛ • لا يرتبط الألم بالجراحة و • لا يرتبط بالحمل. <p>سيتم تغطية 8 جلسات إضافية للمرضى الذين يظهرون تحسناً. لا يمكن إعطاء أكثر من 20 علاجاً للوخز الإبري سنوياً.</p> <p>يتعين إيقاف العلاج إذا كان المريض لا يتحسن أو تراجع حالته.</p> <p>متطلبات مقدم الخدمات:</p> <p>يجوز للأطباء (على النحو المحدد في (1)(r)1861 من قانون الضمان الاجتماعي (القانون) تقديم الوخز بالإبر وفقاً لمتطلبات الولاية المعمول بها.</p> <p>يمكن لمساعدتي الأطباء (PAS)، والممرضين الممارسين (NPs)/المتخصصين في التمريض السريري (CNS) (على النحو المحدد في (5)(aa)1861 من القانون)، والموظفين المساعدين تقديم الوخز بالإبر إذا استوفوا جميع متطلبات الحالة المعمول بها ولديهم:</p> <ul style="list-style-type: none"> • درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من مدرسة معتمدة من قبل لجنة الاعتماد في الوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ • ترخيص حالي وكامل وفعال وغير مقيد لممارسة الوخز بالإبر في ولاية أو إقليم أو Commonwealth (أي Puerto Rico (بويرتوريكو)) بالولايات المتحدة أو مقاطعة Columbia (كولومبيا). 	<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لكل زيارة للوخز بالإبر مغطاة ببرنامج Medicare.</p>

تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>الوخز الإبري لآلام أسفل الظهر المزمنة (تُبتع) يجب أن يكون الموظفون المساعدون الذين يؤدون الوخز بالإبر تحت المستوى المناسب من الإشراف من قبل الطبيب أو PA أو NP/CNS الذي تتطلبه لوائحنا في 42 CFR §§ 410.26 و 410.27.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على ميزة بطاقة المزايا الإضافية Aetna Medicare.</p>	<p>بطاقة المزايا الإضافية من Aetna® Medicare يمكنك الحصول على بطاقة Aetna Medicare للمزايا الإضافية للمساعدة في دفع بعض النفقات اليومية على هذه البطاقة تحصل على:</p> <p>محفظة الأدوية بدون وصفة طبية (OTC) بمبلغ ميزة شهرية (البديل). راجع قسم محفظة الأدوية المتاحة بدون وصفة طبية (OTC) في الفصل 4 لمزيد من التفاصيل.</p> <p>قد يكون الأعضاء الذين يعانون من حالة مزمنة مؤهلة واحدة أو أكثر مؤهلين لاستخدام مبلغ المزايا الشهرية في فئات الإنفاق الأخرى للمساعدة في إدارة صحتهم وعافيتهم بشكل عام. انظر مخطط المزايا التكميلية الخاصة انظر القسم في الفصل 4 للمزيد من التفاصيل.</p> <p>هام:</p> <ul style="list-style-type: none"> • بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits لا تحل محل بطاقة هوية العضوية الخاصة بك. • إذا تلقيت بطاقة مزايا إضافية في 2025 ولم تقم بتغيير الخطط، فلن تتلقى بطاقة جديدة من الخطة لعام 2026. تأكد من الاحتفاظ ببطاقتك. • إذا كنت عضوًا جديدًا أو لم تكن مسجلًا في خطة لديها بطاقة مزايا إضافية لعام 2025، فستتلقى بطاقة جديدة في البريد. يجب أن تتلقى البطاقة قبل بدء خطتك. وسوف يتضمن تعليمات حول كيفية تفعيل البطاقة واستخدامها. • إذا قمت بتغيير الخطط، فقد تتلقى بطاقة جديدة. احتفظ ببطاقتك الحالية ولا تتخلص منها إلا إذا حصلت على بطاقة جديدة. • تقع على عاتقك مسؤولية التأكد من أن Aetna لديها عنوان البريد المحدث المسجل. يتضمن ذلك رقم شقتك، إن وجد. لا تتحمل Aetna مسؤولية البريد المرسل بشكل خاطئ أو المفقود أو غير المُسلم. • حافظ على بطاقتك آمنة وسليمة. لا تتحمل Aetna مسؤولية الأموال غير المستخدمة بسبب البطاقات المفقودة أو المسروقة. إذا كنت بحاجة إلى بطاقة بديلة، فيرجى الاتصال على 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711) لطلب بطاقة جديدة. وفي الوقت نفسه، يمكنك الوصول إلى بعض المزايا من خلال زيارة CVS.com/Aetna. • لا يمكن استخدام البطاقة إلا لدى تجار التجزئة المشاركين الذين يقبلون Visa®. ابحث عن بائع تجزئة مشارك من خلال زيارة CVS.com/Aetna. <p>تُبتع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>بطاقة المزايا الإضافية من Aetna® Medicare (تُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> لا يمكن استخدام البطاقة لدفع ثمن الأدوية الموصوفة أو المنتجات مثل الكحول والتبغ والقنب والأسلحة النارية وبطاقات الهدايا. لا يمكن استخدام البطاقة إلا للدفع مقابل المنتجات والخدمات التي يتم تكبدها أثناء التسجيل في الخطة. لا تتحمل Aetna مسؤولية الأموال الغير مستخدمة بسبب ظروف شخصية لا يمكنك فيها استخدام مبلغ استحقاقك (على سبيل المثال، الإقامة في المستشفى، السفر، وما إلى ذلك). سيتم مصادرة الأموال غير المستخدمة. لن تكون هناك أي استثناءات لاستخدام الأموال غير المستخدمة بسبب بطاقة مفقودة أو مسروقة أو ظروف شخصية أو عدم تقديم عنوانك البريدي الدقيق إلى Aetna. <p>لمزيد من المعلومات يمكنك الاتصال على 1-844-428-8147 (الهدف النصي: 711) 7 أيام في الأسبوع، من الساعة 8 صباحًا وحتى 8 مساءً بالتوقيت المحلي باستثناء العطلات الفيدرالية أو زيارة CVS.com/Aetna.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات سيارة الإسعاف المغطاة من Medicare.</p>	<p>خدمات الإسعاف</p> <p>تشمل الخدمات الإسعافية المغطاة، سواء للحالات الطارئة أو غير الطارئة، خدمات الإسعاف بطائرة ثابتة الأجنحة ودوارة الأجنحة والإسعاف الأرضي، حتى أقرب مرفق مناسب يمكنه تقديم الرعاية في حالة تقديمها لأحد الأعضاء الذي من الممكن أن تعرّض وسائل النقل الأخرى صحته للخطر أو عند اعتمادها من الخطة. إذا لم تكن خدمات الإسعاف المغطاة مخصصة لحالة طارئة، فيجب توثيق أن حالة العضو توضح أن وسائل النقل الأخرى قد تعرّض صحته للخطر وأن النقل بسيارة الإسعاف مطلوب طبيًا.</p> <p>يلزم الحصول على تصريح مسبق لجميع وسائل النقل لغير حالات الطوارئ، بما في ذلك خدمات الجناح الثابت والجناح الدوار والإسعاف الأرضي.</p>
<p>المشاركة في السداد بقيمة \$0 لفحوصات البدنية الروتينية السنوية.</p>	<p>الفحص البدني الروتيني السنوي</p> <p>يعتبر الفحص البدني الروتيني السنوي فحصا بدنيا مكثفا بما في ذلك مجموعة التاريخ الطبي وقد يشتمل أيضا على أي مما يلي: العلامات الحيوية، ومراقبة المظهر العام، وفحص الرأس والعنق، وفحص القلب والرئة، وفحص البطن، وفحص علاجي العصبية، وفحص الأمراض الجلدية، وفحص الأطراف.</p> <p>تغطي هذه الميزة التي لا يغطيها برنامج Medicare بالإضافة إلى زيارة العافية السنوية المغطاة من Medicare والزيارات الوقائية "مرحبا بكم في Medicare". يمكنك تحديد موعد روتينيتك السنوية مرة واحدة في كل عام تقويمي.</p> <p>تخضع المعامل والفحوصات الوقائية و/ أو الاختبارات التشخيصية التي يتم تلقيها خلال هذه الزيارة لتغطية الاختبارات المخبرية والتشخيصية الخاصة بك. (يرجى الاطلاع على الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية للمرضى الخارجيين للحصول علي مزيد من المعلومات.)</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على زيارة العافية السنوية.</p>	<p>زيارة العافية السنوية </p> <p>إذا كنت تتمتع بخدمات الجزء B لأكثر من 12 شهرًا، يمكنك الحصول على زيارة عافية سنوية لعمل أو تحديث خطة وقائية مخصصة تستند إلى العوامل الصحية والخطورة الحالية. ستغطي خطتنا زيارة العافية السنوية مرة واحدة في كل عام تقويمي.</p> <p>ملاحظة: لا تجوز زيارة العافية السنوية الأولى خلال مدة 12 شهرًا من الوقت الذي تجرى فيه الزيارة الوقائية مرحبًا بك في Medicare. ومع ذلك، فإنك لست بحاجة إلى تغطية الزيارة الوقائية مرحبًا بك في Medicare بالنسبة لزيارات العافية السنوية بعد تغطية خدمات الجزء B لمدة 12 شهرًا.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة قياس كتلة العظم المغطاة من Medicare.</p>	<p>قياس كتلة العظام </p> <p>بالنسبة للأشخاص المؤهلين (وهم بشكل عام الأشخاص المعرّضون لخطر فقد أو هشاشة العظام)، تغطي الخدمات التالية كل 24 شهرًا أو بشكل متكرر إذا اقتضت الضرورة الطبية ذلك: ومنها إجراءات تحديد كثافة العظام أو الكشف عن فقدان العظمي أو تحديد جودة العظام بما في ذلك تحليل الطبيب للنتائج.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على صور الثدي الشعاعية التشخيصية المغطاة.</p> <p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على تصوير الثدي بالأشعة التشخيصية.</p>	<p>فحص سرطان الثدي (صور الثدي الشعاعية) </p> <p>تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • صورة ثدي شعاعية أساسية ما بين عمر 35 و 39 • فحص الثدي الشعاعي مرة واحدة كل سنة تقويمية للنساء في سن 40 عامًا وما فوق • فحوصات الثدي السريرية مرة واحدة كل 24 شهرًا <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل خدمات إعادة تأهيل القلب المغطاة من برنامج Medicare وخدمات إعادة تأهيل القلب المكثفة.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل القلبي</p> <p>تكون البرامج الشاملة لخدمات إعادة التأهيل القلبي التي تشمل التمرين والتعليم والاستشارة مغطاة للأعضاء الذين يستوفون ظروفًا صحية معينة مع وجود طلب من الطبيب المختص.</p> <p>وتغطي خطتنا أيضًا البرامج المكثفة لإعادة التأهيل القلبي الأكثر دقة وكثافة من البرامج العادية لإعادة تأهيل القلب.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
لا تطبق رسوم المشاركة في التأمين أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على مزايا العلاج السلوكي المكثف والوقاية من الأمراض القلبية الوعائية.	<p>زيارة الحد من خطر الأمراض القلبية الوعائية (علاج للأمراض القلبية الوعائية)</p> <p>نحن نغطي زيارة واحدة كل عام مع طبيب الرعاية الأولية للمساهمة في الحد من خطر الأمراض القلبية الوعائية. وقد يناقش الطبيب معك أثناء هذه الزيارة استخدام الأسبرين (إذا كان مناسبًا)، وقياس ضغط دمك، ويعطيك النصائح للتأكيد على تناولك الطعام الصحي.</p>
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على خدمات الفحص للكشف عن الأمراض القلبية الوعائية المغطاة لمرء واحد كل 5 أعوام.	<p>فحوصات الإصابة بالمرض القلبي الوعائي</p> <p>تجرى فحوصات الدم للكشف عن الأمراض القلبية الوعائية (أو الأمور غير الطبيعية المتزامنة مع الخطر المتصاعد للتعرض للأمراض القلبية الوعائية) بمعدل مرة كل 5 أعوام (60 شهرًا).</p>
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الفحص الوقائي لباب والحوض المغطاة من Medicare.	<p>فحص سرطان عنق الرحم والسرطان المهبلي</p> <p>تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لجميع النساء: تتم تغطية اختبار مسحة عنق الرحم وفحوصات الحوض مرة كل 24 شهرًا • إذا كنتِ معرضة لخطورة عالية للإصابة بسرطان عنق الرحم أو السرطان المهبلي أو كنتِ في سن الإنجاب، وكانت نتيجة اختبار باب غير طبيعية خلال آخر 3 سنوات: فيتم إجراء اختبار باب بمعدل مرة كل 12 شهرًا
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على زيارات العلاج بتقويم العمود الفقري المغطاة من Medicare.	<p>خدمات تقويم العمود الفقري</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • نغطي فقط خدمة المعالجة اليدوية للعمود الفقري بغرض تصحيح الخلع الجزئي
لا يوجد تأمين مشترك أو مشاركة في السداد أو خصم لخدمات علاج وإدارة الألم المزمن المغطاة بواسطة Medicare.	<p>خدمات علاج وإدارة الألم المزمن</p> <p>الخدمات الشهرية المغطاة للأشخاص الذين يعانون من ألم مزمن (ألم مستمر أو متكرر يستمر لأكثر من 3 أشهر). قد تشمل الخدمات على تقييم الألم وإدارة الأدوية وتنسيق الرعاية والتخطيط لها.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على فحوصات سرطان القولون والمستقيم المغطاة من Medicare. ويُعرف هذا أيضًا باسم تنظير القولون الوقائي.</p>	<p>فحص سرطان القولون والمستقيم </p> <p>تتم تغطية الفحوصات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> لا يوجد حد أدنى أو أقصى للعمر فيما يتعلق بتنظير القولون ويتم تغطيته مرة واحدة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطر كبير، أو 48 شهرًا بعد التنظير السيني المرن السابق للمرضى غير المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، ومرة واحدة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لمخاطر عالية بعد فحص القولون بالمنظار السابق. تصوير القولون بالتصوير المقطعي المحوسب للمرضى في عمر 45 سنة وما فوق والذين لا يواجهون خطر الإصابة بسرطان القولون والمستقيم وتتم تغطيته عند مرور 59 شهر على الأقل بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص التصوير المقطعي المحوسب أو بعد مرور 47 شهرًا بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص للتنظير السيني المرن أو تنظير القولون. بالنسبة للمرضى المعرضين لخطر كبير للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، قد يتم الدفع مقابل فحص التصوير المقطعي المحوسب للقولون الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي تم فيه إجراء آخر فحص لتصوير القولون المقطعي المحوسب أو آخر اختبار لتنظير القولون. التنظير السيني المرن للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطر كبير بعد خضوع المريض لتنظير القولون الفحصي. مرة كل 48 شهر للمرضى المعرضين لمخاطر عالية من آخر تنظير سيني مرن أو تصوير القولون المقطعي. فحص اختبارات الدم المختفي في البراز للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فأكثر. مرتين في السنة التقويمية. فحص اختبار الدم الخفي في البراز المعتمد على غايك للمرضى الذين تبلغ أعمارهم 45 عامًا فما فوق. مرتين في السنة التقويمية. الحمض النووي للبراز متعدد الأهداف للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. اختبارات العلامات الحيوية القائمة على الدم للمرضى الذين تتراوح أعمارهم بين 45 و 85 عامًا ولا يستوفون معايير المخاطر العالية. مرة واحدة كل 3 سنوات. تشمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم متابعة فحص القولون بالمنظار بعد أن أظهر اختبار فحص سرطان القولون والمستقيم الذي يعتمد على البراز غير الجراحي الذي يغطيه برنامج Medicare نتيجة إيجابية. تشتمل اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم على التنظير السيني المرن للفحص المخطط له أو اختبار التنظير القولوني الذي يتضمن إزالة الأنسجة أو المواد الأخرى أو أي إجراء آخر يتم توفيره فيما يتعلق باختبار الفحص أو نتيجته أو في نفس المواجهة السريرية مثل اختبار الفحص.

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة الأسنان المغطاة من Medicare.</p> <p>خدمات طب الأسنان الوقائية (غير مغطاة في Medicare): للحصول على تفاصيل حول تقاسم التكاليف للخدمات الوقائية المغطاة، راجع جدول طب الأسنان.</p> <p>خدمات طب الأسنان الشاملة (غير مغطاة في Medicare): للحصول على تفاصيل حول تقاسم التكاليف للخدمات الشاملة المغطاة، راجع جدول طب الأسنان.</p>	<p>خدمات الأسنان</p> <p>بوجه عام، لا يغطي برنامج Original Medicare خدمات الأسنان الوقائية (مثل تنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية على الأسنان). ومع ذلك، يدفع برنامج Medicare مقابل خدمات الأسنان في عدد محدود من الظروف، وتحديداً عندما تكون هذه الخدمة جزءاً لا يتجزأ من علاج محدد للحالة الطبية الأولية للمستفيد. تشمل الأمثلة إعادة بناء الفك بعد الكسر أو الإصابة، أو قلع الأسنان الذي يتم إجراؤه استعداداً للعلاج الإشعاعي للسرطان الذي يشمل الفك، أو فحوصات الفم قبل زراعة الأعضاء.</p> <p>بالإضافة إلى ذلك، فإننا نغطي المزايا التالية غير المغطاة من Medicare:</p> <p>خدمات طب الأسنان الوقائية (غير مغطاة في Medicare): لمعرفة قائمة الخدمات الوقائية المغطاة، راجع جدول طب الأسنان.</p> <p>خدمات طب الأسنان الشاملة (غير مغطاة في Medicare): لمعرفة قائمة الخدمات الشاملة المغطاة، راجع جدول طب الأسنان.</p> <p>تحصل على مبلغ الإستفادة السنوية (المخصص) \$3,000 لتغطية خدمات طب الأسنان الوقائية وخدمات طب الأسنان الشاملة مجتمعة. سيتم دفع الخدمات المغطاة لمقدم الخدمة حتى مبلغ الاستحقاق السنوي (البديل). إذا تجاوزت مبلغ الاستفادة للخدمات المغطاة، فسوف تكون مسؤولاً عن تلك التكاليف ولن يتم تعويضك.</p> <p>راجع جدول الأسنان لمزيد من التفاصيل.</p> <p>يتم توفير هذه الميزة من خلال DentaQuest. إذا اخترت مقدم خدمات من خارج الشبكة، فلن تتم تغطية الخدمات. حدد موقع مقدم خدمات الشبكة، فيمكنك:</p> <p>1. اتصل بخدمات أعضاء DentaQuest على 1-855-463-0933 (الهاتف النصي: 711) أو</p> <p>2. تفضل بزيارة dentaquest.com وابحث باستخدام خطة Medicare الخاصة بك</p> <p>تحصل أيضاً على مزايا الأسنان من خلال Medicaid بالإضافة إلى تغطية الأسنان في هذه الخطة.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الزيارة السنوية للكشف عن الاكتئاب.	<p>فحص الاكتئاب 🍏</p> <p>نحن نغطي جلسة واحدة للكشف عن الاكتئاب سنويًا. ويتعين أن يُجرى الفحص في إطار الرعاية الأولية بحيث تتوفر المتابعة العلاجية و/أو الحالات.</p>
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على اختبارات الكشف عن السكري المغطاة من Medicare.	<p>فحص مرض السكري 🍏</p> <p>نغطي هذا الفحص (بما في ذلك اختبارات السكري الصيامي) إذا كنت تعاني من عوامل الخطورة التالية: ارتفاع ضغط الدم أو سابقة ارتفاع مستويات الكوليسترول وثلاثي الغليسريد (ارتفاع دهون الدم) أو السمنة أو سابقة ارتفاع سكر الدم (السكري). كما يمكن تغطية التحاليل حال انطباق بعض الشروط الأخرى عليك، كالسمنة المفرطة أو سابقة إصابة أحد أفراد العائلة بالسكري.</p> <p>قد تكون مؤهلاً لإجراء ما يصل إلى فحصين 2 لمرض السكري كل 12 شهرًا بعد تاريخ آخر اختبار فحص لمرض السكري.</p>
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري المغطى ببرنامج Medicare أو أحذية/معينات مرضى السكري أو خدمات ومستلزمات مرضى السكري.	<p>التدريب على الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات المقدمة لهم 🍏</p> <p>لجميع مرضى السكري (المعالجون بالأنسولين وغيره). تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • مستلزمات مراقبة جلوكوز الدم: جهاز مراقبة جلوكوز الدم، وأشرطة اختبارات جلوكوز الدم، والأجهزة الواخزة والمباضع، ووسائل مراقبة الجلوكوز المستخدمة في فحص دقة نسبة التحاليل بالأشرطة وأجهزة قياس نسبة السكر. • للأشخاص المصابين بالسكري الذين يعانون من مرض القدم السكري الشديد: توفير واحد زوج من الأحذية العلاجية المخصصة لمرض السكر كل عام تقويمي (بما في ذلك البطانة المرفقة بتلك الأحذية) وزوجين 2 إضافيين من بطانة الحذاء أو زوج من الأحذية العميقة و3 أزواج من البطانة (لا تشمل البطانة المنزوعة المصممة حسب الرغبة). تتضمن التغطية اللوازم المطلوبة. • تغطية التدريب على الإدارة الذاتية للسكري تحت ظروف معينة. <p>معلومات مهمة عن جهاز قياس سكر الدم (BGM):</p> <p>نغطي حصريًا أجهزة قياس سكر الدم وشرائط الاختبار المصنعة والموزعة بواسطة أجهزة قياس Roche/Accu-Chek and TRUE/Trividia المتوفرة حاليًا. يمكن تغطية أجهزة وشرائط الاختبار التي تنتجها الشركات المصنعة الأخرى إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية، مثل الخط الكبير أو الأجهزة الناطقة لضعاف البصر. يمكن تغطية الاستثناءات الطبية للمعاقين بصريًا من خلال تصريح مسبق معتمد.</p> <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>التدريب علي الإدارة الذاتية لمرض السكري والخدمات والمستلزمات المقدمة لهم (تُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • يمكن الحصول على أجهزة قياس الجلوكوز في الدم ومستلزمات الاختبار الأخرى (مثل أجهزة الوخز وإبر الوخز وشرائط الاختبار) من خلال وصفة طبية من صيدلية تابعة للشبكة أو مقدم خدمات المعدات الطبية المعمرة (DME). • المستلزمات الطبية لمرضى السكري؛ تتم تغطية أجهزة قياس سكر الدم وإبر الوخز ومحاليل التحكم ضمن تغطيتك الطبية. • تتم تغطية مستلزمات السكري من الصيدلية (مثل مسحات الكحول وإبر الوخز 22 والشاش X والإبر والمحاقن) ضمن تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا. يمكن العثور على مستلزمات السكري هذه في دليل كتيب الوصفات الخاص بخطتك. • يلزم الحصول على تصريح مسبق لأكثر من جهاز قياس سكر الدم مرة واحدة في السنة و/أو شرائط الاختبار التي تزيد عن 100 الشرائط لإمداد لمدة شهر واحد، وقد تكون مطلوبة لأحذية والحشوات لمرضى السكري. يعتبر التصريح المسبق هو مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل المعدات الطبية المعمرة المغطاة ببرنامج Medicare والمستلزمات ذات الصلة.</p>	<p>المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة (للحصول على تعريف للأجهزة الطبية المعمرة، انتقل إلى الفصل 12 والفصل 3.)</p> <p>نغطي العناصر التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الكراسي المتحركة • العكازات • أنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة • مستلزمات مرض السكري • أسرة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل • مضخات وقطب الحقن الوريدي • الأجهزة المساعدة على الكلام • جهاز الأكسجين والمستلزمات • الرذاذات • المشايات • مقبض قياسي منحني أو عكاز رباعي والمستلزمات البديلة • مسحب الرقبة (المعلق في الباب) • محفز العظام • معدات العناية لغسيل الكلى <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة (يتبع)</p> <p>قد تتم تغطية عناصر أخرى.</p> <p>نغطي جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية من الناحية الطبية والتي يغطيها برنامج Original Medicare. يتعين على مقدم الخدمات الخاص بك توفير وصفة طبية للمعدات الطبية المعمرة المغطاة والحصول على تصريح مسبق إذا لزم الأمر.</p> <p>في Original Medicare، هناك سياسة تأجير تصل إلى سعر الشراء لأنواع معينة من المعدات الطبية المعمرة (DME) بعد سداد مبالغ المشاركة في السداد لفترة الإيجار. تستمر فترة الإيجار عادة بين 10 إلى 13 أشهر. بمجرد استيفاء سعر الشراء، يمكنك استخدام الجهاز طالما كانت هناك حاجة إليه. بمجرد عدم الحاجة إليها، سيحتاج مقدم الخدمة المصدر إلى استلامها. تحت ظروف محدودة معينة، سنقوم بنقل ملكية العنصر المتعلق بالمعدات الطبية المعمرة لك.</p> <p>تتوفر أحدث قائمة بصيدليات وموردي المعدات الطبية المعمرة التابعة للشبكة على موقعنا على الإنترنت AetnaBetterHealth.com/mydsnp.</p> <p>تتوفر أجهزة مراقبة الجلوكوز المستمرة (CGMs) والمستلزمات من خلال مقدمي خدمات DME ضمن الشبكة. للحصول على قائمة بمقدمي خدمات DME، قم بزيارة Aetna.com/dsepublicContent/assets/pdf/en/DME_National_Provider_Listing.pdf.</p> <p>تتوفر أجهزة قياس السكر المستمرة وأجهزة الاستشعار من Dexcom و FreeStyle Libre دون إذن مسبق في صيدليات الشبكة التي لها تاريخ من استخدام الأنسولين في الأشهر 6 الماضية. بالنسبة لأولئك الذين لا يستخدمون الأنسولين كجزء من خطة العلاج الخاصة بهم، ستكون هناك حاجة إلى إذن مسبق لأجهزة المراقبة وأجهزة الاستشعار. قد يتم تطبيق التصريح المسبق لأجهزة القياس وأجهزة الاستشعار وكذلك طلبات الاستثناء في حالة تجاوز حدود الكمية التي تتوافق مع إرشادات تغطية Medicare.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لرعاية الطوارئ داخل الولايات المتحدة.</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لرعاية الطوارئ في جميع أنحاء العالم (أي خارج الولايات المتحدة).</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لخدمات الإسعاف في حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم (أي خارج الولايات المتحدة).</p> <p>إذا كنت تتلقى الرعاية الطارئة في مستشفى من خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية المرضى الداخليين بعد استقرار حالتك الطارئة، فيتعين أن تحصل على رعاية المرضى الداخليين في المستشفى من خارج الشبكة المصرح بها بموجب الخطة وتكون التكلفة التي تتكبدها عبارة عن مبلغ تقاسم التكلفة الذي ستدفعه في المستشفى المغطاة ضمن الشبكة.</p>	<p>الرعاية في حالة الطوارئ رعاية الطوارئ يقصد بها الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التي يقدمها مقدم خدمات مؤهل لتقديم الخدمات في حالة الطوارئ، و • المطلوبة لتقييم أو استقرار حالة طبية طارئة. <p>تحدث حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص عادي آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أن لديك أعراضًا طبية تتطلب عناية طبية فورية لمنع فقدان الحياة (وإذا كنت امرأة حامل، فقد جنين لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو وظيفة أحد الأطراف. يمكن أن تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم حاد أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.</p> <p>تقاسم التكلفة للخدمات الطارئة الضرورية التي تحصل عليها خارج الشبكة هو نفس التكلفة عند حصولك على هذه الخدمات داخل الشبكة.</p> <p>بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الرعاية في حالات الطوارئ (على مستوى العالم) • خدمات الإسعاف في حالات الطوارئ (على مستوى العالم) <p>الحد الأقصى السنوي للاستفادة من حالات الطوارئ في جميع أنحاء العالم، وسيارة الإسعاف الطارئة، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل هو \$250,000.</p> <p>قد يتعين عليك دفع المبلغ لمقدم الخدمة في وقت تقديم الخدمة وتقديمه للحصول على تعويض عن المبلغ. سيتم تعويضك بما يصل إلى الحد الأقصى لمبلغ الاستفادة السنوي مطروحًا منه أي مشاركة في التكلفة أو تقاسم التكاليف.</p>

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

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة السمع المغطاة من Medicare.</p>	<p>خدمات السمع يتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يقوم بها مقدم الخدمات لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي كإجراء للتعويض عن الخرجين عندما يقدمها لك طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم رعاية مؤهل آخر.</p> <p>يرجى الرجوع إلى كتيب أعضاء Medicaid للحصول على معلومات إضافية حول المزايا.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لتغطية Medicare للفحص الوقائي المتعلق بفيروس نقص المناعة البشرية.</p>	<p>فحص فيروس نقص المناعة البشرية بالنسبة للأشخاص الذين يطلبون تحليل للكشف عن فيروس نقص المناعة البشرية أو الأكثر عرضة للإصابة به، فإننا نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص واحد كل 12 أشهر <p>إذا كنت حاملاً، فإننا نغطي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ما يصل إلى 3 فحوصات كحد أقصى خلال فترة الحمل
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لتغطية Medicare للرعاية الصحية المنزلية المغطاة.</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل المعدات الطبية المعمرة والمستلزمات المغطاة ببرنامج Medicare.</p>	<p>رعاية وكالة الصحة المنزلية قبل حصولك على الخدمات الصحية المنزلية، يتعين على الطبيب الإقرار بحاجتك للخدمات الصحية المنزلية وسيطلب تقديم الخدمات الصحية المنزلية من قبل وكالة صحية منزلية. ومن ثم يجب أن تكون من ملازمي المنزل، مما يعني أن مغادرتك للمنزل سترهقك.</p> <p>تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية التمريضية الحاذقة بدوام جزئي أو متقطع والمساعدة الصحية المنزلية (تتم تغطيتها بموجب ميزة الرعاية الصحية المنزلية، ويجب ألا يزيد إجمالي خدمات الرعاية التمريضية الحاذقة والمساعدة الصحية المنزلية لديك عن 8 ساعات يوميًا و 35 ساعة أسبوعيًا). • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق • الخدمات الاجتماعية والطبية • المعدات والمستلزمات الطبية <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الخدمات المهنية للعلاج بالتسريب المنزلي المغطاة ببرنامج Medicare (بما في ذلك مقدمي التسريب المنزلي المعتمدين) والتدريب والتعليم والمراقبة.</p>	<p>العلاج بالتسريب المنزلي</p> <p>يشمل العلاج الحقن في المنزل إعطاء الأدوية أو المواد البيولوجية عن طريق الوريد أو تحت الجلد للفرد في المنزل. تشمل المكونات اللازمة لإجراء الحقن في المنزل الدواء (على سبيل المثال، الأدوية المضادة للفيروسات، والجلوبيولين المناعي)، والمعدات (على سبيل المثال، مضخة)، والإمدادات (على سبيل المثال، الأنابيب والقسطرة).</p> <p>قبل تلقي خدمات الحقن المنزلي، يتعين أن يطلبها الطبيب ويتم تضمينها في خطة الرعاية الخاصة بك.</p> <p>تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات المهنية، بما في ذلك خدمات التمريض، مصممة وفقاً لخطة الرعاية • تدريب المرضى وتثقيفهم لا تشملهم مزايا المعدات الطبية المعمرة • المراقبة عن بعد • خدمات المراقبة لتوفير العلاج بالحقن في المنزل وأدوية الحقن في المنزل التي يقدمها مورد مؤهل للعلاج بالحقن في المنزل
<p>عندما تكون مسجلاً في برنامج Medicare المعتمد لرعاية المحتضرين، تسدد Original Medicare خدمات رعاية المحتضرين وخدمات الجزأين (A) و (B) المتعلقة بحالتك المتأخرة، وليس خطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). تتضمن الاستشارات الخاصة برعاية المحتضرين كجزء من رعاية المستشفى للمرضى الداخليين.</p>	<p>رعاية المحتضرين</p> <p>وتستحق الاستفادة من رعاية المحتضرين عندما يمنحك طبيبك تشخيصاً نهائياً يفيد بأنك مريض بمرض خطير وأن لديك فرصة للعيش لمدة 6 أشهر أو أقل إذا سلك مرضك دورته الطبيعية. يمكنك الحصول على رعاية من أي برنامج للمرضى المحتضرين معتمد من Medicare. تلتزم خطتنا بمساعدتك في العثور على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من Medicare في منطقة خدمة خطتنا، بما في ذلك البرامج التي نمتلكها أو نتحكم فيها أو لدينا مصلحة مالية فيها. يمكن لطبيب المرضى المحتضرين أن يكون مقدم خدمات داخل الشبكة أو خارجها.</p> <p>تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • أدوية للتحكم في الأعراض وتخفيف الألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأجل • الرعاية المنزلية <p>بالنسبة لخدمات المحتضرين والخدمات المغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare التي تتعلق بحالتك المتأخرة: ستسدد Original Medicare (بدلاً من خطتنا) لمقدم الرعاية التلطيفية الخاص بك تكلفة خدمات رعاية المحتضرين المقدمة لك وأي خدمات في الجزأين (أ) و (ب) وفقاً لتشخيصك النهائي. سيقوم مقدم خدمات المحتضرين أثناء استفادتك من البرنامج بتحميل Original Medicare تكلفة الخدمات التي ستسدها Original Medicare. ستتم محاسبتك على تقاسم التكلفة من Original Medicare. تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>رعاية المحتضرين (تُبتع)</p> <p>بالنسبة للخدمات المغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare والتي لا تتعلق بحالتك المتأخرة: إذا كنت بحاجة لخدمات غير طارئة وغير عاجلة مغطاة في الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare ولا تتعلق بحالتك المتأخرة، فإن تكلفة هذه الخدمات تعتمد على ما إذا كنت تستخدم مقدم خدمات في شبكة خطتنا وتتبع قواعد الخطة (مثل ما إذا كان هناك شرط للحصول على تصريح مسبق).</p> <ul style="list-style-type: none"> • في حال حصولك على الخدمات المغطاة من مقدم خدمات تابع للشبكة وأتبع قواعد الخطة للحصول على الخدمة، فإنك تدفع فقط مبلغ تقاسم تكلفة خطتنا للخدمات داخل الشبكة • في حالة حصولك على الخدمات المغطاة من خلال مقدم خدمات من خارج الشبكة، فإنك ستسدد فقط تكلفة المشاركة في السداد في برنامج Original Medicare. <p>بالنسبة للخدمات التي تغطيها خطة (HMO) Aetna Medicare FIDE (D-SNP) ولكن لا يغطيها الجزء (A) أو (B) من برنامج Medicare: ستواصل الخطة والتي لا تتم تغطيتها بموجب الجزء (A) أو الجزء (B) سواء أكانت تتعلق بحالتك المتأخرة أم لا. عليك دفع مبلغ المشاركة في التكلفة الخاص بخطتنا مقابل هذه الخدمات.</p> <p>بالنسبة للأدوية التي قد تكون مغطاة بميزة الجزء (D) من برنامجنا إذا كانت هذه الأدوية غير متعلقة برعاية المحتضرين النهائية فإنك تسدد تقاسم التكلفة. إذا كانت تتعلق بحالة مأوى رعاية المحتضرين العضال الخاص بك، فإنك تدفع تقاسم التكلفة لبرنامج Original Medicare. لا تتم مطلقاً تغطية الأدوية من قبل برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في نفس الوقت. لمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 5، القسم 9.3.</p> <p>ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية لا تتعلق بالمحتضرين (خدمات العناية غير المرتبطة بحالتك المتأخرة)، عليك التواصل معنا لترتيب الخدمات.</p> <p>تغطي خطتنا الخدمات الاستشارية للمحتضرين (مرة واحدة فقط) للمصابين بمرض عضال الذين لم يختاروا ميزة رعاية المحتضرين.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على لقاحات التهاب الرئوي والإنفلونزا ومرض التهاب الكبد الوبائي "B" ولقاحات COVID-19.</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لجميع اللقاحات الأخرى التي يغطيها الجزء (B) من برنامج Medicare.</p>	<p>التطعيمات </p> <p>الخدمات المغطاة في الجزء B من Medicare، تشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • لقاحات التهاب الرئوي • لقاحات الإنفلونزا (أو اللقاحات)، مرة واحدة في كل موسم إنفلونزا في الخريف والشتاء، مع لقاحات إضافية للإنفلونزا/الإنفلونزا (أو لقاحات) إذا لزم الأمر طبيًا • لقاحات التهاب الكبد B إذا كنت معرضًا لخطر الإصابة بالتهاب الكبد B بدرجة عالية أو متوسطة • لقاحات COVID-19 • اللقاحات الأخرى إذا كنت معرضًا للخطر وكانت تستوفي قواعد التغطية الخاصة بالجزء (B) من Medicare <p>نحن نغطي أيضًا معظم اللقاحات الأخرى للبالغين بموجب ميزة الأدوية ضمن الجزء (D) من خطتنا. انتقل إلى الفصل 6، القسم 7 لمزيد من المعلومات.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المغطاة.</p> <p>إذا تلقيت رعاية المرضى الداخليين المعتمدة في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فإن تكلفتها هي تقاسم التكلفة الذي ستسده في مستشفى تابعة للشبكة.</p>	<p>رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى</p> <p>تشمل خدمات الرعاية الحرجة وإعادة التأهيل ومستشفيات تقديم الرعاية طويلة الأمد وأنواع الخدمات الأخرى للمرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في اليوم الذي يتم فيه قبولك رسميًا في المستشفى يطلب من الطبيب. ويكون اليوم السابق ليوم خروجك هو اليوم الأخير لبقائك في المستشفى.</p> <p>تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا لزم الأمر طبيًا) • الوجبات بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة (مثل الرعاية المركزة أو وحدات الرعاية التاجية) • الأدوية والعقاقير • الفحوصات المخبرية • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى • مستلزمات العمليات الجراحية والطبية الضرورية • الاستفادة من الأجهزة مثل الكراسي المتحركة • تكاليف غرف العمليات والاستشفاء • العلاج البدني والمهني وعلاج التخاطب • خدمات تعاطي المواد المخدرة للمرضى الداخليين <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>الرعاية داخل المستشفى (تُبتج)</p> <ul style="list-style-type: none"> • في بعض الحالات، تتم تغطية الأنواع التالية من عمليات الزراعة: القرنية والكلية والكلية\البنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب\الرئة ونخاع العظم والخلايا الجزعية ومعي\متعدد الطبقات الحشوية. إذا كنت بحاجة إلى زراعة عضو، فسنعمل على ترتيب مراجعة حالتك بواسطة مركز زراعة الأعضاء المعتمد من Medicare ويقرر ما إذا كنت مرشحاً لعملية زراعة العضو. قد يكون مقدمو خدمات زراعة الأعضاء من داخل أو خارج منطقة الخدمات. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء داخل الشبكة خارج نمط الرعاية الخاص بالمجتمع، فإنه يجوز لك إجراؤها محلياً طالما قبل مقدمو خدمات زراعة الأعضاء المحليون الأسعار المقررة من Original Medicare. في حالة توفير خطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) لخدمات زراعة الأعضاء في موقع بعيد خارج نمط رعاية عمليات زراعة الأعضاء في مجتمعك واختيارك للحصول على عمليات الزراعة في هذا المكان البعيد، فإننا سنعمل على ترتيب أو سداد تكاليف الإقامة والنقل المناسبين لك ولمرافقك. • الدم - بما في ذلك التخزين والاستخدام. تبدأ تغطية الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة من النصف لتر الأول الذي تحتاج إليه. أما مكونات الدم الأخرى فتبدأ تغطيتها من أول كيس دم. • خدمات الأطباء <p>ملاحظته: للحصول على خدمات داخلية بالمستشفى، يتعين على مقدم الخدمات إصدار أمر بدخولك رسمياً للمستشفى كمرضى داخلي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضاً خارجياً. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضاً داخلياً أم خارجياً، فاسأل طاقم المستشفى.</p> <p>يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare مزيايمستشفى Medicare. صحيفة الوقائع هذه متاحة على Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p> <p>قد تتوفر تغطية إضافية ضمن جزء Medicaid من مزايا الخطة.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على رعاية الصحة العقلية للمرضى الداخليين المغطاة من Medicare.</p> <p>تبدأ مزايا المرضى الداخليين في اليوم الأول في كل مرة يتم فيها إدخالك أو إلى نوع مرفق معين. يعتبر النقل داخل أو إلى منسأة بما في ذلك مرافق إعادة تأهيل المرضى الداخليين ومرافق الرعاية الحادة طويلة الأجل (LCONNECT) ومرافق الرعاية الحادة للمرضى الداخليين ومرافق الطب النفسي للمرضى الداخليين دخولا جديدا.</p>	<p>خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية تتضمن الخدمات المغطاة خدمات الرعاية الصحية العقلية التي تطلب إقامة في المستشفى</p> <p>الأيام المغطاة: يوجد حد لمدة 190 يومًا من العمر لخدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية. لا تنطبق فترة الـ 190 يومًا على خدمات الصحة العقلية للمرضى الداخليين المقدمة في وحدة الطب النفسي بالمستشفى العام.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الخدمات المغطاة أثناء إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة.</p>	<p>إقامة المرضى الداخليين: خدمات مغطاة يتم تلقيها في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حاذقة (SNF) خلال إقامة المرضى الداخليين غير المغطاة إذا استنفدت مزايا مرفق الرعاية الترميزية الحاذقة أو المرضى الداخليين، أو إذا كان مرفق الرعاية الترميزية الحاذقة أو إقامة المرضى الداخليين غير معقولة وضرورية، فلن نغطي إقامتك كمريض داخلي. في بعض الحالات، سنغطي بعض الخدمات التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى أو مرفق الرعاية الترميزية الحاذقة (SNF). تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الأطباء • الاختبارات التشخيصية، مثل (الفحوصات المخبرية) • العلاج بالأشعة السينية والراديو والتنظير، بما في ذلك الخدمات والمواد الخاصة بالفني • الضمادات الجراحية • الشرائح والجبائر والأجهزة الأخرى المستخدمة لتقليل من شدة الكسور وحالات الخلع • الأجهزة التعويضية والتقويمية (بخلاف أجهزة الأسنان) التي تحل مكان أحد أعضاء الجسم الداخلية أو جزء منه (بما في ذلك الأنسجة المجاورة)، أو التي تؤدي وظيفة كلية أو جزئية لأحد أعضاء الجسم الذي به خلل دائم، بما في ذلك تبديل أو تقويم تلك الأجهزة. • دعائم الأرجل والأذرع والرقبة، وأحزمة الفتق، والأرجل والأذرع والأعين الصناعية، بما في ذلك إجراء التعديلات، والتقويمات والتبديلات الضرورية بسبب الكسر أو الاهتراء أو الفقد أو تغير الحالة البدنية للمريض. • العلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج المهني <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الأعضاء المؤهلين لخدمات علاج التغذية الطبية المغطاة بواسطة Medicare.</p>	<p>العلاج بالتغذية الطبية </p> <p>يستفيد من ذلك الأشخاص المصابون بداء السكري وأمراض الكلى (باستثناء الذين يجرون الغسيل الكلوي) أو بعد عملية زراعة الكلى عند الطلب من طبيب المختص.</p> <p>ونغطي 3 ساعات من الخدمات الاستشارية المباشرة خلال العام الأول من تلقيك خدمات علاج التغذية الطبية من خلال Medicare (بما في ذلك خطتنا أو أي خطة Medicare Advantage أخرى أو خطة Original Medicare) بالإضافة إلى ساعتين 2 كل عام بعد استنفاد الساعات المغطاة. في حال تغير حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فإنه يمكنك الحصول على ساعات إضافية من العلاج من خلال إحالة من طبيبك. ويتعين على الطبيب وصف هذه الخدمات وتجديد طلبه كل عام في حال كان علاجك ضروريًا في العام التقويمي التالي.</p> <p>قد تتوفر تغطية إضافية ضمن جزء Medicaid من مزايا الخطة.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على ميزة MDPP.</p>	<p>برنامج الوقاية من السكري من Medicare (MDPP) </p> <p>تتم تغطية خدمات MDPP للأشخاص المؤهلين بموجب جميع خطط Medicare الصحية.</p> <p>MDPP هو تدخل مُنظَّم للتغيير في السلوك الصحي حيث يوفر تدريبًا عمليًا في التغيير طويل المدى في النظام الغذائي والنشاط البدني المتزايد وإستراتيجيات حل المشاكل للتغلب على التحديات التي تواجه فقدان الوزن المستدام ونمط الحياة الصحي.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على الأدوية الموصوفة للجزء (ب) من برنامج Medicare.</p> <p>قد تخضع أدوية الجزء (ب) لمتطلبات العلاج المرحلي.</p>	<p>أدوية الجزء (B) من Medicare</p> <p>هذه الأدوية تشملها تغطية الجزء B من Original Medicare. يتمتع أعضاؤنا بتغطية لهذه الأدوية من خلال خطتنا. الأدوية المغطاة تتضمن:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأدوية التي لا يتعاطاها المريض بمفرده وتحقن أو تنقط عند قدومك إلى الطبيب أو عيادات المستشفى الخارجية أو خدمات مراكز الجراحة المتنقلة. • يتم توفير الأنسولين من خلال عنصر المعدات الطبية المعمرة (مثل مضخة الأنسولين الضرورية طبيًا) • الأدوية الأخرى التي تتناولها باستخدام معدات طبية معمرة (مثل الرذاذات) المعتمدة بموجب خطتنا • دواء الزهايمر [®]Leqembi (اسم الدواء الجينيس lecanemab)، والذي يتم إعطاؤه عن طريق الوريد. بالإضافة إلى تكاليف الدواء، قد تحتاج إلى فحوصات واختبارات إضافية قبل و/أو أثناء العلاج، مما قد يزيد من تكاليفك الإجمالية. تحدث مع طبيبك حول الفحوصات والاختبارات التي قد تحتاجها كجزء من علاجك • عوامل التجلط التي تحقنها لنفسك إن كنت تعاني مرض الهيموفيليا <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>أدوية الجزء (B) من Medicare (تُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare العلاج الدوائي لعملية زرع الأعضاء إذا كان برنامج Medicare يدفع تكاليف عملية زرع الأعضاء الخاصة بك. يجب أن يكون لديك الجزء (A) في وقت إجراء عملية زرع الأعضاء المغطاة، ويجب أن يكون لديك الجزء (ب) في الوقت الذي تحصل فيه على الأدوية المثبطة للمناعة. تغطي تغطية أدوية الجزء (D) من Medicare الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان الجزء (B) لا يغطيها • أدوية هشاشة العظام القابلة للحقن في حال بقيت في منزلك وكان لديك كسر بالعظم وصدّق الطبيب على أنه له علاقة بهشاشة العظم التالي للإيأس ولا يمكنك حقن الدواء بنفسك • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا قام الطبيب بإعدادها وقام شخص مُعلم بشكل صحيح (قد تكون أنت المريض) بإعطائها تحت إشراف مناسب • بعض الأدوية المضادة للسرطان التي تؤخذ عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان الفموية التي تتناولها عن طريق الفم إذا كان نفس الدواء متاحًا في شكل قابل للحقن أو كان الدواء عبارة عن دواء مساعد (شكل فموي من الدواء، والذي عند تناوله يتحلل إلى نفس المادة الفعالة الموجودة في الدواء القابل للحقن) من الدواء القابل للحقن. وبما أن أدوية جديدة لعلاج سرطان الفم تصبح متاحة، فإن الجزء (B) قد يغطيها. إذا لم يغطيها الجزء (B)، فإن الجزء (D) يغطيها • الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم: يغطي برنامج Medicare الأدوية المضادة للغثيان عن طريق الفم التي تستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا تم إعطاؤها قبل أو أثناء أو خلال 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو تم استخدامها كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان عن طريق الوريد • بعض أدوية مرض الفشل الكلوي في مراحله النهائية الفموية (ESRD) المغطاة بموجب الجزء (B) من Medicare • الأدوية التي تحاكي الكالسيوم والأدوية الرابطة للفوسفات في ظل نظام دفع مرض الكلى في مراحله النهائية، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv® والدواء الفموي Sensipar® • بعض الأدوية المستخدمة في غسيل الكلى في المنزل، بما في ذلك الهيبارين، وهو الترياق للهيبارين، عندما يكون ذلك ضروريًا طبيًا، والمخدرات الموضعية • عوامل تحفيز تكون كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare حقن الإريثروبويتين إذا كنت تعاني من مرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD) أو كنت بحاجة إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط ببعض الحالات الأخرى (مثل Epoetin Alfa، أو Procrit®، أو Retacrit®، أو Epoetin Alfa، أو Darbepoetin Alfa، أو Mircera® (Methoxy polyethylene glycol-epoetin beta)) <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>أدوية الجزء (B) من Medicare (تُبتج)</p> <ul style="list-style-type: none"> • الجلوبيولين المناعي الوريدي للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأساسية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية الوريدية والأنبوبية) <p>سينقلك الرابط إلى قائمة أدوية الجزء (B) التي قد تخضع للعلاج التدريجي: AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/providers/hmo-snp-pr/snp-prescriptions</p> <p>نحن نغطي أيضًا بعض اللقاحات بموجب الجزء (B) لدينا ومعظم اللقاحات للبالغين بموجب ميزة الأدوية الموصوفة بموجب الجزء (D).</p> <p>يوضح الفصل 5 مزايا الأدوية بالجزء (D)، بما في ذلك القواعد التي عليك اتباعها لضمان تغطية الأدوية. وما تدفعه مقابل الأدوية ضمن الجزء (D) من خلال خطتنا موضح بشكل أكثر تفصيلاً في الفصل 6.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على فحص وعلاج السمنة الوقائي.	<p>فحص السمنة والعلاج لتعزيز فقدان الوزن المستدام</p> <p>إذا كان مؤشر كتلة الجسم 30 أو أكثر، فسندفع مقابل الاستشارة لمساعدتك في فقدان الوزن. وتغطي هذه الاستشارة حال الحصول عليها في مراكز الرعاية الصحية الأساسية، حيث يمكن إتاحة ذلك من خلال خطة الوقاية الشاملة. تحدث إلى ممارس أو طبيب الرعاية الأولية لمعرفة المزيد.</p>
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لخدمات برنامج علاج المواد الأفيونية.	<p>خدمات برنامج علاج الأفيونيات</p> <p>يمكن لأعضاء خطتنا المصابين باضطراب استخدام المواد الأفيونية (OUD) الحصول على تغطية للخدمات لعلاج OUD من خلال برنامج علاج المواد الأفيونية (OTP) الذي يتضمن الخدمات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ناهض الأفيون المعتمد من إدارة الغذاء والدواء (FDA) الأمريكية وأدوية العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) • صرف وإدارة أدوية MAT (حسب الاقتضاء) • استشارة استخدام المواد المخدرة • العلاج الفردي والجماعي • اختبار السموم • أنشطة كمية المدخول • التقييمات الدورية <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الاختبارات التشخيصية للمرضى الخارجيين والخدمات والمستلزمات العلاجية المغطاة من برنامج Medicare.</p>	<p>الاختبارات التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية للمريض الخارجي تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديويم والتنظير) بما في ذلك المستلزمات والمواد الخاصة بالفني • المستلزمات الجراحية مثل الضمادات • الشرائح والجباير والأجهزة الأخرى المستخدمة للتقليل من شدة الكسور وحالات الخلع • الفحوصات المخبرية • الدم - بما في ذلك التخزين والاستخدام. تبدأ تغطية الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة من النصف لتر الأول الذي تحتاج إليه. أما مكونات الدم الأخرى فتبدأ تغطيتها من أول كيس دم. • الاختبارات التشخيصية غير المعملية مثل فحوصات التصوير المقطعي المحوسب (CT) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) ومخطط كهربية القلب (EKG) والأشعة المقطعية البوزيترونية (PET) عندما يأمرها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر بها لعلاج مشكلة طبية. • الاختبارات التشخيصية الأخرى للمريض الخارجي <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الاستشفاء للملاحظة للمرضى الخارجيين المغطاة من Medicare.</p>	<p>مراقبة المرضى الخارجيين بالمستشفى خدمات المراقبة هي خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفى التي يتم تقديمها لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى أن يتم قبولك كمريض داخلي أو يمكنك الخروج.</p> <p>لتغطية خدمات مراقبة المرضى الخارجيين بالمستشفى، يجب أن تفي بمتطلبات Medicare وأن تعتبر معقولة وضرورية. يتم تغطية خدمات المراقبة فقط عندما يتم تقديمها بأمر من طبيب أو فرد آخر مخول له، بموجب قانون ترخيص الولاية والقوانين الداخلية بشأن موظفي المستشفى، إدخال المرضى في المستشفى أو طلب إجراء فحوصات للمرضى الخارجيين.</p> <p>ملاحظة: ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلباً لدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت مريض خارجي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضاً خارجياً. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضاً خارجياً أم لا، فاسأل طاقم المستشفى.</p> <p>احصل على مزيد من المعلومات في صحيفة وقائع Medicare مزايا مستشفى Medicare تتوفر صحيفة الوقائع هذه على www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال بالرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الاستشفاء للمرضى الخارجيين المغطاة من Medicare.</p>	<p>خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين سنتحمل تكاليف الخدمات الضرورية طبيًا التي تحصل عليها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة ما.</p> <p>تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الخدمات في قسم الطوارئ أو عيادات المرضى الخارجيين، مثل خدمات المراقبة أو الجراحة للمرضى الخارجيين • الفحوص المخبرية والتشخيصية التي تحاسب عليها المستشفى • الرعاية الصحية العقلية، بما في ذلك الرعاية في برنامج العلاج بالمستشفى الجزئي إذا صدق الطبيب أن العلاج الداخلي سيكون مطلوبًا بدونه • الأشعة السينية وخدمات الأشعة الأخرى التي تطالب المستشفى بتكلفتها • المستلزمات الطبية مثل الشرائح والجبائر • بعض الأدوية والمواد البيولوجية التي لا يمكنك استخدامها بنفسك <p>ملاحظة: ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا لدخولك المستشفى كمرضى داخلي، فأنت مريض خارجي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا مما إذا كنت مريضًا خارجيًا أم لا، فاسأل طاقم المستشفى.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لخدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الخارجيين المغطاة ببرنامج Medicare.</p>	<p>الرعاية الصحية العقلية للمرضى الخارجيين تتضمن الخدمات المغطاة:</p> <p>تُقدم خدمات الصحة العقلية من أخصائي نفسي أو طبيب محلي معتمد، أو طبيب نفسي سريري، أو أخصائي اجتماعي سريري، أو متخصص تمرير سريري، أو مستشار مهني مرخص (LPC) أو معالج الزواج والأسرة المرخص (LMFT) أو ممرضة ممارسة (NP)، أو طبيب مساعد (PA) أو أي من مهنيي تقديم الرعاية الصحية العقلية المؤهلين لبرنامج Medicare على النحو الذي تسمح به قوانين الولاية المعمول بها.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين المغطاة من Medicare.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين تتضمن الخدمات المغطاة: العلاج البدني والمهني والتخاطب.</p> <p>يمكنك الحصول على خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين في أماكن متنوعة لهم مثل أقسام المستشفى الخارجية، ومكاتب المعالجين المستقلين، ومرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORFs).</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات اساءة استخدام المواد للمرضى الخارجيين المغطاة من قبل برنامج Medicare.</p>	<p>خدمات اضطراب تعاطي المواد للمرضى الخارجيين تغطيتنا مماثلة لتغطية Original Medicare التي هي تغطية للخدمات التي يتم تقديمها في قسم المرضى الخارجيين بالمستشفى للمرضى الذين تم إخراجهم، على سبيل المثال، من إقامة المرضى الداخليين لعلاج تعاطي المواد أو الذين يحتاجون إلى علاج لكن لا يتطلب توفر وحدة الخدمات الموجودة فقط في مكان إقامة المستشفى للمرضى الداخليين. تخضع التغطية المتاحة لهذه الخدمات لنفس القواعد السارية عمومًا على تغطية خدمات المستشفى للمرضى الخارجيين.</p> <p>تشتمل الخدمات المغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التقييم والتقييم والعلاج للاضطرابات المرتبطة بتعاطي المواد من قبل مقدم خدمة مؤهل ل Medicare لتحديد شدة تعاطي المواد بسرعة وتحديد المستوى المناسب للعلاج. • التدخلات القصيرة أو النصائح التي تركز على زيادة البصيرة والتوعية فيما يتعلق بتعاطي المواد والدافع نحو التغيير السلوكي. <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل جراحة العيادات الخارجية المغطاة ببرنامج Medicare والمقدمة في منشأة مستشفى للمرضى الخارجيين أو مركز جراحي متنقل.</p>	<p>جراحة العيادة الخارجية، بما في ذلك الخدمات المقدمة في المرافق الجراحية في العيادات الخارجية والمراكز الجراحية المتنقلة ملاحظة: إذا كنت ستخضع لإجراء جراحة بأحد مرافق المستشفى، فعليك بسؤال مقدم الخدمات عن كونك حينها مريضًا خارجيًا أم داخليًا. ما لم يكن مقدم الخدمات قد كتب طلبًا لدخولك المستشفى كمريض داخلي، فأنت مريض خارجي. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على محفظة للأدوية بدون وصفة طبية (OTC).</p>	<p>المحفظة المتاحة بدون وصفة طبية (OTC) يمكنك الحصول على محفظة للأدوية بدون وصفة طبية (OTC) بمبلغ \$280 ميزة شهرية (بدل) في بطاقة المزايا الإضافية Aetna® Medicare لسداد مقابل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • منتجات الصحة والعافية المعتمدة التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC) بما في ذلك أدوية الحساسية ومسكنات الألم ولوازم الإسعافات الأولية والمزيد تتضمن هذه الميزة بعض علاجات استبدال النيكوتين. • يمكن شراء المنتجات المعتمدة بدون وصفة طبية المعتمدة التي لا تستلزم وصفة طبية في المتاجر المشاركة بما في ذلك مواقع بيع التجزئة CVS® (باستثناء المواقع داخل المتاجر الأخرى) وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711). <p>سيكون مبلغ استحقاقك الشهري متاحًا على بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits في اليوم الأول من كل شهر. تأكد من استخدام مبلغ المزايا الكامل كل شهر، لأن أي مبلغ مزايا غير مستخدم لن يتم ترحيله إلى الشهر التالي ولن يتم ترحيله إلى سنة الخطة التالية. لا توجد استثناءات لطلب إضافة أموال إضافية أو غير مستخدمة إلى بطاقتك.</p> <p>هام: تخضع جميع المنتجات والخدمات للضريبة (حسب ولايتك). سيتم استخدام رصيد بطاقتك لتغطية الضرائب. إذا لم تكن هناك أموال كافية في بطاقتك لتغطية الضرائب، فستكون مسؤوليتك تغطيتها. لمزيد من المعلومات حول بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits، راجع قسم بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits في الفصل 4.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الاستشفاء الجزئية المغطاة من Medicare.</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو مشاركة في السداد أو خصم لكل زيارة للمرضى الخارجيين المكثفة المغطاة بواسطة Medicare.</p>	<p>خدمات الاستشفاء الجزئي وخدمات العيادات الخارجية المكثفة الاستشفاء الجزئي هو برنامج مهيكّل يتألف من علاج نفسي نشط يُقدّم كخدمة من خدمات العيادات الخارجية في المستشفيات أو من خلال المراكز المجتمعية للصحة العقلية، وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في مكتب طبيبك، أو معالجك، أو معالج الزواج والعائلة المرخص (LMFT)، أو مكتب المستشار المهني المرخص، وهو بديل لدخول المستشفى للمرضى الداخليين.</p> <p>خدمة العيادات الخارجية المكثفة هو برنامج منظم للعلاج السلوكي النشط (العقلي) الصحي المقدم في قسم العيادات الخارجية في المستشفى، أو مركز الصحة العقلية المجتمعي، أو مركز صحي مؤهل فيدراليًا، أو عيادة صحية ريفية وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تتلقاها في مكتب طبيبك، أو معالجك، أو معالج الزواج والأسرة المرخص (LMFT)، أو مكتب المستشار المهني المرخص ولكن أقل كثافة من الاستشفاء الجزئي.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل خدمات الطبيب/الممارس المغطاة ببرنامج Medicare (بما في ذلك خدمات الرعاية الصحية عن بعد، والخدمات المهنية للتسريب الوريدي المنزلي، والخدمات المطلوبة بشكل عاجل).</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لبعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد الإضافية.</p>	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الطبية الضرورية أو الخدمات الجراحية التي تحصل عليها في عيادة طبيب أو أحد مراكز الجراحة المتنقلة المعتمدة أو أقسام المستشفى الخارجية أو في أي مكان آخر • الاستشارة والتشخيص والعلاج من جانب الاختصاصي • اختبارات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها مقدم الرعاية الأولية أو الأخصائي المتابع لحالتك شريطة أن يطلب ذلك طبيبك لتقييم مدى احتياجك للعلاج الطبي • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد طالما يمكن لمقدم الخدمات الخاص بك تقديم هذه الخدمات عبر خدمات telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد)، بما في ذلك: <ul style="list-style-type: none"> • خدمات مقدمي الرعاية الأولية • خدمات أخصائي الأطباء • خدمات التدريب الإدارة الذاتية لمرض السكري • خدمات التعليم الخاص بمرض الكلى • خدمات الصحة النفسية (جلسات فردية) • خدمات الصحة النفسية (جلسات جماعية) • خدمات المعالجة المهنية • خدمات العلاج المؤثرات الأفيونية • خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد في العيادات الخارجية (جلسات فردية) • خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد في العيادات الخارجية (جلسات جماعية) • خدمات العلاج الطبيعي وتقويم النطق • خدمات الطب النفسي (جلسات فردية) • خدمات الطب النفسي (جلسات جماعية) • الخدمات المطلوبة العاجلة <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • هذه التغطية بالإضافة إلى خدمات الرعاية الصحية عن بعد الموضحة أدناه. لمزيد من التفاصيل حول التغطية الإضافية لـ telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد)، يرجى مراجعة تغطية الرعاية الصحية عن بُعد الخاصة بك من Aetna Medicare على AetnaMedicare.com/Telehealth. • لديك خيار الحصول على هذه الخدمات من خلال زيارة شخصية أو عن بعد. إذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الخدمات الصحية عن بُعد، فيجب عليك استخدام موفر شبكة يقدم الخدمة عن بُعد. لا يقدم جميع مقدمي الخدمات خدمات telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد). • يجب عليك الاتصال بطبيبك للحصول على معلومات حول خدمات الرعاية الصحية عن بعد التي يقدمونها وطريقة تحديد موعد لزيارة الرعاية الصحية عن بعد. اعتمادًا على الموقع، قد يكون بإستطاعتك أيضًا خيار تحديد موعد زيارة صحية عن بُعد على مدار 24 ساعة يوميًا وطوال 7 أيام الأسبوع عبر Teladoc أو MinuteClinic® Video Visit أو مقدم خدمة آخرين يقدم خدمات الرعاية الصحية عن بُعد التي تغطيها خطتك. يمكنك الوصول إلى Teladoc من خلال Teladoc.com/Aetna أو عبر الاتصال على الرقم (1-855-835-2362) 1-855-TELADOC (الهاتف النصي: 711). يمكنك معرفة ما إذا كانت زيارات فيديو MinuteClinic® متوفرة في منطقتك على CVS.com/MinuteClinic/virtual-care/videovisit. • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد المقدمة من Medicare بما في ذلك الاستشارة والتشخيص والعلاج التي يقوم بها المرضى في بعض المناطق الريفية أو غيرها من الأماكن أحد الأطباء أو الممارسين • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) للزيارات الشهرية ذات الصلة بأمراض الكلى في نهاية المرحلة لأعضاء غسيل الكلى في المنزل في مركز غسيل الكلى في المستشفى أو مركز غسيل الكلى في المستشفى عند دخول الحالات الحرجة أو مرفق غسيل الكلى أو منزل العضو • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) لتشخيص أعراض السكتة الدماغية وتقييمها وعلاجها، بغض النظر عن موقعك • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد أو اضطراب الصحة العقلية المترامن، بغض النظر عن موقعهم <p>تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الرعاية الصحية عن بعد لتشخيص اضطرابات الصحة العقلية وتقييمها وعلاجها في الحالات التالية: • لديك زيارة شخصية في غضون 6 أشهر قبل أول زيارة للرعاية الصحية عن بعد • لديك زيارة شخصية كل 12 شهراً أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بعد هذه • يمكن إجراء استثناءات لما سبق لظروف معينة • خدمات Telehealth (الرعاية الصحية عن بُعد) لزيارات الصحة العقلية المقدمة من العيادات الصحية الريفية ومراكز الصحة المؤهلة فيدراليًا • عمليات تسجيل الوصول الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو محادثة فيديو) مع الطبيب لمدة 5-10 دقائق في الحالات التالية: <ul style="list-style-type: none"> • لم تكن مريضاً جديداً و • لا يرتبط تسجيل الوصول بزيارة العيادة في آخر 7 أيام و • لا يؤدي تسجيل الوصول إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح • تقييم الفيديو و/ أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك، والترجمة والمتابعة من قبل طبيبك في غضون 24 ساعة في الحالات التالية: <ul style="list-style-type: none"> • لم تكن مريضاً جديداً و • لم يرتبط التقييم بزيارة العيادة في آخر 7 أيام و • لا يؤدي التقييم إلى زيارة العيادة في غضون 24 ساعة أو أقرب موعد متاح • استشارة طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني • يصدر الرأي الثاني مقدم خدمات آخر بالشبكة قبل إجراء الجراحة <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوباً وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة علاج الأرجل المغطاة من Medicare.</p> <p>\$0 المشاركة في السداد مقابل كل زيارة إضافية لعلاج الأرجل غير مغطاة ببرنامج Medicare.</p>	<p>خدمات علاج القدم تشمل الخدمات المغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي للإصابات وأمراض القدم (مثل إصبع القدم المطرقية أو مهاميز العقب) • رعاية القدمين الروتينية للأعضاء المصابين بحالات طبية معينة تؤثر على الأطراف السفلية <p>بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضاً:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات علاج القدم الإضافية غير المغطاة من Medicare: ما يصل إلى ست زيارات كل عام

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو مشاركة في السداد أو خصم لكل خدمة من خدمات PrEP المغطاة بواسطة Medicare.</p>	<p>العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية</p> <p>إذا لم تكن مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكن طبيبك أو ممارس رعاية صحية آخر يحدد أنك عرضة لخطر متزايد للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فإننا نغطي أدوية الوقاية قبل التعرض (PrEP) والخدمات ذات الصلة.</p> <p>إذا كنت مؤهلاً، فإن الخدمات المغطاة تشمل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • دواء PrEP الفموي أو الحقن المعتمد من إدارة الغذاء والدواء (FDA). إذا كنت تحصل على دواء قابل للحقن، فإننا نغطي أيضًا رسوم حقن الدواء. • حتى 8 جلسات الاستشارة الفردية (بما في ذلك تقييم مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية، والحد من مخاطر فيروس نقص المناعة البشرية، والالتزام بالأدوية) كل 12 شهر. • حتى 8 فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية كل 12 شهر. • فحص فيروس التهاب الكبد B لمرة واحدة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على اختبار المستقيم الرقمي المغطى.</p> <p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على اختبار مستضد البروستاتة النوعي السنوي.</p>	<p>فحوصات سرطان البروستاتا</p> <p>للرجال في الفئة العمرية التي تبلغ 50 عامًا أو أكثر، تتضمن الخدمات المغطاة ما يلي، لمرة واحدة كل 12 شهرًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • فحص مستقيمي رقمي • اختبار مستضد البروستاتة النوعي (PSA)
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم للأجهزة الاصطناعية والتقويمية المغطاة ببرنامج Medicare والمستلزمات ذات الصلة.</p>	<p>الأجهزة التعويضية والتقويمية واللوازم ذات الصلة</p> <p>الأجهزة التعويضية (بخلاف الأسنان) تحل محل عضو من أعضاء الجسم أو وظيفة من وظائفه كليًا أو جزئيًا. وتشمل هذه، على سبيل المثال لا الحصر، الاختبار أو التحفيز أو التدريب على استخدام الأجهزة الاصطناعية والتقويمية؛ فضلًا عن: أكياس فغرة القولون والمستلزمات الخاصة بالعناية بفغرة القولون، وأجهزة ضبط نبضات القلب، ودعامات تقويم الأسنان، والأحذية التعويضية، والأطراف الصناعية والثدي الاصطناعي (بما في ذلك حمالة الصدر الطبية بعد عملية استئصال الثدي). تتضمن بعض الإمدادات المتعلقة بالأجهزة الاصطناعية والتقويمية، وإصلاح و/أو استبدال الأجهزة الاصطناعية والتقويمية. يتضمن أيضًا بعض التغطية بعد إزالة السداد أو جراحة السداد انتقل إلى Vision Care لاحقًا في هذا الجدول لمزيد من التفاصيل.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة إعادة التأهيل الرئوي المغطاة من Medicare.</p>	<p>خدمات إعادة التأهيل الرئوي</p> <p>تتم تغطية برامج شاملة لإعادة التأهيل الرئوي للأعضاء الذين يعانون من مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD) الذي يتفاوت ما بين المعتدل والحاد مع طلب لإعادة التأهيل الرئوي من الطبيب المعالج لأمراض الجهاز التنفسي المزمنة.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمات الفحص الطبي والاستشارة بغرض الاستفادة الوقائية للحد من إساءة تناول الكحول التي يغطيها Medicare.</p>	<p>الفحص والاستشارة لتقليل إساءة استخدام الكحول</p> <p>نحن نغطي الفحص الطبي الخاص بإساءة استخدام الكحول للبالغين (بما في ذلك الحوامل) المسرفين في تناول الكحول، ويستثنى من ذلك المدمنين.</p> <p>وإذا سُخِّصت حالتك بإساءة استخدام الكحول، يمكنك الحصول على 4 جلسات استشارة وجيزة مباشرة كل عام (إذا كنت قادرًا ومنتبهًا أثناء الاستشارات) بواسطة ممارس أو طبيب رعاية أولية مؤهل في مكان رعاية أولية.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو تأمين مشترك أو مشاركة في السداد أو خصم للفحص المغطى من قبل Medicare لفيروس التهاب الكبد الوبائي سي.</p>	<p>فحص عدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي C</p> <p>نغطي فحصًا واحدًا لالتهاب الكبد C إذا طلب طبيب الرعاية الأولية أو مقدم رعاية صحية مؤهل آخر إجراء وكنت مستوفيًا إحدى الحالات التالية:</p> <ul style="list-style-type: none"> • تتعرض لخطر كبير لأنك تستخدم أو استخدمت أدوية الحقن غير المشروعة. • كنت قد خضعت لعملية نقل دم قبل 1992. • لقد ولدت بين 1945-1965. <p>إذا ولدت بين 1945-1965 ولا تعتبر معرضًا لخطر كبير، فإننا ندفع مقابل الفحص مرة واحدة. إذا كنت معرضًا لخطر كبير (على سبيل المثال، واصلت تعاطي عقاقير الحقن غير المشروعة منذ اختبار فحص التهاب الكبد C السليبي السابق)، فإننا نغطي الفحوصات السنوية.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع للاستشارات المغطاة من Medicare وزيارة اتخاذ القرار بصورة مشتركة أو LDCT.</p>	<p>فحص سرطان الرئة من خلال التصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT)</p> <p>بالنسبة للأشخاص المؤهلين، تتم تغطية LDCT كل 12 شهر.</p> <p>الأعضاء المؤهلون هم: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم من 50 إلى 77 عامًا والذين لا توجد بهم أي علامات أو أعراض لسرطان الرئة، ولكنهم لديهم تاريخ من تدخين التبغ يُقدر على الأقل بعدد 20 علبة سجائر خلال سنوات والذين يدخنون حاليًا أو أفلعوا عن التدخين خلال آخر 15 عامًا أو الذين يتلقون أمرًا مكتوبًا للتصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT) خلال استشارة فحص سرطان الرئة وزيارة اتخاذ القرار بصورة مشتركة التي تفي بمعايير Medicare لمثل هذه الزيارات، علاوة على تقديمها من قبل طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب.</p> <p>بالنسبة لفحوصات سرطان الرئة من خلال التصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT) بعد الفحص من خلال LDCT الأولي: يتعين على العضو تلقي أمر خاص بفحص سرطان الرئة من خلال التصوير المقطعي المحوسب للجرعة المنخفضة (LDCT)، والذي يمكن تقديمه خلال أي زيارة مناسبة بواسطة طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب. في حالة اختيار طبيب أو ممارس مؤهل غير طبيب لتقديم استشارة فحص سرطان الرئة وزيارة اتخاذ القرار بصورة مشتركة لفحوصات سرطان الرئة اللاحقة من خلال LDCT، يجب أن تفي الزيارة بمعايير Medicare لمثل هذه الزيارات.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على خدمات الفحص الطبي عن الأمراض المنقولة جنسيًا والاستشارة للحيلولة دون الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا التي يغطيها Medicare.</p>	<p>فحص الأمراض المنقولة جنسيًا (STI) والاستشارة للوقاية منها</p> <p>نحن نغطي خدمات فحص الأمراض المنقولة جنسيًا مثل الكلاميديا، والسيلان، والزهري والالتهاب الكبدي ب. وتغطي خدمات الفحص الحوامل والأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بالأمراض المعدية حين يطلب مقدم الرعاية الأساسية إجراء اختبارات. وسنقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة خلال فترة الحمل.</p> <p>سنغطي أيضًا جلستي 2 استشارة سلوكية مكثفة مباشرة تتراوح مدة الواحدة منهما ما بين 20 إلى 30 دقيقة، وذلك في كل عام للبالغين الناشطين جنسيًا والمعرضين لمخاطر متزايدة للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا. ونغطي فقط جلسات الاستشارة هذه كنوع من الخدمات الوقائية شريطة أن تُقدم من مقدم الرعاية الأولية وفي أحد أماكن تقديم الرعاية الأولية، كعيادات الأطباء.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare لعلاج أمراض الكلى وحالاتها.</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك ولا مشاركة في السداد ومبالغ الخصم لغسيل الكلى للمرضى الخارجيين المقدمة في Medicare وتدريب الغسيل الذاتي وبعض خدمات الدعم المنزلي وأجهزة ومستلزمات الغسيل المنزلي.</p> <p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى المغطاة.</p> <p>إذا تلقيت رعاية المرضى الداخليين المعتمدة في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فإن تكلفتها هي تقاسم التكلفة الذي ستسده في مستشفى تابعة للشبكة.</p>	<p>خدمات علاج مرض الكلى تشتمل الخدمات المغطاة:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات التعرف بمرض الكلى لتعليم رعاية الكلى ومساعدة الأعضاء في اتخاذ قرارات صحيحة بشأن رعايتهم. بالنسبة للأعضاء الذين وصلوا للمرحلة الرابعة من أمراض الكلى المزمنة، فإننا نغطي بحد أقصى 6 جلسات تعليمية حول أمراض الكلى طوال الحياة وذلك عند الإحالة من قبل الطبيب. • علاج الغسيل الكلوي بالعيادات الخارجية (بما في ذلك علاج الغسيل الكلوي في حالة وجود المريض خارج منطقة نطاق الخدمة بشكل مؤقت، كما هو موضح في الفصل 3 أو عندما يكون مقدم الخدمات الخاص بك لهذه الخدمة غير متاح مؤقتًا أو غير قابل للوصول) • علاجات غسيل الكلى للمريض الداخلي إذا تم إدخالك كمريض داخلي إلى مستشفى للرعاية الخاصة • تدريب غسيل الكلى الذاتي (بما في ذلك التدريب بالنسبة لك ولأي شخص يساعدك في علاجات الغسيل بالمنزل) • مستلزمات وأجهزة الغسيل الكلوي المنزلي • أجهزة دعم منزلية معينة (مثل الزيارات اللازمة من عمال الغسيل الكلوي المدربين لمتابعتك بشأن الغسيل الكلوي المنزلي وللمساعدة في حالات الطوارئ وفحص أجهزة الغسيل الكلوي وإمداد المياه) <p>تتم تغطية بعض أدوية غسيل الكلى بموجب الجزء (B) من Medicare. للحصول على معلومات حول تغطية أدوية الجزء B، يرجى الانتقال إلى أدوية الجزء B من Medicare في هذا الجدول.</p> <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لرعاية مرافق التمريض الحاذقة (SNF) المغطاة ببرنامج Medicare.</p> <p>تبدأ فترة المزايا من اليوم الذي تنتقل فيه إلى المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة. تنتهي فترة المزايا عندما لا تتلقى أي عناية للمرضى الداخليين بالمستشفى (أو العناية المتخصصة في مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة) لمدة 60 يومًا على التوالي. في حالة الانتقال إلى المستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة بعد انتهاء فترة المزايا، تبدأ فترة مزايا جديدة. لا يوجد حد لعدد فترات الاستحقاق التي يمكنك الحصول عليها.</p>	<p>رعاية مرفق الرعاية التمريضية المتخصصة الماهرة (للحصول على تعريف لرعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة، انتقل إلى الفصل 12. كما يرمز أحيانًا إلى مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة بالاختصار "SNF").</p> <p>الأيام المغطاة: حتى 100 يوم لكل فترة مزايا. لا يلزم إقامة سابقة في المستشفى. سوف نغطي إقامتك فقط في حال تليبتك لإرشادات Medicare وكانت إقامتك ضرورية طبيًا.</p> <p>تتضمن الخدمات التي تشملها التغطية على سبيل المثال لا الحصر:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الغرفة شبه الخاصة (أو غرفة خاصة إذا كانت ضرورية طبيًا) • الوجبات، بما في ذلك الحميات الغذائية الخاصة • خدمات الرعاية التمريضية الحاذقة • العلاج الطبيعي والمهني وعلاج النطق • الأدوية التي تحصل عليها كجزء من خطة رعايتنا (تتضمن المواد التي توجد في الجسم بشكل طبيعي، مثل عوامل تخثر الدم). • الدم - بما في ذلك التخزين والاستخدام. تبدأ تغطية الدم الكامل والخلايا الحمراء المعبأة من النصف لتر الأول الذي تحتاج إليه. أما مكونات الدم الأخرى فتبدأ تغطيتها من أول كيس دم. • المستلزمات الطبية والجراحية المقدمة بشكل أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • الفحوص المخبرية المقدمة بشكل أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • خدمات الأشعة السينية والأشعة الأخرى المقدمة بشكل أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • استخدام المعدات كالكراسي المتحركة المقدمة بشكل أساسي بواسطة مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة • خدمات الأطباء/الممارسين <p>عمومًا، تحصل على رعاية SNF من مرافق الشبكة. بموجب ظروف معينة مدرجة أدناه، قد تتمكن من سداد تقاسم التكلفة داخل الشبكة لمرفق لا يعد مقدم خدمات بالشبكة، إذا قبل المرفق بمبالغ خطتنا للسداد.</p> <ul style="list-style-type: none"> • دار ترميز أو مجتمع تقاعد رعاية مستمرة حيث تعيش قبل ذهابك إلى المستشفى (طالما أنه يوفر رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة) • مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة الذي يعيش فيه زوجك/تعيش فيه زوجتك أو شريك/شريكة حياتك في وقت مغادرتك للمستشفى <p>قد يكون التصريح المسبق مطلوبًا وهو من مسؤولية مقدم الخدمات الخاص بك.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على المزايا الوقائية للتوقف عن التدخين والتبغ المغطاة من Medicare.</p> <p>المشاركة في السداد بقيمة \$0 لكل زيارة إضافية للإقلاع عن التدخين والتبغ غير مغطاة من Medicare.</p>	<p>التوقف عن التدخين والتبغ (أخذ المشورة للتوقف عن التدخين أو التبغ)</p> <p>تتم تغطية استشارات الإقلاع عن التدخين والتبغ للمرضى الخارجيين والمرضى المقيمين في المستشفى الذين يستوفون هذه المعايير:</p> <ul style="list-style-type: none"> • استخدام التبغ، بغض النظر عما إذا كانت تظهر عليه علامات أو أعراض الأمراض المرتبطة بالتبغ • يتمتعون بالكفاءة واليقظة أثناء الاستشارة • يقدم الاستشارة طبيب مؤهل أو ممارس آخر معترف به من Medicare <p>نغطي محاولتين 2 للإقلاع عن التدخين كل عام (قد تتضمن كل محاولة 4 جلسات متوسطة أو مكثفة كحد أقصى، مع حصول المريض على 8 جلسات في السنة).</p> <p>بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضاً:</p> <ul style="list-style-type: none"> • جلسات استشارية إضافية فردية وجماعية وجهاً لوجه متوسطة ومكثفة (غير مغطاة من قبل Medicare): عدد غير محدود من الزيارات كل عام
<p>انظر مخطط المزايا التكميلية الخاصة للحصول على معلومات.</p>	<p>مزايا تكميلية خاصة للمرضى المصابين بأمراض مزمنة</p> <p>قد تكون مؤهلاً للحصول على خدمات إضافية. يرجى الاطلاع على مخطط المزايا التكميلية الخاصة الذي يتبع مخطط المزايا الطبية للحصول على معلومات حول المزايا ومتطلبات الأهلية.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو الخصومات على خدمة العلاج بالتمرين تحت الإشراف المغطاة من Medicare.</p>	<p>التمارين الرياضية العلاجية الخاضعة للإشراف (SET)</p> <p>تتم تغطية SET للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض.</p> <p>تتم تغطية ما يصل إلى 36 جلسة خلال فترة مدتها 12 أسبوعاً في حالة تلبية متطلبات برنامج SET.</p> <p>يتعين أن ينطبق ما يلي على برنامج SET:</p> <ul style="list-style-type: none"> • يتكون من جلسات تستمر لمدة 30 إلى 60 دقيقة، وتتضمن برنامجاً علاجياً للتدريب على التمارين لـ PAD بالنسبة للمرضى المصابين بالعرج • يُجرى في العيادات الخارجية في المستشفيات أو عيادة الطبيب • يُقدم بواسطة موظف مساعد مؤهل لازم لضمان تجاوز الفوائد للأضرار، ومُدرّب في التمرين الرياضي العلاجي لـ PAD • يكون تحت إشراف مباشر لطبيب أو مساعد طبيب أو ممرضة ممارسة/متخصص تمرين سريري يتعين أن يكون مدرّجاً في أساليب دعم الحياة الأساسية والمتقدمة <p>قد تتم تغطية SET لأكثر من 36 جلسة على مدار 12 أسبوعاً لعدد 36 جلسة إضافية على مدار فترة زمنية ممتدة إذا تم اعتبارها ضرورية من الناحية الطبية من قبل مقدم رعاية صحية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم.	<p>خدمات النقل (غير الطارئة) يرجى الرجوع إلى كتيب أعضاء Medicaid للحصول على معلومات إضافية حول المزايا.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم للخدمات المطلوبة بشكل عاجل في الولايات المتحدة.</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لكل زيارة رعاية عاجلة في جميع أنحاء العالم (أي خارج الولايات المتحدة).</p>	<p>الخدمات المطلوبة العاجلة تعد الخدمة المغطاة بموجب الخطة والتي تتطلب رعاية طبية فورية وليست طارئة خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا مؤقتًا أو حتى إذا كنت داخل منطقة خدمات خطتنا، فمن غير المعقول نظرًا لوقتكم ومكانكم وظروفكم الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. يجب أن تغطي خطتنا الخدمات المطلوبة بشكل عاجل ولا تفرض عليك سوى رسوم مشاركة التكلفة داخل الشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. لا تعتبر زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية من الناحية الطبية، (مثل الفحوصات السنوية)، ضرورة بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.</p> <p>بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الرعاية العاجلة (على مستوى العالم) <p>الحد الأقصى السنوي للاستفادة من الرعاية الطارئة في جميع أنحاء العالم، وسيارة الإسعاف الطارئة، والرعاية المطلوبة بشكل عاجل هو \$250,000.</p> <p>قد يتعين عليك دفع المبلغ لمقدم الخدمة في وقت تقديم الخدمة وتقديمه للحصول على تعويض عن المبلغ. سيتم تعويضك بما يصل إلى الحد الأقصى لمبلغ الاستفادة السنوي مطروحًا منه أي مشاركة في التكلفة أو تقاسم التكاليف.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم مقابل فحوصات العيون المغطاة ببرنامج Medicare أو فحوصات الجلوكوما أو النظارات.</p> <p>المشاركة في السداد بقيمة \$0 لكل فحص متابعة للعين السكري.</p>	<p>رعاية النظر </p> <p>تتضمن هذه الخدمات المشمولة في التغطية ما يلي:</p> <ul style="list-style-type: none"> • خدمات الأطباء للمرضى الخارجيين لتشخيص وعلاج أمراض وإصابات العين، بما في ذلك علاج التنكس البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي برنامج Original Medicare فحوصات العين الروتينية (انكسار العين) بفرض تركيب نظارة/عدسات. • بالنسبة للأشخاص المعرضين لنسبة عالية من خطورة الإصابة بالمياه الزرقاء، فنغطي فحصًا واحدًا للمياه الزرقاء كل عام. يشتمل الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالمياه الزرقاء على: الأشخاص الذين لديهم تاريخ وراثي لمرض المياه الزرقاء والمصابين بداء السكري والأفارقة الأمريكيين الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا وأكبر والأمريكيين من أصل لاتيني الذين يبلغون من العمر 65 عامًا أو أكبر. <p>تتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.</p>

ما تدفعه	الخدمات المغطاة
	<p>رعاية النظر (تُتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • بالنسبة للأشخاص المصابين بالسكري، تتم تغطية اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في العام. • زوج من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل عملية لإزالة المياه البيضاء بما في ذلك زراعة عدسة داخل العين. (في حالة إجرائك لعمليتي 2 جراحة منفصلتين لإزالة المياه البيضاء من العين، بذلك تكون قد استنفدت ميزة العملية الأولى وستتحمل في الثانية تكاليف زوجي 2 النظارات). <p>بالإضافة إلى المزايا المغطاة في Medicare، نقدم أيضًا:</p> <ul style="list-style-type: none"> • متابعة فحص العين لمرضى السكري <p>يرجى الرجوع إلى كتيب أعضاء Medicaid للحصول على معلومات إضافية حول المزايا.</p>
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع على الزيارة الوقائية "مرحبًا بكم في Medicare".</p> <p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم لفحص تخطيط القلب المغطاة ببرنامج Medicare على الزيارة الوقائية مرحبًا بكم في Medicare.</p>	<p>مرحبًا بكم في Medicare بالزيارة الوقائية</p> <p>تغطي خطتنا الزيارة الوقائية مرحبًا بكم في Medicare لمرة واحدة. تشمل الزيارة فحص حالتك الصحية، بالإضافة إلى تقديم الدروس والمشورة حول الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك بعض الفحوصات والحقن (أو اللقاحات))، بالإضافة إلى إحالات لأقسام الرعاية الأخرى عند الحاجة لذلك.</p> <p>هام: نغطي الزيارة الوقائية مرحبًا بكم في Medicare فقط خلال أول 12 شهرًا يكون لديك فيها الجزء (B) من برنامج Medicare. وعند تحديد موعدك، أخبر عيادة طبيبك بأنك تريد تحديد موعد لزيارتك الوقائية الخاصة بمرحبًا بكم في Medicare.</p>
<p>لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو خصم للشعر المستعار لتساقط الشعر المرتبط بالعلاج الكيميائي.</p>	<p>الشعر المستعار</p> <p>ستحصل على مبلغ مزايا (بدل) قدره \$400 سنويًا لتغطية الشعر المستعار اللازم لتساقط الشعر بسبب العلاج الكيميائي. للحصول على مساعدة في شراء شعر مستعار، يرجى الاتصال برقم الهاتف الموجود على بطاقة هوية العضوية الخاصة بك للتحدث إلى خدمات الأعضاء أو مدير الرعاية الخاص بك.</p>

مخطط المزايا التكميلية الخاصة

قد يتأهل الأعضاء المسجلون في هذه الخطة للحصول على مزايا إضافية. يوضح المخطط أدناه متطلبات الأهلية والمزايا التي قد تكون متوفرة.

محفظة الدعم الإضافية

متطلبات الأهلية:

إذا تم تشخيص إصابتك بوحدة أو أكثر من الحالات المزمنة المدرجة أدناه وكنت تلي معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية بموجب خطتنا للمساعدة في إدارة صحتك وعافيتك بشكل عام. التسجيل في الخطة لا يضمن الأهلية. ستتلقى مزايا تكميلية خاصة بعد أن يتم تحديد تليبتك لمتطلبات الأهلية. ومع ذلك، لن تتلقى المزايا لأي فترة زمنية قبل تحديد أهليتك.

- الأنيميا
- تقتصر اضطرابات المناعة الذاتية على:
 - التهاب الجلد والعضلات
 - التهاب الشرايين العقد
 - ألم العضلات الروماتيزمي
 - التهاب العضلات المتعدد
 - التهاب المفاصل الصدفي
 - التهاب المفصل الروماتويدي
 - تصلب الجلد
 - الذئبة الحمامية المجموعية
- السرطان
- تقتصر اضطرابات القلب والأوعية الدموية على:
 - اضطرابات عدم انتظام إيقاع القلب
 - مرض الشريان التاجي
 - داء الأوعية المحيطية
 - أمراض صمامات القلب
- اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المواد الأخرى (SUDS)
- تقتصر حالات الصحة العقلية المزمنة والمسببة للإعاقة على:
 - اضطرابات القلق
 - الاضطرابات ثنائية القطب
 - اضطرابات الأكل
 - الاضطرابات الاكتئابية الرئيسية
 - الاضطراب الزوراني
 - اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)
 - انفصام الشخصية
 - اضطراب فصامي عاطفي
- الحالات المزمنة التي تعيق الرؤية والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم

مخطط المزايا التكميلية الخاصة

متطلبات الأهلية (يتبع)

- تقتصر أمراض الجهاز الهضمي المزمنة على:
 - مرض الكبد المزمن
 - التهاب الكبد (ب)
 - التهاب الكبد C
 - متلازمة القولون العصبي
 - داء الأمعاء الملتهبة
 - مرض الكبد الدهني غير الكحولي (NAFLD)
 - التهاب البنكرياس
- قصور القلب المزمن
- فرط شحميات الدم المزمن
- ارتفاع ضغط الدم المزمن
- مرض الكلى المزمن (CKD) يقتصر على:
 - مرض الكلى المزمن لا يتطلب غسيل الكلى
 - مرض الكلى المزمن الذي يتطلب غسيل الكلى / مرض الفشل الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD)
- تقتصر اضطرابات الرئة المزمنة على:
 - الربو
 - التهاب الشعب الهوائية المزمن
 - مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD)
 - التليف الكيسي
 - انتفاخ رئوي
 - التليف الرئوي
 - ارتفاع ضغط الدم الرئوي
- ألم مزمن
- تقتصر الحالات المرتبطة بالضعف الإدراكي على:
 - مرض ألزهايمر
 - إعاقة المرض العقلي المرتبط بضعف الإدراك
 - الإعاقات الذهنية وإعاقات النمو
 - ضعف إدراكي معتدل
 - إصابات مؤلمة في الدماغ
- الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة حتى يتمكن الأفراد من الحفاظ على الأداء الوظيفي أو الاحتفاظ به

يُتبع هذا في الصفحة التالية

مخطط المزايا التكميلية الخاصة

متطلبات الأهلية (يُتبع)

- الحالات التي تنطوي على تحديات وظيفية وتتطلب خدمات مماثلة بما في ذلك ما يلي:
 - التهاب المفاصل
 - فقدان الأطراف
 - شلل
 - إصابات الحبل الشوكي
 - السكتة الدماغية
- الخرف
- مرض السكري
- فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز (HIV/AIDS)
- نقص المناعة والاضطرابات المثبطة للمناعة
- تقتصر الاضطرابات العصبية على:
 - التصلب الجانبي الضموري (ALS)
 - متلازمة التعب المزمن
 - الصرع
- شلل واسع النطاق (أي، شلل نصفي، شلل رباعي، شلل سفلي، شلل أحادي)
- فيبروميالغيا
- داء هنتنغتون
- التصلب المتعدد (MS)
- داء باركنسون
- اعتلال الأعصاب المتعدد
- إصابات الحبل الشوكي
- التضيق النخاعي
- نقيصة عصبية مرتبطة بالسكتة الدماغية
- زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة التمثيل الغذائي
- رعاية ما بعد زراعة الأعضاء
- اضطرابات الدم الشديدة التي تقتصر على:
 - فقر الدم اللاتنسجي
 - اضطراب انصمامي خثاري وريدي مزمن
 - الهيموفيليا
 - الفرورية قليلة الصفائح المناعية
 - متلازمة خلل التنسج النقوي
 - مرض فقر الدم المنجلي (باستثناء خلية الخلية المنجلية)
- السكتة الدماغية

يُتبع هذا في الصفحة التالية

مخطط المزايا التكميلية الخاصة

متطلبات الأهلية (تتبع)

يمكنك الاتصال بمدير رعايتك على الرقم **1-855-463-0933** (الهاتف النصي: **711**) من الساعة 8 صباحًا إلى 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة وسيعملون معك لتحديد أهليتك.

سيتم تحديد أهلية العضو العائد من خلال مراجعة المطالبات الطبية. ويعني هذا أنه قد لا يتم تحديد أهليتك لهذه الميزة إلا بعد تاريخ بدء خطتك. إذا كنت تعاني من واحدة أو أكثر من الحالات المزمدة المدرجة أعلاه، فيمكنك التصديق الذاتي لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً أم لا. انظر تعليمات التصديق الذاتي أدناه.

تعليمات للتصديق الذاتي

يمكنك التصديق الذاتي لتحديد ما إذا كنت مؤهلاً للمزايا التكميلية الخاصة من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم الموجود على بطاقة هوية العضو الخاصة بك.

إذا كانت لديك أسئلة حول هذه الميزة أو أهليتك، فاتصل برقم خدمات الأعضاء الموضح على بطاقة هوية العضو الخاصة بك.

ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات	المزايا
<p>لا تطبق رسوم التأمين المشترك أو المشاركة في السداد أو المبلغ المقتطع لمحفظة الدعم الإضافي.</p>	<p>بعد التأهل، \$280 سيتغير مبلغ المزايا الشهرية في المحفظة المتاحة بدون وصفة طبية (OTC) إلى محفظة الدعم الإضافي مع فئات الإنفاق الإضافية. يمكن للأعضاء المؤهلين استخدام هذه المحفظة للمساعدة في سداد مقابل:</p> <ul style="list-style-type: none"> • الأطعمة الصحية بما في ذلك اللحوم والمنتجات الزراعية ومنتجات الألبان وغيرها <ul style="list-style-type: none"> ◦ يمكن شراء الأطعمة الصحية المعتمدة في المتاجر المشاركة وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711). ◦ تشمل أمثلة المنتجات غير المؤهلة التبغ والكحول والحلوى والمشروبات الغازية والمنتجات غير الغذائية. • منتجات الصحة والعافية المعتمدة التي لا تحتاج إلى وصفة طبية (OTC) بما في ذلك أدوية الحساسية ومسكنات الألم ولوازم الإسعافات الأولية والمزيد تتضمن هذه الميزة بعض علاجات استبدال النيكوتين. <ul style="list-style-type: none"> ◦ يمكن شراء المنتجات المعتمدة بدون وصفة طبية المعتمدة التي لا تستلزم وصفة طبية في المتاجر المشاركة بما في ذلك مواقع بيع التجزئة [®]CVS (باستثناء المواقع داخل المتاجر الأخرى) وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711). • النقل بما في ذلك البنزين من محطة بنزين، والمواصلات العامة، وبعض خدمات مشاركة الركوب <ul style="list-style-type: none"> ◦ يجب شراء الغاز من المضخة عن طريق تمرير البطاقة واختيار الائتمان كنوع من الدفع. ◦ لا يمكن استخدام البطاقة لشراء البنزين أو المنتجات داخل المتجر في محطة البنزين.
	تُتبع هذه الميزة في الصفحة التالية.

ما الذي يتعين عليك دفعه عند حصولك على هذه الخدمات	المزايا
	<p>محفظة الدعم الإضافية (تتبع)</p> <ul style="list-style-type: none"> • تخضع عمليات شراء الغاز للحجز وقد لا تكون الأموال متاحة أثناء معالجة هذه المعاملة. • بالنسبة لخدمات مشاركة الرحلات، ستحتاج إلى تنزيل التطبيق المناسب وإضافة بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits كنوع الدفع الخاص بك. • المرافق بما في ذلك الغاز والكهرباء والمياه والصرف الصحي والهاتف الأرضي والهاتف المحمول وخدمة الإنترنت • يجب على مقدم الخدمة قبول Visa®. يجب دفع مصاريف المرافق مباشرةً إلى مقدم خدمات المرافق باستخدام البطاقة. • منتجات العناية الشخصية بما في ذلك المناشف الورقية والشامبو والصابون والمزيد • يمكن شراء منتجات العناية الشخصية المعتمدة التي لا تستلزم وصفة طبية في المتاجر المشاركة بما في ذلك مواقع بيع التجزئة CVS® (باستثناء المواقع داخل المتاجر الأخرى) وعبر الإنترنت على CVS.com/Aetna أو عبر الهاتف على الرقم 1-844-428-8147 (الهاتف النصي: 711). <p>يتعين تحديد أهليتك لهذه المحفظة بحلول اليوم 15 من الشهر لتلقي مبلغ الاستحقاق لذلك الشهر. إذا تم تحديد الأهلية بعد اليوم 15 من الشهر، فسيكون مبلغ الميزة متوفرًا في الشهر التالي. من الآن فصاعدًا، سيكون مبلغ المزايا متاحًا على بطاقة المزايا الإضافية لـ Aetna Medicare في اليوم الأول من كل شهر لكل شهر.</p> <p>تأكد من استخدام مبلغ المزايا الكامل كل شهر، لأن أي مبلغ مزايا غير مستخدم لن يتم ترحيله إلى الشهر التالي ولن يتم ترحيله إلى سنة الخطة التالية. لا توجد استثناءات لطلب إضافة أموال إضافية أو غير مستخدمة إلى بطاقتك. سيحل هذا محل محفظة OTC الخاصة بك. لن تحصل على أي أموال إضافية مطبقة على بطاقتك.</p> <p>هام: لا تتحمل Aetna مسؤولية الرسوم المرتبطة بالتأخر في دفع فواتير الخدمات العامة. تخضع جميع المنتجات والخدمات للضريبة (حسب ولايتك). سيتم استخدام رصيد بطاقتك لتغطية الضرائب. إذا لم تكن هناك أموال كافية في بطاقتك لتغطية الضرائب، فستكون مسؤوليتك تغطيتها. لمزيد من المعلومات حول بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits، راجع قسم بطاقة Aetna Medicare Extra Benefits في الفصل 4.</p>

DentaQuest Enhanced Wrap VA 2026**جدول مزايا الأسنان**

تتعاون خطتنا مع DentaQuest Dental لتقديم مزايا طب الأسنان الخاصة بك. يرجى ملاحظة أن بعض الخدمات تتطلب المراجعة السريرية للحصول على تصريح مسبق قبل العلاج. تتم مراجعة هذه الخدمات سريريًا لتحديد ما إذا كان موصوفًا وملائمًا وفقًا لمعايير الصناعة، وأنها تفي بالإرشادات والمعايير السريرية لـ DentaQuest. ولن تتم تغطية أي علاج يرى مدير الأسنان في DentaQuest أنه غير ضروري أو لا يلي معايير الخطة. إذا تم رفض التصريح المسبق، فلن تتم تغطية الخدمة، وستكون مسؤولًا عن جميع التكاليف المرتبطة بها. لا يتم تغطية إجراءات طب الأسنان لأسباب تجميلية أو جمالية. تقتصر التغطية على الخدمات المدرجة في جدول المزايا. إذا لم تكن الخدمة مدرجة، فلن يتم تضمينها ولا يتم تغطيتها. لتحديد موقع مقدم خدمات تابع للشبكة، يمكنك الاتصال بخدمات أعضاء DentaQuest على **1-855-463-0933 (الهاتف النصي: 711)** أو البحث في دليل مقدمي خدمات DentaQuest عبر الإنترنت على <https://www.dentaquest.com/en/find-a-dentist>. من المستحسن أن تعمل مع طبيب أسنانك الموجود داخل الشبكة للتحقق من تغطية المزايا قبل الحصول على خدمات طب الأسنان. إذا اخترت الاستعانة بمقدم خدمات من خارج شبكتنا، فلن تتم تغطية الخدمات التي تتلقاها. يتم سرد القيود والاستثناءات الإضافية أسفل جدول المزايا.

الحد الأقصى للميزة السنوية \$3,000
\$0 المبلغ المقتطع

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D0160	تقييم الفم مفصل وموسع - يركز على المشكلة، من خلال تقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D0171	إعادة التقييم، زيارة عيادة ما بعد الجراحة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0180	تقييم شامل لأمراض اللثة - مريض جديد أو مريض محدد	\$0		لا	اثنان D0140 أو D0180 لكل عام تقويمي	
D0190	فحص المريض	\$0		لا	لا ينطبق	
D0191	تقييم المريض	\$0		لا	لا ينطبق	
D0273	أشعة مقطعية على الأسنان - ثلاث صور بالأشعة السينية	\$0	21+	لا	مجموعة واحدة -D0270 D0274, أو D0277 لكل D0373 عام تقويمي	
D0277	الأشعة الجانبية العمودية - 7 إلى 8 الصور الشعاعية	\$0		لا	مجموعة واحدة -D0270 D0274, أو D0277 لكل D0373 عام تقويمي	
D0310	سيالوجرافيا	\$0		لا	لا ينطبق	
D0320	مخطط مفصل المفصل الصدغي الفكي، بما في ذلك الحقن	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D0321	صور إشعاعية أخرى للمفصل الصدغي الفكي، حسب التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D0322	المسح المقطعي	\$0		لا	لا ينطبق	
D0340	2D الصورة الشعاعية الرأسية - الاكتساب والقياس والتحليل	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D0350	2D صورة فوتوغرافية للشفة/الوجه تم الحصول عليها داخل الفم أو خارج الفم	\$0		لا	لا ينطبق	
D0364	التصوير المقطعي بالأشعة المخروطية (CT) والتفسير مع مجال رؤية محدود - أقل من فك كامل.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0365	التصوير المقطعي بالأشعة المخروطية (CT) والتفسير مع مجال رؤية لقوس سني كامل - الفك السفلي.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0366	التصوير المقطعي بالأشعة المخروطية (CT) وتفسيره مع مجال رؤية لقوس سني كامل - الفك العلوي، مع أو بدون الجمجمة.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0367	التصوير المقطعي بالأشعة المخروطية (CT) والتفسير مع مجال رؤية للفكين معًا؛ مع أو بدون الجمجمة.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0368	التصوير المقطعي بالأشعة المخروطية (CT) وتفسيره لسلسلة مفصل الفك الصدغي (TMJ)، بما يشمل صورتين أو أكثر.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0369	التقاط التصوير بالرنين المغناطيسي للوجه والفكين وتفسيره	\$0		لا	لا ينطبق	
D0370	التقاط الموجات فوق الصوتية للوجه والفكين وتفسيره	\$0		لا	لا ينطبق	
D0371	التقاط التنظير الداخلي وتفسيره	\$0		لا	لا ينطبق	
D0380	التقاط صورة بالأشعة المقطعية المخروطية (CT) مع مجال رؤية محدود - أقل من فك كامل	\$0		لا	لا ينطبق	
D0381	التقاط صورة بالأشعة المقطعية المخروطية (CT) مع مجال رؤية لقوس سني كامل - الفك السفلي	\$0		لا	لا ينطبق	
D0382	التقاط صورة CT شعاع مخروطي مع مجال رؤية قوس أسنان كامل - الفك العلوي، مع أو بدون الجمجمة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0383	التقاط صورة شعاع مخروطي CT مع مجال رؤية كلا الفكين؛ مع أو بدون الجمجمة	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D0384	التقاط صورة بالأشعة المقطعية المخروطية (CT) لسلسلة مفصل الفك الصدغي (TMJ) تشمل صورتين أو أكثر.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0385	التقاط صورة التصوير بالرنين المغناطيسي للوجه والفكين	\$0		لا	لا ينطبق	
D0386	التقاط صورة الوجه والفكين بالموجات فوق الصوتية	\$0		لا	لا ينطبق	
D0387	التصوير المقطعي داخل الفم - سلسلة شاملة من الصور الشعاعية - التقاط الصور فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0388	التصوير المقطعي داخل الفم - صورة شعاعية للعضة - التقاط الصور فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0389	التصوير المقطعي داخل الفم - صورة شعاعية حول القمة - التقاط الصور فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0391	تفسير الصورة التشخيصية من قبل ممارس غير مرتبط بالتقاط الصورة، بما في ذلك التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D0393	محاكاة المعالجة الافتراضية باستخدام 3D أو المسح السطحي	\$0		لا	لا ينطبق	
D0394	الطرح الرقمي لصورتين أو أكثر أو أحجام الصور من نفس الطريقة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0395	دمج مجلدين أو أكثر من أحجام الصور 3D لطريقة واحدة أو أكثر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0396	طباعة 3D لمسح سطح الأسنان 3D	\$0		لا	لا ينطبق	
D0411	اختبار HbA1c داخل العيادة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0412	اختبار مستوى الجلوكوز في الدم - في العيادة باستخدام مقياس الجلوكوز	\$0		لا	لا ينطبق	
D0414	المعالجة المخبرية للعينات الميكروبية لتشمل دراسات الثقافة والحساسية وإعداد ونقل تقرير مكتوب	\$0		لا	لا ينطبق	
D0415	جمع الكائنات الحية الدقيقة للزرع وفحص الحساسية	\$0		لا	لا ينطبق	
D0416	الثقافة الفيروسية	\$0		لا	لا ينطبق	
D0417	جمع وإعداد عينة اللعاب للتحليل المخبري	\$0		لا	لا ينطبق	
D0418	تحليل عينة اللعاب - مختبر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0419	تقييم تدفق اللعاب عن طريق القياس	\$0		لا	لا ينطبق	
D0422	جمع وإعداد مواد العينة الوراثية للتحليل المخبري والإبلاغ	\$0		لا	لا ينطبق	
D0423	الاختبار الجيني للقابلية للأمراض - تحليل العينات	\$0		لا	لا ينطبق	
D0425	اختبارات الحساسية للتسوس	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D0431	اختبار ما قبل التشخيص المساعد الذي يساعد في الكشف عن تشوهات الغشاء المخاطي بما في ذلك الأفات السابقة للخبيثة، ولا يشمل ذلك إجراءات علم الخلايا أو الخزعة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0460	اختبارات حيوية اللب	\$0		لا	لا ينطبق	
D0470	القوالب التشخيصية	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D0472	ضم الأنسجة والفحص الشامل وإعداد التقرير المكتوب وإرساله	\$0		لا	لا ينطبق	
D0473	ضم الأنسجة والفحص الشامل والمجهري وإعداد التقرير المكتوب وإرساله	\$0		لا	لا ينطبق	
D0474	ضم الأنسجة والفحص الشامل والفحص المجهري، بما في ذلك تقييم الهوامش الجراحية لوجود المرض، وإعداد التقرير المكتوب وإرساله	\$0		لا	لا ينطبق	
D0475	إجراء إزالة الكلس	\$0		لا	لا ينطبق	
D0476	البقع المحددة للكائنات الحية الدقيقة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0477	البقع المحددة التي ليست للكائنات الحية الدقيقة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0478	البقع المناعية الهيستوكيميائية	\$0		لا	لا ينطبق	
D0479	تهجين الأنسجة في الموقع، بما في ذلك التفسير الفوري	\$0		لا	لا ينطبق	
D0480	الحصول على مسحات الخلايا التقشيرية، الفحص المجهري، إعداد ونقل تقرير مكتوب	\$0		لا	لا ينطبق	
D0481	المجهر الإلكتروني	\$0		لا	لا ينطبق	
D0482	التألق المناعي المباشر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0483	التألق المناعي غير المباشر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0484	مشاورة بشأن الشرائح المعدة في مكان آخر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0485	الاستشارة، بما في ذلك إعداد الشرائح من مواد الخزعة المقدمة من مصدر الإحالة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0486	الوصول المختبري لعينة خلوية عبر الظهارة، فحص مجهري، إعداد ونقل تقرير مكتوب	\$0		لا	لا ينطبق	
D0502	إجراءات أمراض الفم الأخرى، حسب التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D0600	إجراء تشخيصي غير مؤين قادر على قياس ومراقبة وتسجيل التغيرات في بنية المينا والعاج والملاط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0601	تقييم مخاطر التسوس وتوثيقها، مع اكتشاف مخاطر منخفضة	\$0		لا	لا ينطبق	
D0602	تقييم مخاطر التسوس وتوثيقها، مع اكتشاف مخاطر معتدلة	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D0603	تقييم مخاطر التسوس وتوثيقها، مع اكتشاف مخاطر عالية	\$0		لا	لا ينطبق	
D0604	اختبار المستضد لمسببات الأمراض المرتبطة بالصحة العامة، بما في ذلك فيروس كورونا	\$0		لا	لا ينطبق	
D0605	الاختبار الجزيئي لمسببات الأمراض المرتبطة بالصحة العامة، بما في ذلك فيروس كورونا	\$0		لا	لا ينطبق	
D0701	صورة إشعاعية بانورامية - التقاط الصور فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0702	D-2 صورة إشعاعية سيفالومترية - التقاط الصورة فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0703	D-2 صورة فوتوغرافية فموية/وجهية مأخوذة من داخل الفم أو من خارجه - التقاط الصورة فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0705	صورة إشعاعية للأسنان الخلفية خارج الفم - التقاط الصورة فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0706	داخل الفم - صورة شعاعية إطباقية - التقاط الصور فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0707	داخل الفم - صورة إشعاعية حول الذروة - التقاط الصور فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0708	داخل الفم - صورة شعاعية بتقنية بايت وينج - التقاط الصورة فقط	\$0		لا	لا ينطبق	
D0709	داخل الفم - سلسلة شاملة من الصور الشعاعية - التقاط الصور فقط.	\$0		لا	لا ينطبق	
D0801	3D مسح السطح داخل الفم - مباشر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0802	3D فحص سطح الأسنان - غير مباشر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0803	3D مسح سطح الوجه - مباشر	\$0		لا	لا ينطبق	
D0804	3D مسح سطح الوجه - غير مباشر	\$0		لا	لا ينطبق	
D1301	استشارة التطعيمات	\$0		لا	لا ينطبق	
D1310	الاستشارات التغذوية للسيطرة على أمراض الأسنان	\$0		لا	لا ينطبق	
D1320	استشارات التبغ لمكافحة أمراض الفم والوقاية منها	\$0		لا	لا ينطبق	
D1321	استشارة للسيطرة على الآثار الصحية الفموية والسلوكية والجهازية الضارة المرتبطة بتعاطي المواد عالية الخطورة والوقاية منها	\$0		لا	لا ينطبق	
D1330	تعليمات نظافة الفم	\$0		لا	لا ينطبق	
D1353	إصلاح مانع التسرب - لكل سن	\$0	0 - 20	لا	لا ينطبق	
D1354	تطبيق دواء موقف لتسوس الأسنان - لكل سن.	\$0		لا		
D1355	تطبيق الدواء الوقائي للتسوس - لكل سن	\$0	0 - 20	لا	لا ينطبق	
D2410	مغطى بالذهب - سطح واحد	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D2420	مغطى بالذهب - سطحين	\$0		لا	لا ينطبق	
D2430	مغطى بالذهب - ثلاثة أسطح	\$0		لا	لا ينطبق	
D2510	ترصيع - معدني - سطح واحد	\$0		لا	مرة لكل سن في	
D2520	ترصيع - معدني - سطحين	\$0		لا	5 سنوات رموز	
D2530	ترصيع - معدني - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا	D2510	
D2542	ترصيع - معدني - سطحين	\$0		لا	D2664	
D2543	ترصيع - معدني - ثلاثة أسطح	\$0		لا		
D2544	ترصيع - معدني - أربعة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D2610	ترصيع - بورسلين/سيراميك - سطح واحد	\$0		لا		
D2620	ترصيع - بورسلين/سيراميك - سطحان	\$0		لا		
D2630	ترصيع - بورسلين/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D2642	ترصيع - بورسلين/سيراميك - سطحان	\$0		لا		
D2643	ترصيع - بورسلين/سيراميك - ثلاثة أسطح	\$0		لا		
D2644	ترصيع - بورسلين/سيراميك - أربعة أسطح أو أكثر	\$0	21+	لا		
D2650	ترصيع - مركب قائم على الراتنج - سطح واحد	\$0		لا		
D2651	ترصيع - مركب قائم على الراتنج - سطحين	\$0		لا		
D2652	ترصيع - مركب قائم على الراتنج - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D2662	ترصيع جزئية (أونلاي) - مركب قائم على الراتنج - سطحان	\$0		لا		
D2663	ترصيع جزئية (أونلاي) - مركب قائم على الراتنج - ثلاثة أسطح	\$0		لا		
D2664	ترصيع جزئية (أونلاي) - مركب قائم على الراتنج - أربعة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D2710	التاج - مركب قائم على الراتنج (غير مباشر)	\$0	21+	لا	واحد لكل سن	
D2712	التاج - 3/4 مركب قائم على الراتنج (غير مباشر)	\$0		لا	كل 5 سنوات رموز	
D2720	تاج - راتنج بمعدن نبيل عالي	\$0	21+	لا	D2722,	
D2721	تاج - راتنج مع معدن أساسي في الغالب	\$0	21+	لا	D2753	
D2722	تاج - الراتنج مع المعادن النبيلة	\$0	21+	لا	D2783	
D2753	التاج - البورسلين الملتصق بالتيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$0	21+	لا		

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية المطلوبة
D2780	تاج - 3/4 معدن عالي كامل الصب	\$0	0 - 20	لا	واحد لكل سن	
D2781	تاج - 3/4 مصبوب من معدن أساسي بنسبة كبيرة	\$0	0 - 20	لا	كل 5 سنوات رموز D2710-	
D2782	تاج - 3/4 معدن نبيل مصبوب	\$0	0 - 20	لا		D2722,
D2783	تاج - مغطى 3/4 بورسلين/سيراميك	\$0	0 - 20	لا		D2753 D2783
D2799	التاج المؤقت - مزيد من العلاج أو إكمال التشخيص الضروري قبل الانطباق النهائي	\$0		لا	لا ينطبق	
D2910	ترميم الحشوات أو التطعيمات أو القشرة أو التغطية الجزئية باستخدام الحشوة أو إعادة اللصق	\$0		لا	مرة لكل سن لكل عام تقويمي الرموز D2910-	
D2915	إعادة لصق أو إعادة ربط الأعمدة والأساسات المصنعة بشكل غير مباشر أو مسبقة الصنع	\$0	21+	لا		D2915
D2921	إعادة توصيل كسرة الأسنان أو الحافة أو الطرف المقطوع	\$0		لا	لا ينطبق	
D2949	قاعدة ترميمية لترميم غير مباشر.	\$0		لا	لا ينطبق	
D2953	كل دعامة إضافية مصنوعة بطريقة غير مباشرة - لنفس السن	\$0		لا	مرة لكل سن كل خمس سنوات	
D2955	بعد الخلع	\$0		لا	مرة لكل سن كل خمس سنوات	
D2956	إزالة الترميم غير المباشر على الأسنان الطبيعية	\$0		لا	لا ينطبق	
D2957	كل دعامة مسبقة الصنع إضافية - لنفس السن	\$0		لا	مرة لكل سن كل خمس سنوات	
D2960	القشرة الشفوية (صفح الراتنج) - مباشر	\$0		لا	مرة لكل سن كل خمس سنوات	
D2961	القشرة الشفوية (صفح الراتنج) - غير مباشر	\$0		لا		
D2962	القشرة الشفوية (صفح البورسلين) - غير مباشر	\$0	21+	لا		رموز D2960- D5962
D2971	إجراءات إضافية لتخصيص التاج ليتناسب مع إطار طقم الأسنان الجزئي الحالي	\$0		لا	لا ينطبق	
D2975	ترميم	\$0		لا	لا ينطبق	
D2976	استقرار الشريط - لكل سن	\$0		لا	لا ينطبق	
D2980	إصلاح التاج الذي يتطلبه فشل المواد الترميمية	\$0		لا	مرة لكل سن في السنة	
D2981	إصلاح الترميمي الذي يتطلبه فشل المواد الترميمية	\$0		لا	مرة لكل سن في السنة	
D2982	إصلاح الحشوة على طبقات الذي يتطلبه فشل المواد الترميمية	\$0		لا	مرة لكل سن في السنة	
D2983	إصلاح قشرة التاج بسبب فشل المواد المرمة	\$0		لا	مرة لكل سن في السنة	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D2989	حفر السن مما يؤدي إلى تحديد عدم قابلية الترميم	\$0		لا	لا ينطبق	
D2990	تسرب الراتينج للآفات السطحية الملساء الناشئة	\$0		لا	لا ينطبق	
D3220	استئصال اللب العلاجي (باستثناء الترميم النهائي) - إزالة اللب التاجي إلى الوصلة العاجية الأسمنتية وتطبيق الدواء	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3222	بضع اللب الجزئي لتكوين القمة - الأسنان الدائمة مع نمو الجذر غير المكتمل	\$0		لا	لا ينطبق	
D3331	علاج انسداد قناة الجذر. الوصول غير الجراحي	\$0		لا	لا ينطبق	
D3332	علاج جذور غير مكتمل؛ سن غير قابل للعلاج أو الترميم أو سن مكسور.	\$0		لا	لا ينطبق	
D3333	إصلاح الجذر الداخلي لعيوب التثقيب	\$0		لا	لا ينطبق	
D3346	إعادة معالجة قناة الجذر السابقة - السن الأمامي	\$0	21+	لا	واحد لكل سن طوال العمر رموز	
D3347	إعادة معالجة قناة الجذر السابقة - الضرس الأمامي	\$0	21+	لا	D3346 D3348	
D3348	إعادة معالجة قناة الجذر السابقة - الضرس	\$0	21+	لا		
D3351	الإغلاق القمي/إعادة التكلس - الزيارة الأولى (إغلاق قمي، أو ترميم تكلسي للثقوب، أو ارتشاف الجذر، إلخ)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3352	إغلاق القمة/إعادة التكلس - استبدال الدواء المؤقت	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3353	إغلاق القمة/إعادة التكلس - الزيارة النهائية (تشمل العلاج الكامل لقناة الجذر - إغلاق الذروة/الإصلاح التكلسي للثقوب، ارتشاف الجذر، إلخ).	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3355	تجديد اللب - الزيارة الأولية	\$0		لا	لا ينطبق	
D3356	تجديد اللب - استبدال الدواء المؤقت	\$0		لا	لا ينطبق	
D3357	تجديد اللب - الانتهاء من العلاج	\$0		لا	لا ينطبق	
D3410	استئصال القمة - الأمامية	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3421	استئصال القمة - الضواحك (الجذر الأول)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3425	استئصال القمة - الضرس (الجذر الأول)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3426	استئصال قمة الجذر (كل جذر إضافي)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3428	ترقيع العظام بالتزامن مع الجراحة المحيطة بالجذر - لكل سن، موقع واحد	\$0		لا	لا ينطبق	
D3429	ترقيع العظام بالتزامن مع الجراحة المحيطة بالجذور - كل سن إضافي متجاور في نفس موقع الجراحة	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D3430	الحشوة الرجعية - لكل جذر	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D3431	مواد بيولوجية للمساعدة في تجديد الأنسجة الرخوة والعظمية بالتزامن مع الجراحة حول الجذر	\$0		لا	لا ينطبق	
D3432	تجديد الأنسجة الموجه، حاجز قابل للامتصاص، لكل موقع، بالتزامن مع الجراحة المحيطة بالجذور	\$0		لا	لا ينطبق	
D3450	بتر الجذر - لكل جذر	\$0		لا	لا ينطبق	
D3470	إعادة الزرع المتعمد (بما في ذلك التجبير الضروري)	\$0		لا	لا ينطبق	
D3471	الإصلاح الجراحي لارتشاف الجذر - الأمامي	\$0		لا	لا ينطبق	
D3472	الإصلاح الجراحي لارتشاف الجذر - الضواحك	\$0		لا	لا ينطبق	
D3473	الإصلاح الجراحي لارتشاف الجذر - الضرس	\$0		لا	لا ينطبق	
D3501	التعرض الجراحي لسطح الجذر دون استئصال القمة أو إصلاح ارتشاف الجذر - الأمامي	\$0		لا	لا ينطبق	
D3502	التعرض الجراحي لسطح الجذر دون استئصال القمة أو إصلاح ارتشاف الجذر - الضواحك	\$0		لا	لا ينطبق	
D3503	التعرض الجراحي لسطح الجذر دون استئصال القمة أو إصلاح ارتشاف الجذر - الضرس	\$0		لا	لا ينطبق	
D3910	إجراء جراحي لعزل الأسنان بالسد المطاطي	\$0		لا	لا ينطبق	
D3920	استئصال نصفي (بما في ذلك إزالة أي جذر)، لا يشمل علاج قناة الجذر	\$0		لا	لا ينطبق	
D3921	إزالة التاج أو غمر سن منبثق.	\$0		لا	لا ينطبق	
D3950	إعداد القناة وتركيب وتد أو عمود مسبق التشكيل	\$0		لا	لا ينطبق	
D4212	استئصال اللثة أو رأب اللثة للسماح بالوصول لإجراء الترميم، لكل سن	\$0		لا	لا ينطبق	
D4230	التعرض للتاج التشريحي - أربعة أسنان متجاورة أو أكثر أو مسافات محدودة بالأسنان في كل ربع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4231	كشف التاج التشريحي - من سن إلى ثلاثة أسنان أو فراغات محددة بأسنان في كل ربع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4240	إجراء عملية قلب اللثة، بما في ذلك تخطيط الجذر - أربعة أسنان متجاورة أو أكثر أو مسافات محدودة بالأسنان في كل ربع	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D4241	إجراء قلب اللثة، بما في ذلك تخطيط الجذر - من سن واحد إلى ثلاثة أسنان مجاورة أو المساحات المحددة للأسنان لكل ربع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4245	قلب متمركز على قمة القمة	\$0		لا	لا ينطبق	
D4249	إطالة التاج سيربياً - الأنسجة الصلبة	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4260	الجراحة العظمية (بما في ذلك رفع قلب كامل الشّمك وإغلاقه) - أربعة أسنان متجاورة أو أكثر أو مسافات محدودة بالأسنان في كل ربع	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4261	الجراحة العظمية (بما في ذلك رفع قلب كامل الشّمك وإغلاقه) - من سن إلى ثلاث أسنان متجاورة أو مسافات محدودة بالأسنان في كل ربع	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4263	الطعوم البديلة للعظام - الأسنان الطبيعية المحتفظ بها - الموقع الأول في الربع	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4264	الطعوم البديلة للعظام - الأسنان الطبيعية المحتفظ بها - كل موقع إضافي في الربع	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4265	مواد بيولوجية للمساعدة في تجديد الأنسجة الرخوة والعظمية، لكل موقع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4266	تجديد الأنسجة الموجه، الأسنان الطبيعية - حاجز قابل للامتصاص، لكل موقع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4267	تجديد الأنسجة الموجه، الأسنان الطبيعية - حاجز غير قابل للامتصاص، لكل موقع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4268	إجراء المراجعة الجراحية لكل سن	\$0		لا	لا ينطبق	
D4270	إجراء تطعيم الأنسجة اللينة من العنق	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4273	إجراء طعم نسيج ضام ذاتي (بما في ذلك مواقع الجراحة للمتبرع والمتلقي) - السن الأول أو الزرعة أو موقع السن المفقود في الطعم.	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4274	إجراء الإسفين النسيجي/النأي بالسن الواحد (عند عدم إجرائه بالتزامن مع العمليات الجراحية في نفس المنطقة التشريحية)	\$0		لا	لا ينطبق	
D4275	طعم نسيج ضام غير ذاتي (يشمل موقع المستقبل والمواد المانحة) للسن الأول أو الزرعة أو موقع السن المفقود في الطعم.	\$0		لا	لا ينطبق	
D4276	طعوم نسيج ضام ورافعة مشتركة، لكل سن	\$0		لا	لا ينطبق	
D4277	إجراء طعم الأنسجة اللينة مجاناً (بما في ذلك المواقع الجراحية للمستلم والمتبرع) للسن الأول أو موضع الزرع أو موقع السن المفقود في موقع الترقيع.	\$0	21+	لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D4278	إجراء طعم الأنسجة اللينة مجاناً (بما في ذلك المواقع الجراحية للمستلم والمتبرع) كل سن متجاوزة إضافية، أو موضع زرع، أو سن متأرجح في نفس موقع الطعم	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4283	إجراء ترقيع نسيج ضام غير ذاتي (يشمل موقع الجراحة المستقبل والمادة المانحة) - لكل سن إضافي متجاوز، أو زرعة، أو موقع سن مفقود ضمن نفس موقع الترقيع	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4285	إجراء ترقيع نسيج ضام غير ذاتي (يشمل موقع الجراحة المستقبل والمادة المانحة) - لكل سن إضافي متجاوز، أو زرعة، أو موقع سن مفقود ضمن نفس موقع الترقيع	\$0		لا	لا ينطبق	
D4286	إزالة الحاجز غير القابل للامتصاص	\$0		لا	لا ينطبق	
D4322	دعامة - داخل التاج؛ للأسنان الطبيعية أو التيجان الاصطناعية.	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4323	دعامة - تاج إضافي؛ للأسنان الطبيعية أو التيجان الاصطناعية.	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D4381	التوصيل الموضعي للعوامل المضادة للميكروبات عبر وسيلة إطلاق محكومة إلى الأنسجة الشقية المريضة، لكل سن.	\$0		لا	لا ينطبق	
D4920	تغيير الضمادات غير المجدولات (من قبل شخص آخر غير طبيب الأسنان المعالج أو طاقم العمل الخاص به)	\$0		لا	لا ينطبق	
D4921	ري اللثة بعامل دوائي - لكل ربع	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D5221	طقم أسنان جزئي علوي فوري - قاعدة راتنجية (بما في ذلك مواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)	\$0	21+	لا	مرة لكل قوس كل خمس سنوات الرموز -D5221 D5226, -D5282 D5286	
D5222	طقم أسنان جزئي للفك السفلي فوري - قاعدة راتنجية (بما في ذلك مواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)	\$0	21+	لا		
D5223	طقم أسنان جزئي علوي فوري - هيكل معدني مصبوب مع قواعد طقم أسنان راتنجية (بما في ذلك مواد الاحتفاظ/التثبيت، والمساند والأسنان)	\$0	21+	لا		
D5224	طقم أسنان جزئي للفك السفلي فوري - هيكل معدني مصبوب مع قواعد طقم أسنان راتنجية (بما في ذلك مواد الاحتفاظ/التثبيت، والمساند والأسنان)	\$0	21+	لا		
D5225	طقم الأسنان الجزئي للفك العلوي - قاعدة مرنة (بما في ذلك مواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)	\$0	21+	لا		
D5226	طقم الأسنان الجزئي للفك السفلي - قاعدة مرنة (بما في ذلك المواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)	\$0	21+	لا		
D5227	طقم الأسنان الجزئي الفكي الفوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك ومساند وأسنان)	\$0	21+	لا		لا ينطبق
D5228	طقم الأسنان الجزئي للفك السفلي الفوري - قاعدة مرنة (بما في ذلك أي مشابك ومساند وأسنان)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D5282	طقم أسنان جزئي أحادي الجانب قابل للإزالة - قطعة واحدة من المعدن المصبوب (بما في ذلك المواد المحتجزة/المشبكة والمساند والأسنان)، الفك العلوي	\$0	21+	لا	مرة لكل قوس كل خمس سنوات الرموز -D5221 D5226, -D5282 D5286	
D5283	طقم أسنان جزئي أحادي الجانب قابل للإزالة - قطعة واحدة من المعدن المصبوب (بما في ذلك المواد المحتجزة/المشبكة والمساند والأسنان)، الفك السفلي	\$0	21+	لا		
D5284	طقم أسنان جزئي أحادي الجانب قابل للإزالة - قاعدة مرنة قطعة واحدة (تشمل مواد التثبيت/المشابك، الدعامات، والأسنان) - لكل ربع فكي.	\$0	21+	لا		
D5286	طقم أسنان جزئي أحادي الجانب قابل للإزالة - قاعدة راتنجية قطعة واحدة (تشمل مواد التثبيت/المشابك، الدعامات، والأسنان) - لكل ربع فكي.	\$0	21+	لا		
D5410	تعديل طقم الأسنان الكامل - الفك العلوي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5411	تعديل طقم الأسنان الكامل - الفك السفلي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5421	تعديل طقم الأسنان الجزئي - الفك العلوي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5422	تعديل طقم الأسنان الجزئي - الفك السفلي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5611	قاعدة طقم الأسنان الجزئي المصنوع من الراتينج لإصلاح، الفك السفلي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5612	قاعدة طقم الأسنان الجزئي المصنوع من الراتينج لإصلاح، الأسنان العلوية	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5621	إصلاح الإطار الجزئي المصبوب - الفك السفلي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5622	إصلاح الإطار الجزئي المصبوب - الفك العلوي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5630	إصلاح أو استبدال مواد التثبيت المكسورة لكل سن	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5660	إضافة مشبك إلى طقم الأسنان الجزئي الموجود - لكل سن	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5670	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك العلوي)	\$0		لا	لا ينطبق	
D5671	استبدال جميع الأسنان والأكريليك على الإطار المعدني المصبوب (الفك السفلي)	\$0		لا	لا ينطبق	
D5710	إعادة زراعة أطقم الأسنان الفكية الكاملة	\$0		لا	لا ينطبق	
D5711	إعادة زراعة أطقم الأسنان الكاملة للفك السفلي	\$0		لا	لا ينطبق	
D5720	إعادة زرع طقم الأسنان الجزئي للفك العلوي	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D5721	إعادة زرع طقم الأسنان الجزئي للفك السفلي	\$0		لا	لا ينطبق	
D5725	إعادة تركيب الطرف الاصطناعي الهجين	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5740	إعادة تغليف طقم الأسنان الجزئي العلوي، (مباشرة)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5741	إعادة تغليف طقم الأسنان الجزئي السفلي، (مباشرة)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5760	إعادة تغليف طقم الأسنان الجزئي العلوي، (غير مباشرة)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5761	إعادة تغليف طقم الأسنان الجزئي السفلي، (غير مباشرة)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5765	بطانة ناعمة لطقم أسنان الكامل أو الجزئي قابل للإزالة - غير مباشر	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5810	طقم أسنان كامل مؤقت، (الفك العلوي)	\$0		لا	لا ينطبق	
D5811	طقم أسنان كامل مؤقت، (الفك السفلي)	\$0		لا	لا ينطبق	
D5820	طقم الأسنان الجزئي المؤقت (بما في ذلك المواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)، الفك العلوي.	\$0		لا	لا ينطبق	
D5821	طقم الأسنان الجزئي المؤقت (بما في ذلك المواد المثبتة/المشابك والراحة والأسنان)، الفك السفلي.	\$0		لا	لا ينطبق	
D5850	تكييف الأنسجة، الفك العلوي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5851	تكييف الأنسجة، الفك العلوي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D5862	مرفق دقيق، حسب التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D5863	طقم الأسنان الزائد - الفك العلوي الكامل - الأسنان الطبيعية المنقولة	\$0		لا	لا ينطبق	
D5864	طقم الأسنان الزائد - الفك العلوي الجزئي - الأسنان الطبيعية المنقولة	\$0		لا	لا ينطبق	
D5865	طقم الأسنان الزائد - كامل الفك السفلي - الأسنان الطبيعية المنقولة	\$0		لا	لا ينطبق	
D5866	طقم الأسنان الزائد - الفك السفلي الجزئي - الأسنان الطبيعية المنقولة	\$0		لا	لا ينطبق	
D5867	استبدال جزء قابل للاستبدال من الملحق شبه الدقيق أو الدقيق للأسنان الاصطناعية الطبيعية التي تحملها الأسنان، لكل ملحق	\$0		لا	لا ينطبق	
D5876	إضافة بنية تحتية معدنية إلى طقم أسنان كامل من الأكريليك - لكل قوس	\$0		لا	لا ينطبق	
D5991	حامل دواء المرض الحويصلي الفقاعي	\$0		لا	لا ينطبق	
D5992	ضبط الجهاز التعويضي للوجه والفكين، حسب التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D5993	صيانة وتنظيف الطرف الاصطناعي للوجه والفكين (خارج الفم أو داخله) بخلاف التعديلات المطلوبة، حسب التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D5995	حامل دواء لثوي مع إحكام محيطي - مُصنَّع في المختبر - لل فك العلوي	\$0		لا	لا ينطبق	
D5996	حامل دواء لثوي مع إحكام محيطي - مُصنَّع في المختبر - لل فك السفلي	\$0		لا	لا ينطبق	
D6205	بونتريك - مركب غير مباشر قائم على الراتنج	\$0	21+	لا	مرة لكل سن كل خمس سنوات رموز D6205 - D6252	
D6210	سن بديل (بونتريك) - مصبوب من معدن نفيس عالي الجودة	\$0		لا		
D6211	سن بديل (بونتريك) - مصبوب من معدن أساسي بنسبة كبيرة	\$0	21+	لا		
D6212	جسري - معدن نبيل مصبوب	\$0	21+	لا		
D6214	سن بديل (بونتريك) - سبائك التيتانيوم والتيتانيوم	\$0	21+	لا		
D6240	جسري - خزف مصهور مع معدن عالي النبل	\$0	21+	لا		
D6241	جسري - مصنوع من البورسلين المندمج مع معدن أساسي بشكل أساسي	\$0	21+	لا		
D6242	سن بديل (بونتريك) - الخزف تنصهر مع المعادن النبيلة	\$0	21+	لا		
D6243	جسري - البورسلين الملتصق بالتيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$0	21+	لا		
D6245	سن بديل (بونتريك) - بورسلين/سيراميك	\$0	21+	لا		
D6250	سن بديل (بونتريك) - الراتنج مع المعادن النبيلة عالية	\$0	21+	لا		
D6251	سن بديل (بونتريك) - الراتنج مع المعادن الأساسية في الغالب	\$0	21+	لا		
D6252	سن بديل (بونتريك) - الراتنج مع المعدن النبيل	\$0	21+	لا		
D6253	سن مؤقتة (جسر مؤقت) - يلزم إجراء مزيد من العلاج أو استكمال التشخيص قبل أخذ الانطباق النهائي	\$0		لا	لا ينطبق	
D6545	مثبت - معدن مصبوب لجسر ثابت ملتصق بالراتنج	\$0	21+	لا	واحد لكل سن كل 5 سنوات	
D6548	مثبت - بورسلين/سيراميك لجسر ثابت ملتصق بالراتنج.	\$0	21+	لا	الرموز D6545 أو D6548 أو D6720 D6792	
D6549	مثبت - جسر ثابت ملتصق بالراتنج	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D6600	حشوة مثبتة (إنلاي) - بورسلين/سيراميك، سطحان	\$0		لا	لا ينطبق	
D6601	تطعيم الحشوة الداخلية - خزف/سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا	مرة لكل سن كل خمس سنوات رموز D6601 - D6634	
D6602	حشوة على طبقات - معدن عالي النبل مصبوب، سطحين	\$0		لا		
D6603	تطعيم الحشوة الداخلية - معدن عالي النبل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6604	حشوة على طبقات - مصبوب في الغالب معدن قاعدي، سطحين	\$0		لا		
D6605	تطعيم الحشوة الداخلية - مصبوب في الغالب من المعدن القاعدي، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6606	حشوة على الأسنان - معدن مصبوب، سطحين	\$0		لا		
D6607	حشوة على الأسنان - معدن مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6608	ترصيعة مثبتة (أونلاي) - بورسلين/سيراميك، سطحان	\$0		لا		
D6609	تطعيم الحشوة على طبقات - خزف / سيراميك - ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6610	تطعيم الحشوة على طبقات - معدن عالي النبل مصبوب، سطحين	\$0		لا		
D6611	حشوة على الأسنان - معدن عالي النبل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6612	تطعيم الحشوة على طبقات - مصبوب في الغالب معدن قاعدي، سطحين	\$0		لا		
D6613	حشوة على الأسنان - مصبوب في الغالب من المعدن القاعدي، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6614	تطعيم الحشوة على طبقات - معدن نبيل مصبوب، سطحين	\$0		لا		
D6615	حشوة على الأسنان - معدن نبيل مصبوب، ثلاثة أسطح أو أكثر	\$0		لا		
D6624	ترصيعة مثبتة (أونلاي) - التيتانيوم	\$0		لا		
D6634	ترصيع التجنيب - التيتانيوم	\$0		لا		
D6710	تاج التجنيب - مركب غير مباشر قائم على الراتنج	\$0	21+	لا		لا ينطبق

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D6720	تاج مثبت - راتنج مع معدن نبيل عالي	\$0	21+	لا	واحد لكل سن لكل 5 سنوات رموز D6545, D6548 or -D6720 D6792	
D6721	تاج مثبت - راتنج مع معدن أساسي بنسبة كبيرة	\$0	21+	لا		
D6722	تاج مثبت - الراتنج مع المعدن النبيل	\$0	21+	لا		
D6740	التاج المثبت - البورسلين/السيراميك	\$0	21+	لا		
D6750	تاج مثبت- خزف مصهور في معدن عالي النبل	\$0	21+	لا		
D6751	تاج مثبت - بورسلين ملتحم بمعدن أساسي بنسبة كبيرة	\$0	21+	لا		
D6752	تاج مثبت، خزف مصهور في معدن	\$0	21+	لا		
D6753	تاج - خزف مصهور مع التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$0	21+	لا		
D6780	تاج مثبت - 3/4 معدن عالي كامل الصب	\$0		لا		
D6781	تاج مثبت - 3/4 مصبوب من معدن أساسي بنسبة كبيرة	\$0		لا		
D6782	تاج مثبت - 3/4 معدن نبيل مصبوب	\$0		لا		
D6783	التاج المثبت - 3/4 البورسلين/السيراميك	\$0		لا		
D6784	تاج مثبت 3/4 - التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$0	21+	لا		
D6790	تاج مثبت - معدن عالي النبل كامل الصب	\$0	21+	لا		
D6791	تاج مثبت - مصبوب من معدن أساسي كامل	\$0	21+	لا		
D6792	تاج مثبت - معدن عالي كامل الصب	\$0	21+	لا		
D6793	تاج التجنيب المؤقت - مزيد من العلاج أو إكمال التشخيص الضروري قبل الانطباع النهائي	\$0		لا	لا ينطبق	
D6794	تاج مثبت - التيتانيوم وسبائك التيتانيوم	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D6920	شريط الموصل	\$0		لا	لا ينطبق	
D6940	وصلة مخففة للضغط	\$0		لا	لا ينطبق	
D6950	مرفق دقيق	\$0		لا	لا ينطبق	
D6980	إصلاح طقم الأسنان الجزئي الثابت الذي يتطلبه فشل المواد الترميمية	\$0		لا	لا ينطبق	
D6985	طقم أسنان جزئي للأطفال، ثابت	\$0		لا	لا ينطبق	
D7111	القلع، البقايا التاجية - السن الأول	\$0	21+	لا	واحد لكل سن طوال العمر الرمزان D7111 و D7251	
D7251	استئصال تاج السن - إزالة جزئية مقصودة للسن، للأسنان المنظرة فقط	\$0		لا	واحد لكل سن طوال العمر الرمزان D7111 و D7251	
D7272	زراعة الأسنان (تشمل إعادة الزرع من موقع إلى آخر والتجبير و/أو استقرار الحالة)	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D7280	كشف سن غير منبثق.	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7282	تعبئة السن المسبب للوجع أو سيئ الوضع للمساعدة في تخفيف الوجع	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7283	وضع جهاز لتسهيل بزوغ الأسنان المتأثرة	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7290	إعادة التموضع الجراحي للأسنان	\$0		لا	لا ينطبق	
D7291	قطع ألياف ما بين الحواجز/قطع ألياف فوق العرف السني، حسب التقرير	\$0		لا	لا ينطبق	
D7292	وضع جهاز [screw retained plate] تثبيت مؤقت يتطلب رفع شريحة (فلاپ)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7293	وضع جهاز تثبيت مؤقت يتطلب رفع شريحة (فلاپ)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7294	تركيب جهاز تثبيت مؤقت بدون رفع شريحة (فلاپ)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7298	إزالة جهاز [screw retained plate] التثبيت المؤقت، الذي يتطلب رفع شريحة (فلاپ)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7299	إزالة جهاز التثبيت المؤقت، الذي يتطلب رفع شريحة (فلاپ)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7300	إزالة جهاز التثبيت المؤقت بدون رفع شريحة (فلاپ)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7340	رأب الدهليز - تمديد الحافة السنخية (بالظاهرة الثانوية)	\$0		لا	لا ينطبق	
D7350	رأب دهليز الفم - إطالة الحافة السنخية (يشمل ترقيع الأنسجة الرخوة، إعادة ربط العضلات، تعديل ارتباط الأنسجة الرخوة، ومعالجة الأنسجة المتضخمة أو مفرطة التنسج).	\$0		لا	لا ينطبق	
D7485	الحد من الحدة العظمية	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7921	جمع وتطبيق منتج مركز الدم الذاتي	\$0		لا	لا ينطبق	
D7922	وضع الضمادة البيولوجية داخل المقبس للمساعدة في الإرقاء أو تثبيت الجلطة، لكل موقع	\$0		لا	لا ينطبق	
D7939	الفهرسة لجراحة قطع العظم باستخدام المساعدة الروبوتية الديناميكية أو التنقل الديناميكي.	\$0		لا	لا ينطبق	
D7953	طعوم عظمية لاستبدال العظم من أجل الحفاظ على الحافة السنخية - لكل موقع	\$0		لا	لا ينطبق	
D7956	تجديد الأنسجة الموجه في منطقة خالية من الأسنان - حاجز قابل للامتصاص، لكل موقع.	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق المطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D7957	تجديد الأنسجة الموجه في منطقة خالية من الأسنان - حاجز غير قابل للامتصاص، لكل موقع	\$0		لا	لا ينطبق	
D7961	استئصال اللجام الخدي/الشفوي (استئصال اللجام)	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7962	استئصال اللجام اللساني	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7963	عملية تجميل اللجام	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7970	استئصال الأنسجة المفرطة التنسج - لكل قوس	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7971	استئصال اللثة حول التاج	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7972	التخفيض الجراحي للحدبة الليفية	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D7979	بضع الحصوات غير الجراحي	\$0		لا	لا ينطبق	
D7998	وضع جهاز تثبيت داخل الفم لا يتزامن مع كسر	\$0		لا	لا ينطبق	
D9120	التقسيم الجزئي الثابت لطقم الأسنان	\$0		لا	لا ينطبق	
D9130	ضعف المفصل الصدغي الفكي - العلاجات الفيزيائية غير الغازية	\$0		لا	لا ينطبق	
D9210	التخدير الموضعي ليس بالتزامن مع الجراحة أو العملية الجراحية	\$0		لا	لا ينطبق	
D9211	التخدير الكتلي الموضعي	\$0		لا	لا ينطبق	
D9212	تخدير ناعي لتفرعات العصب الثلاثي التوائم	\$0		لا	لا ينطبق	
D9215	التخدير الموضعي بالتزامن مع الإجراءات الجراحية	\$0		لا	لا ينطبق	
D9311	التشاور مع أخصائي الرعاية الصحية الطبية	\$0		لا	لا ينطبق	
D9410	الاتصال بمرفق الرعاية المنزلية/الممتدة	\$0	0 - 20	لا	لا ينطبق	
D9430	زيارة العيادة للملاحظة (خلال ساعات العمل المحددة بانتظام) - لم يتم إجراء أي خدمات أخرى	\$0		لا	لا ينطبق	
D9440	زيارة العيادة - بعد ساعات العمل المجدولة بانتظام	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D9450	عرض الحالة، بعد التخطيط المفصل والشامل للعلاج	\$0		لا	لا ينطبق	
D9612	الأدوية الوريدية العلاجية، إعطاءان أو أكثر، أدوية مختلفة	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D9613	تسلل دواء علاجي مستدام الإطلاق، لكل ربع	\$0		لا	لا ينطبق	
D9910	استخدام دواء مزبل التحسس	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D9911	تطبيق راتنج مزبل للتحسس على سطح عنقي و/أو جذري، لكل سن.	\$0		لا	لا ينطبق	
D9932	تنظيف وفحص أطقم الأسنان الكاملة القابلة للإزالة، الفك العلوي	\$0		لا	لا ينطبق	

رمز CDT	الوصف	يدفع العضو	حدود العمر	التصريح المسبق مطلوب	التكرار	الوثائق / الأشعة السينية مطلوبة
D9933	تنظيف وفحص أطقم الأسنان الكاملة القابلة للإزالة، الفك السفلي	\$0		لا	لا ينطبق	
D9934	تنظيف وفحص طقم الأسنان الجزئي القابل للإزالة، الفك العلوي	\$0		لا	لا ينطبق	
D9935	تنظيف وفحص طقم الأسنان الجزئي القابل للإزالة، الفك السفلي	\$0		لا	لا ينطبق	
D9941	تصنيع وإق الفم الرياضي	\$0		لا	لا ينطبق	
D9942	إصلاح و/أو إعادة تبطين وإق الإطباق	\$0		لا	لا ينطبق	
D9943	تعديل وإق الإطباق	\$0		لا	لا ينطبق	
D9944	إق الإطباق - جهاز صلب، قوس كامل	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D9945	إق إطباق - جهاز ناعم، قوس كامل	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D9946	إق إطباق - جهاز صلب، قوس جزئي	\$0	21+	لا	لا ينطبق	
D9947	تصنيع ووضع جهاز توقف التنفس أثناء النوم المخصص	\$0		لا	لا ينطبق	
D9948	تعديل جهاز توقف التنفس أثناء النوم المخصص	\$0		لا	لا ينطبق	
D9949	إصلاح جهاز توقف التنفس أثناء النوم المخصص	\$0		لا	لا ينطبق	
D9950	تحليل الانسداد - الحالة المركبة	\$0		لا	لا ينطبق	
D9951	تعديل الإطباق - محدود	\$0		لا	لا ينطبق	
D9952	تعديل الإطباق - كامل	\$0		لا	لا ينطبق	
D9953	جهاز relines المخصص لانقطاع النفس النومي (غير مباشر)	\$0		لا	لا ينطبق	
D9954	تصنيع وتسليم جهاز إعادة التوضع الصباحي للعلاج بالأجهزة الفموية (OAT)	\$0		لا	لا ينطبق	
D9955	زيارة معايرة العلاج بالأجهزة الفموية (OAT)	\$0		لا	لا ينطبق	
D9970	كشط المينا الدقيق	\$0		لا	لا ينطبق	
D9971	رأب الأسنان - لكل سن	\$0		لا	لا ينطبق	
D9993	المقابلات التحفيزية لإدارة حالات الأسنان	\$0		لا	لا ينطبق	
D9997	إدارة حالات الأسنان - المرضى الذين لديهم احتياجات رعاية صحية خاصة	\$0		لا	لا ينطبق	

التكاليف النثرية

ستكون مسؤولاً عن سداد الخدمات والرسوم التي يتم إعداد فواتير لها من قبل مقدم الخدمات والتي تتجاوز حدود التغطية. قد يطلب منك أيضاً دفع حصة التكلفة في وقت الخدمة. تتم ترتيبات إصدار الفواتير بينك وبين مقدم الخدمات. إضافة إلى ذلك، إذا حصلت على خدمات من مقدم خدمات أسنان ليس جزءاً من شبكتنا، فقد تتم مطالبتك بدفع ما يصل إلى تكلفة الخدمة في وقت تقديم الخدمات. ثم قدم طلب للسداد. ستتم مراجعة طلب السداد وسيتم اتخاذ قرار بناء على المعلومات المقدمة. التعويض غير مضمون. يمكنك تقديم نموذج سداد تكاليف الأعضاء الطبيين إلى Aetna Medicare, PO Box 981106, El Paso, TX 79998-1106. يمكنك الحصول على هذا النموذج من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء أو يمكنك تعبئة النموذج وإرساله عبر الإنترنت على AetnaMedicare.com/forms

القيود والاستثناءات

1. تقتصر التغطية على الخدمات وتكرار الخدمة المدرجة في جدول المزايا. إذا لم تكن الخدمة مدرجة، فلن يتم تغطيتها.
2. أي خدمات أسنان يتم تلقيها خارج الولايات المتحدة أو أقاليمها غير مشمولة بالتغطية بموجب ميزة الأسنان التكميلية.
3. لا يتم تغطية الرسوم المتعلقة بكسر المواعيد، أو إعداد أو نسخ تقارير طب الأسنان، أو نسخ الأشعة السينية، أو الفواتير المفصلة أو نماذج المطالبات.
4. لا تتم تغطية العلاج للإصابات أو الحالات المغطاة بموجب قوانين تعويضات العاملين أو مسؤولية صاحب العمل والعلاج المقدم مجاناً لك من قبل أي بلدية أو مقاطعة أو قسم سياسي فرعي آخر.
5. المعاملة نتيجة للعصيان المدني، أو أداء الواجب كعضو في القوات المسلحة لأي دولة أو بلد، أو الانخراط في عمل من أعمال الحرب المعلنة أو غير المعلنة، أو التفجيرات النووية المتعمدة أو غير المقصودة أو أي إطلاق آخر للطاقة النووية، سواء في وقت السلم أو في زمن الحرب، لم يتم تغطيتها.
6. لا يتم تغطيته أي علاج يتم تغطيته بموجب خطة طبية فردية أو جماعية، أو التأمين على السيارات، أو التأمين ضد الأخطاء أو بوليصة التأمين على السيارات غير المؤمن عليها، إلى الحد الذي يسمح به القانون الفيدرالي أو قانون الولاية.
7. تقييم الأسنان وجميع الخدمات المتعلقة بتقويم الأسنان غير مغطاة
8. الطعوم وجميع الخدمات المتعلقة بالزرع غير مغطاة
9. لا تشمل التغطية الأجهزة التعويضية للوجه والفكين
10. خدمات الأسنان التي يتم تقديمها لأسباب تجميلية و/أو غير خاضعة للتغطية
11. لا تتم تغطية خدمات تبييض الأسنان و/أو التآكل الدقيق بالمينا
12. خدمات غير محددة حسب التقرير (رموز الأسنان: D##99) غير مغطاة
13. الخدمات السنبة المتعلقة بمتلازمة المفصل الصدغي الفكي (TMJ) غير مشمولة بالتغطية، ما لم يكن الرمز السني المرتبط بها مدرجاً في جدول المزايا
14. الخدمات الاختيارية غير مغطاة
15. لا تعد خدمات التخدير العام أو التخدير الواعي خدمة مغطاة ما لم تستند إلى مراجعة سريرية للوثائق المقدمة والمدارة من قبل طبيب أسنان أو ممارس رعاية صحية بالتزامن مع إجراءات جراحة الفم المغطاة أو العمليات الجراحية لدواعم السن والعظم أو العمليات الجراحية حول المفصل للخدمات المغطاة.
16. تغيير البُعد العمودي للأسنان، أو ترميم/الحفاظ على الإطباق بما في ذلك تسجيل العضة أو تحليل العضة، غير مشمول بالتغطية.
17. لا تتم تغطية تجبير الأسنان، بما في ذلك الدعامات المتعددة أو أي خدمات لاستقرار الأسنان الضعيفة اللثة.
18. لا تتم تغطية استبدال هياكل الأسنان المفقودة نتيجة للتآكل أو الاستنزاف أو التآكل أو الانكسار.
19. ستظل قيود تكرار الخطة سارية عند وجود بديل لجهاز أو جهاز مفقود أو مسروق أو تالف بسبب إساءة الاستخدام أو سوء الاستخدام أو الإهمال.
20. لا تتم تغطية إجراءات الأسنان إلا عند إجرائها من قبل طبيب أسنان مرخص في الولايات المتحدة أو أي إقليم أمريكي.
21. لا تتم تغطية صيانة اللثة ما لم يكن هناك تاريخ من التقشير وكشط الجذر أو علاج اللثة الجراحي.
22. لا تتم تغطية تعديلات طقم الأسنان التي يتم إجراؤها خلال 6 أشهر من وضع/تركيب طقم الأسنان أو إعادة التبطين أو إعادة القاعدة.
23. لا تتم تغطية إعادة تبطين طقم الأسنان وإعادة قاعدته، إذا كان مدرجاً على أنه مشمول بالتغطية في جدول المزايا الخاص بك، والذي يتم إجراؤه خلال 6 أشهر التالية لوضع طقم الأسنان الكامل أو الفوري.
24. لا تتم تغطية تكييف الأنسجة الذي يتم إجراؤه خلال 6 أشهر من وضع طقم الأسنان أو إعادة تبطينه أو إعادة قاعدته.
25. بالنسبة لإجراءات الأسنان المغطاة المدرجة في جدول المزايا الخاص بك، يتم تحديد تاريخ العلاج لأغراض إصدار فاتورة من خلال إكمال إجراءات محددة. بالنسبة لأطقم الأسنان القابلة للإزالة (الكاملة والجزئية)، هذا هو تاريخ التسليم. بالنسبة للحشوات المصبوبة، والترصيعات، والتيجان، والقشور، والجسور، فإن التاريخ المعتمد هو تاريخ التثبيت النهائي. بالنسبة لقنوات الجذر، إنه تاريخ وضع الصرف النهائي.
26. لا تتم تغطية الإجراءات التي تعتبر تجريبية أو استقصائية أو غير مثبتة. وهذا يشمل النظم الدوائية غير المقبولة من قبل مجلس جمعية طب الأسنان الأمريكية على علاجات الأسنان.
27. إذا تم إنهاء هذه السياسة أو تغيير خدمات الأسنان المغطاة لهذه الخطة، فلن تغطي هذه الخطة الرعاية أو العلاج المستمر. وهذا يشمل جميع الإجراءات متعددة المواعيد.

28. الخدمات والمستلزمات المقدمة فيما يتعلق بالعلاج أو الرعاية غير المغطاة بموجب الخطة غير مغطاة.

الضرورة الطبية

تغطي خطتك خدمات رعاية الأسنان المناسبة سريريًا. وهذا شرط لكي تتلقى ميزة مغطاة بموجب هذه الخطة. خدمات رعاية الأسنان التي نحدد مقدم الخدمات باستخدام التقدير السريري الحكيم ستقدمها للمريض بغرض الوقاية من أو تقييم أو تشخيص أو علاج مرض أو إصابة أو داء أو أعراضه، والتي نحدد أنها:

1. أن تكون مناسبة سريريًا من حيث النوع والتكرار والمدى والموقع، وفترة الإجراء، وأن تعد فعالة لعلاج حالة المريض المرضية أو إصابته أو مرضك.
2. غير مقدمة أساسًا لراحة المريض أو طبيب الأسنان أو مقدم رعاية صحية آخر
3. ليست أعلى تكلفة من الخدمة البديلة أو سلسلة الخدمات، على الأقل بنفس احتمالية تحقيق نفس الميزة أو النتائج التشخيصية لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة أو مرض ذلك المريض.

يتم تحديد الضرورة الطبية باستخدام معايير هي:

- متسقة مع المعايير المقبولة عمومًا للممارسة الطبية وطب الأسنان
- استنادًا إلى أدلة من الأدبيات التي راجعها النظراء والإرشادات السريرية
- تطبق بشكل موحد ودون اعتبار لاعتبارات التكلفة

القسم 3 الخدمات المغطاة خارج Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

المزايا المغطاة خارج Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

بالنسبة للخدمات والمزايا غير المغطاة من قبل Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) ولكنها متوفرة من خلال Medicaid، يرجى الاطلاع على كتيب أعضاء Medicaid.

القسم 4 الخدمات غير المغطاة من قبل خطتنا (الاستثناءات)

يحيطك هذا القسم علمًا بالخدمات "المستثناة" من Medicare.

يصف المخطط الموضح أدناه بعض الخدمات والبنود غير المغطاة من جانب خطتنا تحت أي ظرف من الظروف أو المغطاة من جانب الخطة تحت ظروف معينة فقط.

في حال حصولك على خدمات مستثناة (غير مشمولة في التغطية)، يتعين عليك سداد ثمنها بنفسك، باستثناء الشروط المحددة المدرجة أدناه. حتى إذا تلتقيت الخدمات المستثناة في مرفق طوارئ، فإن الخدمات المستبعدة لم تتم تغطيتها حتى الآن ولن تسدد خطتنا مقابلها. الاستثناء الوحيد هو إذا تم التماس الخدمة وتم تحديدها عند الالتماس لتكون خدمة طبية يجب أن ندفع ثمنها أو نغطيها بسبب حالتك الخاصة. (للمزيد من المعلومات حوال الالتماس بشأن قرار عدم تغطيتنا لإحدى الخدمات الطبية، راجع الفصل 9، القسم 6.3).

الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare	الخدمات المغطاة فقط تحت ظروف معينة
الوخز الإبري	<ul style="list-style-type: none"> • متاح للأشخاص الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة في ظل ظروف معينة.
الجراحات أو العمليات التجميلية	<ul style="list-style-type: none"> • تغطي في حالة الإصابات العرضية أو في حالة تحسين وظائف أحد أعضاء الجسم المشوه. • تغطي لجميع مراحل بناء الثدي بعد عملية استئصاله، بالإضافة إلى الثدي السليم ليظهر بشكل متناسق.
الرعاية الوصائية	<p>مشمول بجزء Medicaid من مزايا خطتك.</p> <p>الرعاية الوصائية هي الرعاية الشخصية التي لا تتطلب الرعاية الطبية الدائمة من قبل أطباء أو مساعدي أطباء مُدرّبين، مثل الرعاية التي تتضمن مساعدة في القيام بالأنشطة الحياتية اليومية، كالاستحمام أو تغيير الملابس.</p>
الإجراءات الطبية والجراحية التجريبية والمعدات والأدوية	<ul style="list-style-type: none"> • من الممكن تغطيتها في برنامج Original Medicare تحت مسمى الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare أو في خطتنا. <p>(انظر الفصل 3، القسم 5 القسم لمزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية.)</p>
الرسوم المستحقة للرعاية المقدمة بواسطة أقاربك المباشرين أو أفراد أسرتك	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.
رعاية التمريض بدوام كامل في منزلك	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.
الوجبات التي يتم تسليمها في المنزل	<ul style="list-style-type: none"> • مشمول بجزء Medicaid من مزايا خطتك.
تشمل خدمات تدبير المنزل المساعدات المعيشية الأساسية، بما فيها التدابير المنزلية الخفيفة أو إعداد الوجبات الخفيفة.	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.
خدمات العلاج الطبيعي (استخدام العلاجات الطبيعية أو البديلة)	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.
رعاية الأسنان غير الروتينية	<ul style="list-style-type: none"> • يمكن تغطية خدمات العناية بالأسنان بغرض معالجة أمراض أو إصابات الأسنان في العيادات الداخلية أو الخارجية.

الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare	الخدمات المغطاة فقط تحت ظروف معينة
الأحذية الطبية أو الأجهزة الداعمة للقدم	<ul style="list-style-type: none"> الأحذية التي تشكل جزءًا من سناد القدم والمدرجة في تكلفة الدعامة. تخصص الأحذية الطبية أو العلاجية للمصابين بداء القدم السكري.
الأدوات الشخصية في غرفتك بالمستشفى أو مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة مثل الهاتف أو التلفزيون	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.
غرفة خاصة في مستشفى	<ul style="list-style-type: none"> تغطي فقط عند الضرورة الطبية.
عكس إجراءات التعقيم، و/أو إمدادات وسائل منع الحمل غير الموصوفة طبيًا	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.
رعاية تقويم العمود الفقري الروتينية	<ul style="list-style-type: none"> تتم تغطية المعالجة اليدوية للعمود الفقري بغرض تصحيح الخلع الجزئي.
رعاية الأسنان الروتينية، مثل التنظيف أو الحشوات أو أطقم الأسنان.	<ul style="list-style-type: none"> توفر خطتنا بعض التغطية لخدمات طب الأسنان كما هو موضح في مخطط المزايا الطبية.
فحوصات العين الروتينية والنظارات وبيع القرنية الشعاعي وجراحة الليزك وغيرها من مساعدات ضعف البصر الأخرى.	<ul style="list-style-type: none"> يتم تغطية زوج واحد من النظارات ذات الإطارات القياسية (أو مجموعة واحدة من العدسات اللاصقة) بعد كل جراحة إعتام عدسة العين التي تزرع عدسة داخل العين. مشمول بجزء Medicaid من مزايا خطتك.
العناية بالقدم الروتينية	<ul style="list-style-type: none"> توفر خطتنا بعض التغطية لرعاية القدمين الروتينية كما هو موضح في مخطط المزايا الطبية.
فحوصات السمع الروتينية أو المعينات السمعية أو الفحوصات التي تناسب المعينات السمعية.	<ul style="list-style-type: none"> مشمول بجزء Medicaid من مزايا خطتك.
الخدمات التي لا تعتبر معقولة وضرورية، وفقًا لمعايير Original Medicare	غير مغطاة تحت أي ظرف من الظروف.

الفصل 5: استخدام تغطية الخطة لأدوية الجزء (D)

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف أدويةك؟

نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medicaid، فأنت أيضًا مؤهل للانضمام والحصول على برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف خطة أدويةك الموصوفة. نظرًا لأنك مشارك في برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فإن بعض المعلومات في دليل التغطية هذا حول تكاليف أدوية وصفات الجزء (D) لا تنطبق عليك. لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، بعنوان ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون المساعدة الإضافية ("Extra Help") لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية (والذي يُعرف أيضًا باسم "ملحق إعانة محدود الدخل" أو "ملحق LIS")، والذي سيوضح لك تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الإدراج، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) واطلب الحصول على LIS Rider. (تتم طباعة أرقام هاتف خدمات الأعضاء على الغلاف الخلفي لهذا المستند.)

القسم 1 القواعد الأساسية لتغطية أدوية الجزء D بخطتنا

انتقل إلى مخطط المزايا الطبية في الفصل 4 الخاص بمزايا الأدوية وأدوية المحترفين للجزء (B) من برنامج Medicare. بالإضافة إلى الأدوية المغطاة من قبل Medicare، فهناك مجموعة من الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن مزايا نظام Medicaid. تخبرك قائمة الأدوية بكيفية معرفة معلومات عن تغطية Medicaid للأدوية الخاصة بك.

تغطي خطتنا بشكل عام أدويةك طالما أنت ملتزم بهذه القواعد:

- يتعين أن يكتب لك مقدم الخدمات (طبيب أو طبيب أسنان أو واصل دواء آخر) وصفة طبية يتعين أن تكون صحيحة بموجب قانون الولاية الساري.
- يجب ألا يكون واصل الدواء مدرجًا في قوائم المنع أو الحظر الخاصة بـ Medicare.
- وبوجه عام، يتعين عليك استخدام صيدلة تابعة للشبكة لصرف وصفتك الطبية. (انتقل إلى القسم 2.) أو يمكنك صرف وصفتك من خلال خدمة الطلب عبر البريد في خطتنا.
- يتعين أن يكون دواؤك ضمن قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا (اذهب إلى القسم 3).
- يجب استخدام الدواء لداعي استعمال مقبول طبيًا. يراد بمصطلح "مقتضى مقبول طبيًا" أن استخدام الدواء إما معتمد من FDA أو مدعوم بمراجع معينة. (انظر القسم 3 لمزيد من المعلومات حول الأدوية المستخدمة لدواعي مقبولة طبيًا).
- قد يحتاج دواؤك إلى موافقة من خطتنا استنادًا إلى معايير معينة قبل موافقتنا على تغطيته. (انتقل إلى القسم 4 للحصول على مزيد من المعلومات.)

القسم 2 صرف وصفتك الطبية من صيدلية تابعة للشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا

في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية فقط إذا قمت بصرفها من الصيدليات التابعة لشبكة خطتنا. (راجع القسم 2.4 للمعلومات حول الأوقات التي نغطي فيها الوصفات المصروفة في صيدليات غير تابعة للشبكة.)

الصيدلية التابعة للشبكة هي إحدى الصيدليات المتعاقدة مع خطتنا لتوفير أدويةك المغطاة. يعني مصطلح "الأدوية المغطاة" جميع أدوية الجزء D الموجودة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.

الصيدليات التابعة للشبكة

القسم 2.1

ابحث عن صيدلية تابعة للشبكة في منطقتك

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، انتقل إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات و /أو تفضل بزيارة موقعنا على الويب [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/find-provider) و/أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على **711**).

يمكنك الذهاب لأي صيدلية تابعة لشبكتنا.

إذا تركت صيدليتك الشبكة

إذا انسحبت الصيدلية التي تستخدمها من شبكة خطتنا، فسيتعين عليك العثور على صيدلية جديدة في الشبكة. للبحث عن صيدلية أخرى في منطقتك، اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) أو استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيدليات. ويمكنك أيضًا البحث عن المعلومات على موقعنا على الويب عبر الرابط [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/find-provider).

صيدليات متخصصة

يتعين صرف بعض الوصفات الطبية من صيدلة متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة:

- الصيدليات التي تقدم الأدوية للعلاج بالحقن المنزلي.
- الصيدليات التي تورد الأدوية للمقيمين في مرفق رعاية طويلة الأمد (LTC). عادة ما يكون لمرفق الرعاية طويلة الأمد (LTC) كمدار التمريض) صيدليته الخاصة. إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدوية الجزء D في مرفق الرعاية طويلة الأمد (LTC)، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).
- الصيدليات الخاصة بخدمات الصحة الهندية / برنامج الصحة الهندية القبلي / الحضري (غير متاح في بورتوريكو). يسمح في حالة الطوارئ فقط للسكان الأصليين بأمريكا أو أسكا بالدخول إلى الصيدليات التابعة للشبكة.
- الصيدليات التي توزع الأدوية المقيدة من قبل FDA في مواقع معينة أو التي تتطلب معالجة خاصة أو تنسيقًا مع مقدم الخدمات أو التثقيف بشأن استخدامها. لتحديد موقع صيدلية متخصصة، انتقل إلى دليل مقدمي الخدمات والصيدليات [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetnabetterhealth.com/virginia-hmosnp/find-provider) أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا

القسم 2.2

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

تتيح خدمة الطلب عبر البريد بالخطة لك طلب إمداد يصل إلى 100 يومًا.

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

عادة ما يتم تسليم طلب الصيدلية بالبريد في مدة لا تزيد عن 10 أيام. إذا توقعت صيدلية الطلب عبر البريد تأجيل الطلب، فسوف تخطرك بهذا التأخير. إذا كنت بحاجة لطلب أمر مستعجل بسبب تأخير الطلب عبر البريد، يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء لمناقشة الخيارات التي قد تتضمن الصرف من صيدلية بيع بالتجزئة محلية أو التعجيل بطريقة الشحن. وفر للممثل رقم هويتك ورقم (أرقام) الوصفات الطبية. في حال رغبتك في توصيل أدويتك في اليوم الثاني أو اليوم التالي، يمكنك طلب ذلك من ممثل خدمات الأعضاء مقابل رسوم إضافية.

وصفات طبية جديدة تتلقاها الصيدلية مباشرةً من عيادة الطبيب.

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

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

إذا تلقيت وصفة طبية تلقائيًا عن طريق البريد الذي لا تريده، ولم يتم الاتصال بك لمعرفة ما إذا كنت تريدها قبل شحنها، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد الأموال.

إذا استخدمت الطلب عبر البريد في الماضي ولم ترغب في أن تقوم الصيدلية بصرف وشحن كل وصفة طبية جديدة تلقائيًا، فاتصل بنا عن طريق الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

إذا لم تستخدم أبدًا تسليم الطلب عبر البريد و/أو قررت إيقاف عمليات الصرف التلقائية للوصفات الطبية الجديدة، فستصل بك الصيدلية في كل مرة تحصل فيها على وصفة طبية جديدة من مقدم الرعاية الصحية لمعرفة إذا كنت تريد صرف الدواء وشحنه على الفور. من المهم الرد في كل مرة يتم الاتصال بك فيها من قبل الصيدلية لإعلامهم بما إذا كان سيتم شحن الوصفة الطبية الجديدة أو تأخيرها أو إلغاؤها.

لإلغاء الاشتراك في التوصيلات التلقائية للوصفات الجديدة التي يتم تلقيها مباشرة من عيادة مقدم الرعاية الصحية، يرجى التواصل معنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

إعادة صرف للوصفات الطبية عبر البريد. لتجديد أدويةك، لديك خيار الاشتراك للحصول على برنامج تجديد تلقائي. وبموجب هذا البرنامج، سنبداً عملية إعادة صرف الدواء التالية تلقائيًا عندما تظهر سجلاتنا قرب نفاد الدواء. سوف تتصل بك الصيدلية قبل شحن كل عملية صرف للتأكد من أنك تحتاج إلى مزيد من الأدوية وأنك يمكنك إلغاء عمليات الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الأدوية أو إذا تم تغيير دوائك.

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

لإلغاء الاشتراك في برنامجنا الذي يقوم تلقائيًا بإعداد عمليات إعادة الصرف من خلال البريد، اتصل بنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

إذا حصلت على إعادة صرف تلقائية عن طريق البريد لا تريدها، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد الأموال.

قسم 2.3 كيفية الحصول على إمدادات طويلة الأجل من الأدوية

عند الحصول على إمداد أدوية طويل الأجل، فقد يكون تقاسم التكلفة الخاص بك أقل. تقدم خطتنا طريقتين 2 للحصول على إمداد طويل الأجل (يطلق عليه أيضًا الإمداد الممتد) من أدوية المداومة على قائمة أدوية خطتنا (للمستويات 1-4). (أدوية المداومة هي أدوية تأخذها على أساس منتظم لحالة طبية مزمنة أو طويلة الأجل.)

1. تتيح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة بالشبكة الحصول على إمداد طويل الأجل من أدوية المداومة. يخبرك دليل مقدمي الخدمات والصيدليات [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) بالصيدليات التابعة للشبكة التي يمكنها أن تقدم لك إمدادًا طويل الأجل من أدوية المداومة. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **711**) لمزيد من المعلومات.

2. يمكنك أيضًا الحصول على أدوية المداومة من خلال برنامج الطلب عبر البريد. انتقل إلى القسم 2.2 لمزيد من المعلومات.

القسم 2.4 استخدام صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا

عمومًا، نغطي الأدوية التي تُصرف في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تكون قادرًا على استخدام صيدلية تابعة للشبكة. لدينا أيضًا صيدليات تابعة للشبكة خارج منطقة الخدمة حيث يمكنك صرف وصفاتك الطبية كعضو بالخطة. **تحقق أولًا مع خدمات الأعضاء على 1-855-463-0933 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711)** لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية قريبة تابعة للشبكة.

لا نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها من صيدلية من خارج الشبكة إلا في هذه الظروف:

- الوصفة الطبية هي لحالة طبية طارئة أو رعاية عاجلة.
- لا يمكنك الحصول على دواء مغطى في وقت الحاجة لأنه لا توجد صيدليات ضمن الشبكة تعمل على مدار 24 ساعة ضمن مسافة قيادة معقولة.
- الوصفة الطبية هي لدواء غير متوفر في شبكة البيع بالتجزئة أو صيدليات الطلب عبر البريد المتاحة (بما في ذلك الأدوية باهظة الثمن والفريدة من نوعها).
- إذا تم إجلاؤك أو نزوحك من منزلك بسبب كارثة فيدرالية أو إعلان طارئ للصحة العامة.

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

إذا اضطررت للاستعانة بصيدلية خارج الصيدليات التابعة للشبكة، فحينها يجب عليك سداد تكلفة دوائك بالكامل (بدلاً من حصة مشاركتك العادية في التكلفة) وقت صرف وصفتك. يحق لك مطالبتنا برد فرق التكلفة عن حصة مشاركتنا في التكلفة. (انتقل إلى الفصل 7، قسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبة خطتنا برد الأموال لك.) قد تُطالب بسداد الفرق بين ما سدده نظير حصولك على الدواء من صيدلية خارج الصيدليات التابعة للشبكة وتكلفة التغطية بإحدى الصيدليات خارج الشبكة.

القسم 3 يجب أن تكون أدويتك في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا

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

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

الأدوية المدرجة في هذه القائمة اختارتها خطتنا بمساعدة الأطباء والصيدال. تلي هذه القائمة متطلبات Medicare وقد تمت الموافقة عليها من قبل Medicare.

تتضمن قائمة الأدوية المغطاة بموجب الجزء (D) من برنامج Medicare. بالإضافة إلى الأدوية المغطاة من قبل Medicare، فهناك مجموعة من الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن مزاي نظام Medicaid. تخبرك قائمة الأدوية بكيفية معرفة معلومات عن تغطية Medicaid للأدوية الخاصة بك.

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

- معتمدة من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للتشخيص أو الحالة التي يوصف من أجلها، أو
- مدعومًا بمراجع معينة، مثل معلومات أدوية خدمة الوصفات الطبية للمستشفى الأمريكي ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

قد تتم تغطية بعض الأدوية لبعض الحالات الطبية، ولكنها تعتبر غير وصفة لحالات طبية أخرى. سيتم تحديد هذه الأدوية في قائمة الأدوية لدينا وفي Medicare.gov، إلى جانب الحالات الطبية المحددة التي تغطيها.

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

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

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

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

الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية

لا تغطي خطتنا جميع الأدوية الموصوفة طبيًا.

- في بعض الحالات، لا يسمح القانون لأي خطة Medicare بتغطية أنواع معينة من الأدوية. (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 7.)
- في حالات أخرى، قررنا ألا نضم دواءً مخصصًا متاحًا في قائمة الأدوية.
- في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا. (لمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 9.)

قسم 3.2 5 مستويات تقاسم التكلفة للأدوية المدرجة في قائمة الأدوية

يقع كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا في إحدى 5 مستويات تقاسم التكلفة. وبشكل عام، كلما زاد المستوى، زادت تكلفتك مقابل الدواء.

- **المستوى 1: الأدوية الجينية المفضلة**
العديد من الأدوية الشائعة بلا اسم تجاري منخفضة التكلفة.
- **المستوى 2: الأدوية الجينية**
الأدوية الجينية الأعلى تكلفة.
- **المستوى 3: الأدوية ذات الأسماء التجارية**
العديد من الأدوية ذات الأسماء التجارية الشائعة وبعض الأدوية بلا اسم تجاري الأعلى تكلفة.
- **المستوى 4: الأدوية الغير مفضلة**
الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية الجينية الأعلى تكلفة التي غالبًا ما يتوفر لها بديل أقل تكلفة.
- **المستوى 5: التخصيص**
الأدوية الجينية والأدوية ذات العلامة التجارية ذو تكلفة عالية التي تلي تعريف Medicare لدواء متخصص.

للعثور على مستوى تقاسم التكلفة الذي يوجد الدواء به، ابحث عنه في قائمة أدوية خطتنا. يتم توضيح المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في كل مستوى من مستويات تقاسم التكلفة في الفصل 6.

القسم 3.3 كيفية العثور على الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية؟

لمعرفة ما إذا كان الدواء موجودًا في قائمة الأدوية لدينا أم لا، لديك هذه الخيارات:

- تحقق من قائمة الأدوية الأحدث التي قدّمناها إلكترونيًا.

- تفضل زيارة موقع خطتنا على الويب (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary). قائمة الأدوية المتوفرة على الموقع الإلكتروني دائمًا ما تكون هي الأحدث.
- اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لمعرفة ما إذا كان دواء معين موجودًا في قائمة الأدوية لخطتنا أم لا أو لطلب نسخة من القائمة.
- استخدم "أداة المزايًا في الوقت الفعلي" (AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary) الخاصة بخطتنا للبحث عن الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه ومعرفة ما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج نفس الحالة. اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

القسم 4 الأدوية ذات القيود على التغطية

القسم 4.1 لماذا بعض الأدوية لديها قيود

بالنسبة لبعض الأدوية الموصوفة طبيًا، تُعَدُّ بعض القواعد الخاصة من كيفية تغطية خطتنا لها ووقت تلك التغطية. وقد وضع فريق من الأطباء والصيدالّة هذه القواعد لتشجيعك أنت ومقدم الخدمات لديك على استخدام الأدوية بطريقة أكثر فعالية. لمعرفة ما إذا كانت أي من القواعد أعلاه تنطبق على دواء تتناوله أو تريد تناوله، فتتحقق من قائمة الأدوية.

في حالة عمل دواء آمن وأقل تكلفة، والذي من شأنه أن يعمل طبيًا بنفس الكفاءة التي يعمل بها نظير له تكلفة أعلى، فإن قواعد خطتنا المُصمَّمة لتشجيعك أنت ومقدم الخدمات على استخدام الخيار الأقل تكلفة.

يُرجى العلم بأنه أحيانًا قد يرد الدواء أكثر من مرة على قائمة أدويتنا. يرجع ذلك إلى أن نفس الأدوية يمكن أن تتفرق استنادًا إلى قوة أو مقدار أو شكل الدواء الموصوف من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، وتنطبق مختلف القيود أو تقاسم التكلفة على الإصدارات المختلفة للدواء (على سبيل المثال، 10 ملغ مقابل 100 ملغ، مرة في اليوم مقابل مرتين 2 في اليوم، قرص مقابل سائل).

القسم 4.2 أنواع القيود

إذا كانت هناك قيود على دوائك، فهذا يعني عادة أنك أو مقدم الخدمات لك سيتعين عليكما اتخاذ خطوات إضافية لتتمكن من تغطية الدواء. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لمعرفة ما يمكنك أنت أو مقدم الخدمات القيام به للحصول على تغطية للدواء. **إذا أردتنا أن نتخلى عن القيود لأجلك، فستحتاج لاستخدام عملية قرار التغطية وأن تطلب منا استثناءً.** ربما نوافق أو لا نوافق على التخلي عن القيود لأجلك. (انتقل إلى الفصل 9).

الحصول على موافقة الخطة مقدمًا

بالنسبة لأدوية معينة، تحتاج أنت أو مقدم الخدمات الخاص بك إلى الحصول على موافقة من خطتنا استنادًا إلى معايير محددة قبل أن نوافق على تغطية الدواء لك. وهذا يُطلق عليه **التصريح المسبق**. يتم وضع هذا لضمان سلامة الأدوية والمساعدة في توجيه الاستخدام المناسب لأدوية معينة. إذا لم تحصل على هذه الموافقة، فقد لا تكون خطتنا مشمولة بتغطية دوائك. يمكن الحصول على معايير التصريح المسبق لخطتنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) أو على موقعنا الإلكتروني من خلال AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary

تجربة دواء مختلف أولاً

هذا الشرط يُشجّعك على تجربة أدوية أقل تكلفة ولكنها عادةً بنفس الفعالية قبل تغطية خطتنا لدواء آخر. على سبيل المثال، إذا كان الدواء (A) والدواء (B) يعالجان الحالة الطبية نفسها، فقد تطلب منك خطتنا أن تُجرّب الدواء (A) أولاً. إذا لم يجدي الدواء (A) معك، فعندئذٍ ستغطي خطتنا الدواء (B). ويُسمّى هذا الشرط لتجربة دواء مُختلف **العلاج المرحلي**. يمكن الحصول على معايير العلاج المرحلي الخاصة بخطتنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) أو على موقعنا الإلكتروني على AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary

حدود الكمية

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

القسم 5 الذي يمكنك فعله في حال عدم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي تريدها

هناك حالات يكون فيها الدواء الموصوف طبيًا الذي تتناوله، أو تعتقد أنت ومقدم الخدمات الخاص بك أنه يجب عليك تناوله، غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو به قيود. على سبيل المثال:

- ربما لا يُغطى الدواء على الإطلاق. أو قد يكون الإصدار الجنييس من الدواء خاضعًا للتغطية، ولكن الإصدار ذا الاسم التجاري الذي تريد تناوله غير مشمول بالتغطية.
- يُغطى الدواء، ولكن هناك قواعد أو قيود إضافية على تغطية.
- الدواء مشمول بالتغطية، ولكنه مدرج في مستوى تقاسم التكلفة الذي يجعل تقاسم التكلفة الخاص بك أكثر تكلفة مما تعتقد أنه يجب أن يكون.

إذا لم يكن دواؤك مدرجًا في قائمة الأدوية أو مقيّدًا، فإليك الخيارات لما يمكنك القيام به:

- قد تتمكن من الحصول على إمداد مؤقت للدواء.
- يمكنك التغيير إلى دواء آخر.
- يمكنك طلب الاستثناء ومطالبة خطتنا بتغطية دوائنا أو إزالة القيود من الدواء.

ربما تتمكن من الحصول على إمدادات من الأدوية مؤقتة

تحت ظروف معينة، يتعين على خطتنا توفير إمداد مؤقت للدواء الذي تتناوله بالفعل. يتيح لك هذا العرض المؤقت الوقت للتحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك بشأن التغيير.

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

- إذا كنت عضوًا جديدًا، سنغطي الإمداد المؤقت لدوائك خلال أول 90 يوم من عضويتك في خطتنا.
- إذا كنت في خطتنا خلال العام الماضي، فسنقوم بتغطية إمداد مؤقت لدوائك خلال أول 90 يومًا من العام التقويمي.
- يكون هذا الإمداد المؤقت لمدة 30 يومًا بحد أقصى. في حال كانت الوصفة لعدد أيام أقل، سنسمح لك بعدة مرات صرف تصل إلى إمداد لمدة 30 يومًا بحد أقصى من الدواء. يجب أن تقوم بصرف وصفتك الطبية من صيدلية بالشبكة. (يرجى ملاحظة أن صيدلية الرعاية طويلة المدى قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لمنع حدوث أي هدر للكميات.)
- بالنسبة للأعضاء الذين ظلوا في خطتنا لأكثر من 90 أيام ويعيشون في مرفق رعاية طويلة الأجل ويحتاجون إلى إمداد على الفور: سنقوم بتغطية إمداد طارئ لمدة 31 يومًا لدواء معين، أو أقل في حال كانت وصفتك لعدد أيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت الموضح أعلاه.
- إذا واجهت تغييرًا في مكان الرعاية الخاص بك (مثل خروجك من مرفق الرعاية طويلة الأجل أو إدخالك إليه)، يمكن للطبيب أو الصيدلية طلب إمداد مؤقت للدواء. يتيح لك هذا الإمداد المؤقت (حتى 31 يومًا) الوقت المناسب للتحدث مع طبيبك حول التغيير في التغطية.

للسئلة الخاصة بالإمداد المؤقت، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

خلال الوقت الذي تستخدم فيه إمداد مؤقت من أحد الأدوية، ينبغي لك التحدث إلى مقدم الرعاية لك للتوصل إلى قرار بشأن ما ينبغي عليك القيام به عندما تنفذ الإمدادات المؤقتة. لديك خيارين 2:

الخيار 1. يمكنك التغيير إلى دواء آخر

التحدث مع مقدم الخدمات الخاص بك حول ما إذا كان دواء مختلف مغطى من قبل خطتنا قد يعمل بشكل جيد بالنسبة لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لطلب قائمة الأدوية المغطاة والتي تعالج نفس الحالة الطبية. حيث يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات لديك في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.

الخيار 2. يمكنك طلب استثناء

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

إذا كنت عضوًا حاليًا وسيتم حذف الدواء الذي تتناوله من كتيب الوصفات أو تقييده بطريقة ما للعام المقبل، فسنبخبرك بأي تغيير قبل العام الجديد. يمكنك طلب استثناء قبل العام المقبل، وسنوافيك بالرد في غضون 72 ساعة بعد استلامنا لطلبك (أو البيان الداعم من الوصف الخاص بك). إذا اعتمدنا طلبك، فإننا سنصرح بتغطية الدواء قبل سريان التغيير.

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

إذا كنت تريد أنت ومقدم الخدمات طلب استثناء، فانتقل إلى الفصل 9، القسم 7.4 لمعرفة ما يجب القيام به. حيث يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددها Medicare للتأكد من معالجة طلبك على الفور وبشكل عادل.

القسم 5.1 ماذا تفعل إذا كان دواؤك في مستوى للمشاركة في التكلفة تعتقد أنها عالية للغاية

إذا كان دواؤك في مستوى تقاسم التكلفة تعتقد أنه مرتفع جدًا، فهذا شيء يمكنك القيام به:

يمكنك التغيير إلى دواء آخر

إذا كان الدواء الخاص بك في مستوى تقاسم التكلفة الذي تعتقد أنه مرتفع جدًا، فتحدث إلى مقدم الخدمات الخاص بك. قد يكون هناك دواء مختلف في مستوى تقاسم تكلفة أقل قد يعمل بنفس الكفاءة بالنسبة لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لطلب قائمة الأدوية المغطاة والتي تعالج نفس الحالة الطبية. حيث يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمات لديك في إيجاد دواء مغطى يتلاءم معك.

يمكنك طلب استثناء

يمكنك أنت أو مقدم الخدمات لديك مطالبة خطتنا بإجراء استثناء في مستوى تقاسم التكلفة للدواء بحيث تدفع قيمة أقل للحصول عليه. إذا قال مقدم الخدمات لك أن لديك أسباب طبية تُبرر لنا طلبك للحصول على استثناء، فيمكن لمقدم الخدمات لك أن يُساعدك في طلب استثناء للقاعدة.

إذا كنت ترغب أنت ومقدم الخدمات لك في طلب أي استثناء، انتقل إلى الفصل 9، القسم 6.4 للتعرف على كيفية القيام بذلك. حيث يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددها Medicare للتأكد من معالجة طلبك على الفور وبشكل عادل.

الأدوية المدرجة في تخصصنا (المستوى 5) غير مؤهلة لهذا النوع من الاستثناءات. نحن لا نقوم بتخفيض كمية تقاسم التكلفة للأدوية الموجودة في هذا المستوى.

القسم 6 قد تتغير قائمة الأدوية لدينا خلال العام

معظم التغييرات في تغطية الأدوية تحدث في بداية كل عام (1 يناير). وعلى الرغم من ذلك، خلال العام، يمكن للخطتنا إجراء بعض التغييرات على قائمة الأدوية. على سبيل المثال، قد تقوم خطتنا بما يلي:

- إضافة أو حذف أدوية من قائمة الأدوية.
- نقل دواء إلى مستوى أعلى أو أدنى لتقاسم التكلفة.
- زيادة أو إزالة قيد يتعلق بتغطية دواء.
- استبدال دواء ذي اسم تجاري بنسخة دواء جنيس.
- استبدال منتجًا بيولوجيًا أصليًا بنسخة متشابهة بيولوجيًا قابلة للتبديل من المنتج البيولوجي.

يتعين علينا اتباع متطلبات Medicare قبل تغيير قائمة أدوية خطتنا.

معلومات حول التغييرات التي تطرأ على تغطية الأدوية

عند حدوث تغييرات على قائمة الأدوية، فإننا ننشر معلومات على موقعنا على الويب بخصوص هذه التغييرات. نقوم أيضًا بتحديث قائمة الأدوية الخاصة بنا عبر الإنترنت بانتظام. أحيانًا ستحصل على إخطار مباشر في حالة إجراء تغييرات على دواء تتناوله.

التغييرات في تغطية الأدوية التي تؤثر عليك خلال عام الخطة هذا

- **إضافة أدوية جديدة إلى قائمة الأدوية وفي الحال حذف أو إجراء تغييرات على دواء مماثل في قائمة الأدوية.**
 - قد نزيل على الفور دواء مشابه من قائمة الأدوية، أو نقله إلى مستوى مختلف من تقاسم التكلفة، أو نضيف قيودًا جديدة، أو كليهما. وستكون النسخة الجديدة من الدواء على نفس مستوى تقاسم التكلفة أو مستوى أقل ومع نفس القيود أو قيود أقل.
 - سوف نقوم بإجراء هذه التغييرات الفورية فقط إذا أضفنا إصدارًا جنيسًا جديدًا من علامة تجارية أو أضفنا إصدارات معينة جديدة من المنتجات البيولوجية الأصلية التي كانت موجودة بالفعل في قائمة الأدوية.
 - قد نجري هذه التغييرات على الفور ونخبرك بها لاحقًا، حتى في حال تناولك للدواء الذي نحذفه أو نجري تغييرات عليه. إذا كنت تتناول الدواء نفسه في الوقت الذي نجري فيه التغيير، فسوف نخبرك بأي تغيير محدد أجريناه.
- **إضافة الأدوية إلى قائمة الأدوية وحذف أو إجراء تغييرات على دواء مماثل في قائمة الأدوية.**
 - عند إضافة إصدار آخر من الدواء إلى قائمة الأدوية، قد نقوم بحذف دواء مماثل من قائمة الأدوية، أو نقله إلى مستوى مختلف من مشاركة التكاليف، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. سيكون إصدار الدواء الذي نضيفه على نفس مستوى تقاسم التكلفة أو أقل وبنفس القيود أو أقل.
 - سوف نقوم بإجراء هذه التغييرات فقط إذا أضفنا إصدارًا جنيسًا جديدًا من دواء ذي علامة تجارية أو أضفنا إصدارات معينة جديدة من المنتجات البيولوجية الأصلية التي كانت موجودة بالفعل في قائمة الأدوية.
 - سنخبرك قبل 30 يوم على الأقل من إجراء التغيير، أو سنخبرك بالتغيير ونغطي عبوة لمدة 30 يوم من إصدار الدواء الذي تتناوله.
- **إزالة الأدوية غير الآمنة والأدوية الأخرى الموجودة في قائمة الأدوية التي يتم سحبها من السوق.**
 - في بعض الأحيان قد يعتبر أحد الأدوية غير آمن أو يتم سحبه من السوق لسبب آخر. إذا حدث هذا، يمكن أن نحذف على الفور الدواء من قائمة الأدوية. إذا كنت تتناول هذا الدواء، فنسحبك بذلك بعد إجراء التغيير.
- **إجراء تغييرات أخرى على الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية.**
 - قد نجري تغييرات أخرى بمجرد بدء العام مما يؤثر على الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، بناءً على التحذيرات الموجودة في مبيعات إدارة الغذاء والدواء (FDA) أو الإرشادات السريرية الجديدة التي يعترف بها برنامج Medicare.
 - سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء هذه التغييرات أو سنخبرك بالتغيير ونغطي فترة صرف إضافية لمدة 30 يومًا من الدواء الذي تتناوله.

إذا أجرينا أيًا من هذه التغييرات على أي من الأدوية التي تتناولها، فتحدث مع طبيبك حول الخيارات التي قد تناسبك بشكل أفضل، بما في ذلك التغيير إلى دواء مختلف لعلاج حالتك، أو طلب قرار تغطية لتلبية أي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله. يمكن لك أو للطبيب المعالج أن يطلب منا استثناءً لمواصلة تغطية الدواء أو نسخة الدواء التي كنت تتناولها. لمزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرار تغطية، بما في ذلك الاستثناء، انتقل إلى الفصل 9.

التغييرات في قائمة الأدوية التي لا تؤثر عليك خلال سنة الخطة هذه

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

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

- نقل دواءك إلى مستوى مشاركة تكلفة أعلى.
- وضعنا قيودًا جديدة على استخدام الدواء الخاص بك.
- نقوم بإزالة دوائك من قائمة الأدوية.

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

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

القسم 7 أنواع الأدوية التي لا نغطيها

يتم استبعاد بعض أنواع الأدوية الموصوفة طبيًا. هذا يعني أن Medicare لا تدفع مقابل هذه الأدوية.

إذا قدمت التماسًا وتبين أن الدواء المطلوب غير مستبعد بموجب الجزء D، فسندفع ثمنه أو نغطيه. (لمزيد من المعلومات بشأن الالتماس على قرار، انتقل إلى الفصل 9.) إذا كان الدواء المستبعد من خطتنا مستبعدًا أيضًا من Medicaid، فيتعين عليك دفع تكلفته بنفسك.

3 فيما يلي القواعد العامة حول الأدوية التي لا تغطيها خطط أدوية Medicare بموجب الجزء "D":

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

إضافة إلى ذلك، وبموجب القانون، فئات الأدوية التالية الواردة أدناه لا تشملها تغطية برنامج Medicare. ومع ذلك، قد يمكن تغطية بعض هذه الأدوية لك ضمن تغطية الأدوية في خطة Medicaid. تخبرك قائمة الأدوية بكيفية معرفة معلومات عن تغطية Medicaid للأدوية الخاصة بك.

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

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

في حالة حصولك على مساعدة إضافية لدفع ثمن وصفاتك الطبية، لن تدفع المساعدة الإضافية مقابل الأدوية التي لا تتم تغطيتها عادة. إذا كانت لديك تغطية للأدوية من خلال Medicaid، فقد يغطي برنامج Medicaid بالولاية بعض الأدوية الموصوفة طبيًا التي لا تتم تغطيتها عادة في خطة أدوية Medicare. يرجى الاتصال ببرنامج Medicaid بالولاية لتحديد تغطية الأدوية التي قد تتوفر. (ابحث عن أرقام الهواتف ومعلومات الاتصال الخاصة ببرنامج Medicaid في الملحق أ في ظهر هذا المستند.)

القسم 8 كيفية صرف وصفة طبية

لصرف الوصفة الطبية، وفر معلومات عضويتك في خطتنا، والتي يمكن العثور عليها على بطاقة عضويتك في الصيدلية التابعة للشبكة التي تختارها. ستقوم الصيدلية التابعة للشبكة تلقائيًا بحاسبة خطتنا على حصتنا من تكلفة الدواء الخاصة بك. يجب عليك دفع الجزء المستحق عليك من التكاليف للصيدلية عند استلام الوصفة الطبية.

إذا لم تكن لديك معلومات عضوية خطتنا، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بخطتنا للحصول على المعلومات أو يمكنك مطالبة الصيدلية بالبحث عن معلومات التسجيل في خطتنا.

إذا كانت الصيدلية غير قادرة على الحصول على المعلومات الضرورية، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند تلقيها. يمكنك حينها مطالبتنا بتعويضك مقابل حصتنا. انتقل إلى الفصل 7، القسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبة خطتنا بالتعويض.

القسم 9 تغطية أدوية الجزء (D) في حالات خاصة

القسم 9.1 في مستشفى أو مرفق رعاية ترميزية حاذقة للإقامة المغطاة من قبل خطتنا

إذا تم إدخالك إلى مستشفى أو مرفق الرعاية الترميزية الحاذقة للإقامة التي تغطيها خطتنا، فسنعطي بوجه عام تكلفة أدويةك الموصوفة طبيًا أثناء إقامتك. بمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق الرعاية الترميزية الحاذقة، فسنعطي خطتنا أدويةك الموصوفة طالما أن الأدوية تستوفي جميع قواعدا الخاصة بالتغطية الموضحة في هذا الفصل.

القسم 9.2 بصفتك مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأجل (LTC)

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

تحقق من دليل مقدمي الرعاية/الصيدليات [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp/find-provider) لمعرفة ما إذا كانت صيدلية مرفق LTC الخاص بك أو الصيدلية التي تستخدمها جزءًا من شبكتنا. وإن لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](https://www.aetna.com/1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم [711](https://www.aetna.com/711)). إذا كنت تتلقى الرعاية في مرفق رعاية طويلة الأجل (LTC)، فعلينا التأكد من قدرتك على الحصول على مزاياك الواردة بالجزء (D) بشكل روتيني من خلال مجموعة الصيدليات التابعة لمرافقنا المقدمة للرعاية طويلة الأجل (LTC).

إذا كنت مقيمًا في مرفق LTC وتحتاج إلى دواء غير موجود في قائمة الأدوية لدينا أو مقيم بطريقة ما، فانتقل إلى القسم 5 للحصول على معلومات حول الحصول على إمداد مؤقت أو طارئ.

القسم 9.3 إذا كنت في مأوى رعاية المحتضرين المعتمد من Medicare

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

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

القسم 10 برامج تتعلق بإدارة الأدوية وسلامتها

نجري مراجعات لاستخدام الأدوية للمساعدة في التأكد من حصول أعضائنا على رعاية آمنة ومناسبة.

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

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

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

القسم 10.1 برنامج إدارة الأدوية (DMP) لمساعدة الأعضاء في استخدام الأدوية الأفيونية بأمان

لدينا برنامج يساعد في التأكد من أن الأعضاء يستخدمون بأمان المواد الأفيونية الموصوفة، وغيرها من الأدوية التي يساء استخدامها بشكل متكرر. يُعرف هذا البرنامج باسم برنامج إدارة الأدوية (DMP). إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة أطباء أو صيدليات، أو إذا كنت قد تناولت جرعة زائدة من المواد الأفيونية مؤخرًا، فقد نتحدث إلى الأطباء الذين وصفوا لك الأدوية للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. من خلال العمل مع واصل الوصفة الطبية، إذا قررنا استخدام أدوية الأفيونية أو أدويةك من فئة البنزوديازيبينات الغير آمنة، فقد نعمل على تقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا وضعناك في برنامج DMP، فقد تكون القيود هي:

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

إذا خططنا لحد من طريقة حصولك على هذه الأدوية أو المقدار الذي يمكنك الحصول عليه، فسنرسل لك خطابًا مقدمًا. ستخبرك الرسالة ما إذا كنا سنحد من تغطية هذه الأدوية لك، أو إذا كنت سيطلب منك الحصول على الوصفات الطبية لهذه الأدوية فقط من

واصف الوصفة الطبية أو صيدلية معينة. تتاح لديك فرصة إخبارنا بواصفي الوصفات الطبية والصيديات التي تفضل استخدامها وحول أي معلومات أخرى تعتقد أنها مهمة بالنسبة لنا لنعرفها. بعد أن تتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل إليك خطابًا آخر يؤكد القيود. إذا اعتقدت أننا ارتكبنا خطأً أو لا توافق على قرارنا أو على القيد، فلديك أنت أو واصف الأدوية الحق في تقديم التماس. إذا قدمت التماسًا، فسنراجع حالتك ونمنحك قرارًا جديدًا. إذا واصلنا رفض أي جزء من طلبك المتعلق بالقيود التي تنطبق على وصولك إلى الأدوية، فسنرسل حالتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج خطتنا. انظر الفصل 9 للحصول على معلومات حول كيفية مطالبتنا بتقديم التماس.

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

القسم 10.2 برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM) لمساعدة الأعضاء على إدارة الأدوية

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

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

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

إذا كان لدينا برنامج يلائم احتياجاتك، فسنسجلك تلقائيًا في هذا البرنامج وسنرسل لك المعلومات. إذا قررت عدم المشاركة، فأبلغنا وسنقوم بإخراجك. للأسئلة حول هذا البرنامج، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711).

الفصل 6: ما الذي تدفعه مقابل أدوية الجزء D

القسم 1 ما الذي تدفعه مقابل أدوية الجزء D

ونستخدم مصطلح "الدواء" في هذا الفصل لنقصد به أدوية وصفات الجزء (D). ليست كل الأدوية عبارة عن أدوية الجزء (D). يتم استبعاد بعض الأدوية من تغطية الجزء (D) بموجب القانون. بعض الأدوية المستثناة من تغطية الجزء (D) مغطاة بموجب الجزء (A) أو الجزء (B) من Medicare.

لفهم معلومات السداد، يجب عليك معرفة الأدوية المغطاة، وأماكن صرف وصفات أدوية، والقواعد التي تراعيها عندما تحصل على الأدوية المغطاة. الفصل 5 يشرح هذه القواعد. عند استخدام "أداة المزايا في الوقت الفعلي" الخاصة بخططنا للبحث عن تغطية الأدوية AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/formulary. فإن التكلفة التي تراها توضح تقديرًا للتكاليف النثرية التي تتوقع دفعها. ويمكنك أيضًا الحصول على المعلومات المقدمة في "أداة المزايا في الوقت الفعلي" من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف أدويةك؟

نظرًا لكونك مؤهلاً لبرنامج Medicaid، فأنت أيضًا مؤهل للانضمام والحصول على برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare للمساعدة في دفع تكاليف خطة أدويةك الموصوفة. نظرًا لأنك مشارك في برنامج "Extra Help" (المساعدة الإضافية)، فإن بعض المعلومات في دليل التغطية هذا حول تكاليف أدوية وصفات الجزء (D) لا تنطبق عليك. لقد أرسلنا لك نشرة منفصلة، بعنوان ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يتلقون "مساعدة إضافية" (Extra Help) لدفع تكلفة أدوية الوصفات الطبية (والذي يُعرف أيضًا باسم ملحق إعانة ذوي الدخل المنخفض أو ملحق LIS)، والذي سيوضح لك تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الإدراج، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) واطلب الحصول على LIS Rider.

القسم 1.1 أنواع التكاليف الواقعة ضمن الحد الأقصى للمبالغ التي يجب عليك دفعها للأدوية المغطاة

هناك 3 أنواع مختلفة من التكاليف النثرية لأدوية الجزء (D) المغطاة التي قد يطلب منك دفعها:

- **الخصم** هو المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية قبل أن تبدأ خططنا في سداد حصتنا.
- **المشاركة في السداد** هو مبلغ ثابت تسدده في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.
- **"التأمين المشترك"** هي نسبة مئوية من التكلفة الإجمالية التي تسدها في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية.

القسم 1.2 كيف يحسب Medicare التكاليف النثرية

لدى Medicare قواعد تتعلق بما يتم احتسابه وما الذي لا يتم حسابه ضمن التكاليف النثرية. ها هي القواعد التي يجب علينا اتباعها لمتابعة التكاليف النثرية الخاصة بك.

هذه المبالغ مضمنة في تكاليفك النثرية

تتضمن التكاليف النثرية الخاصة بك الدفعات المدرجة أدناه (طالما أنها للأدوية التي تشملها التغطية في الجزء (D) وقد اتبعت قواعد تغطية الأدوية الموضحة في الفصل 5):

- المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية عندما تكون في مراحل سداد تكلفة الأدوية التالية:
 - مرحلة الخصم
 - مرحلة التغطية الأولية
- أي مبالغ قمت بسدادها خلال هذا العام التقويمي كعضو بخطة مختلفة لأدوية الخاصة بـ Medicare قبل انضمامك إلى خططنا.

- أية مدفوعات مقابل أدويتك قام بها أفراد عائلتك أو أصدقائك
- أي مدفوعات يتم سدادها لأدويتك عن طريق المساعدة الإضافية من Medicare والخطط الصحية لأصحاب العمل أو النقابات والخدمات الصحية للهنود وبرامج المساعدة في أدوية الإيدز ومعظم المؤسسات الخيرية.

الانتقال إلى مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة:

عندما تنفق أنت (أو من يدفعون نيابة عنك) إجمالي \$2,100 فيما يخص التكاليف الثرية في العام التقويمي، فستنتقل من مرحلة التغطية المبدئية إلى مرحلة التغطية في حالة الكوارث.

هذه المدفوعات غير مدرجة في التكاليف الثرية الخاصة بك

لا تشمل التكاليف الثرية أيًا من أنواع الدفعات هذه:

- الأدوية التي تشتريها خارج حدود الولايات المتحدة وأراضيها.
- الأدوية غير المغطاة من قبل خطتنا.
- الأدوية التي تحصل عليها في صيدلية من خارج الشبكة لا تفي بمتطلبات خطتنا للتغطية خارج الشبكة.
- الأدوية غير المتعلقة بالجزء (D)، بما في ذلك أدوية الوصفات الطبية الخاضعة للتغطية بموجب الجزء (A) أو الجزء (B) والأدوية الأخرى المستبعدة من تغطية برنامج Medicare.
- المبالغ التي تسدها مقابل أدوية غير مشمولة بشكل طبيعي في خطة أدوية خاصة ببرنامج Medicare.
- المبالغ الخاصة بأدويتك التي تدفعها خطط تأمين معينة وبرامج صحية ذات تمويل حكومي مثل TRICARE وإدارة صحة المحاربين القدامى (VA).
- المبالغ الخاصة بأدويتك التي يدفعها طرف خارجي بالتزام قانوني لسداد تكاليف الوصفة الطبية (على سبيل المثال، تعويضات العاملين).
- المدفوعات التي تتم من قبل الشركات المصنعة للأدوية بموجب برنامج الخصم الخاص بالشركة المصنعة.

تذكير: إذا كانت أي مؤسسة أخرى مثل تلك المدرجة أعلاه تدفع جزءًا من تكاليفك الثرية للأدوية أو جميعها، فأنت مطالب بإخبار خطتنا من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم [711](tel:711)).

تتبع التكاليف الثرية الإجمالية الخاصة بك

- يشتمل شرح المزايا (EOB) للجزء D الذي تحصل عليه على الإجمالي الحالي لتكاليفك الثرية. عندما يصل هذا المبلغ إلى \$2,100، سيخبرك الجزء D من شرح المزايا (EOB) بأنك تركت مرحلة التغطية المبدئية وانتقلت إلى مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة.
- **تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها.** انتقل إلى القسم 3.1 لمعرفة ما يمكنك القيام به للمساعدة في التأكد من أن سجلاتنا لما أنفقته كاملة ومحدثة.

القسم 2 مراحل سداد الأدوية لأعضاء Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

هناك **3 مراحل** لسداد الأدوية من أجل تغطية أدويتك بموجب Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP). يعتمد المبلغ الذي تدفعه لكل وصفة طبية على المرحلة التي تكون فيها عند صرف الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. يتم شرح تفاصيل كل مرحلة في هذا الفصل المراحل هي:

المرحلة 1: مرحلة المبلغ المقتطع السنوي

المرحلة 2: مرحلة التغطية الأولية

المرحلة 3: مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة

القسم 3

يوضح شرح المزايا (EOB) للجزء D مرحلة الدفع التي وصلت إليها

تتابع خطتنا تكاليف الأدوية الموصوفة والمبالغ التي تسدها عندما تحصل على الوصفات الطبية في الصيدلية. وبهذه الطريقة، يمكننا إفادتك بوقت الانتقال من مرحلة سداد خاصة بالأدوية إلى المرحلة التي تليها. نحن نتبع 2 نوعان من التكاليف:

- **التكاليف النثرية:** هذا هو المبلغ الذي دفعته. يتضمن ذلك ما دفعته عند حصولك على دواء مغطى من الجزء د، وأي مدفوعات مقابل أدويةك قام بها أفراد الأسرة أو الأصدقاء، وأي مدفوعات مقابل أدويةك من خلال "المساعدة الإضافية" من برنامج Medicare أو خطط الرعاية الصحية لصاحب العمل أو النقابة، وخدمة الصحة الهندية، وبرامج مساعدة أدوية الإيدز، والجمعيات الخيرية.
- **إجمالي تكاليف الأدوية:** هذا هو مجموع كل المدفوعات التي تم إجراؤها مقابل الأدوية المغطاة بالجزء د. إنه يشمل ما دفعته خطتنا، وما دفعته، وما دفعته البرامج أو المنظمات الأخرى مقابل الأدوية المغطاة في الجزء (D).

إذا قمت بتعبئة وصفة طبية واحدة أو أكثر من خلال خطتنا خلال الشهر السابق، فسنرسل إليك شرح المزايا (EOB) للجزء D. يشمل شرح المزايا (EOB) الجزء (D):

- **معلومات لهذا الشهر.** يقدم هذا التقرير تفاصيل الدفع حول الوصفات الطبية التي قمت بتعبئتها خلال الشهر السابق. كما يوضح إجمالي تكاليف الأدوية، وما تدفعه خطتنا، وما تدفعه أنت والآخرين بالنيابة عنك.
- **إجمالي التكاليف للعام منذ 1 يناير.** كما أنه يوضح إجمالي تكاليف الدواء وإجمالي المدفوعات لأدويةك منذ بداية العام.
- **معلومات عن سعر الدواء.** يعرض هذا السعر الإجمالي للدواء ومعلومات حول التغييرات في السعر من الصرف الأول لكل مطالبة بوصفة طبية بنفس الكمية.
- **الوصفات الطبية البديلة المتاحة منخفضة التكلفة.** ويشمل ذلك معلومات حول أدوية أخرى متوفرة ذات مشاركة تكاليف أقل لكل مطالبة بالوصفة الطبية، إذا انطبق.

القسم 3.1

ساعدنا في الاحتفاظ بأحدث المعلومات عن دفعات أدويةك

لتتبع تكاليف أدويةك والدفعات التي تسدها، نستخدم سجلات نحصل عليها من الصيدليات. فيما يلي الطريقة التي يمكنك مساعدتنا من خلالها للإبقاء على معلوماتك صحيحة ومحدثة:

- **أظهر بطاقة العضوية في كل مرة تصرف فيها الوصفة الطبية.** فهذا يساعد في التأكد من معرفتنا بالوصفات الطبية التي صرفتها وما تدفعه.
- **تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها.** هناك أوقات قد تسدد فيها مقابل التكلفة الكاملة لدواء الوصفة الطبية. في هذه الحالات، لن نحصل تلقائيًا على المعلومات التي نحتاج إليها لمتابعة التكاليف النثرية الخاصة بك. لمساعدتنا في متابعة التكاليف النثرية، أعطنا نسخًا من الإيصالات الخاصة بك. **فيما يلي أمثلة على الحالات التي عليك فيها تزويدنا بنسخ من إيصالات الأدوية:**
 - عندما تشتري دواءً يخضع للتغطية في إحدى صيدليات الشبكة بسعر خاص أو كنت تستخدم بطاقة خصم لا تعتبر جزءًا من مزايا خطتنا.
 - عند دفع مشاركة في السداد للأدوية المقدمة بموجب برنامج مساعدة المرضى التابع لمصنع أدوية.
 - في أي وقت تشتري فيه أدوية مغطاة من صيدليات خارج الشبكة أو تدفع السعر الكامل لدواء مشمول بالتغطية في ظل ظروف خاصة.
 - في حال محاسبتك على أحد الأدوية التي تشملها التغطية، يمكنك أن تطلب من خطتنا سداد حصتنا من التكلفة. للحصول على تعليمات بخصوص كيفية القيام بذلك، انتقل إلى الفصل 7، القسم 2.
- **أرسل لنا معلومات حول المدفوعات التي يسدها الآخرون لك.** يتم احتساب المبالغ التي دفعها أشخاص آخرون محددون ومؤسسات أخرى محددة من إجمالي التكاليف النثرية. على سبيل المثال، يتم حساب الدفعات التي يسدها برنامج المساعدة في أدوية الإيدز والخدمة الصحية للهنود، والجمعيات الخيرية في تكاليفك النثرية. احتفظ بسجل هذه المدفوعات وأرسله إلينا حتى تتمكن من تعقب تكاليفك.

- **تحقق من التقرير الخطي الذي نرسله لك.** عندما تستلم الجزء (D) من شرح المزايا (EOB)، راجعه للتأكد من دقة واكتمال المعلومات الواردة فيه. إذا كنت تعتقد أن شيئاً ما مفقود أو كانت لديك أسئلة، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). يرجى التأكد من احتفاظك بهذه التقارير.

القسم 4 مرحلة الخصم

نظرًا لأن غالبية أعضائنا يحصلون على "Extra Help" (المساعدة الإضافية) بخصوص تكاليف أدوية الوصفات الخاصة بهم، فإن مرحلة الخصم لا تنطبق على معظم الأعضاء. إذا حصلت على مساعدة إضافية، فإن مرحلة الدفع هذه لا تنطبق عليك.

إذا لم تحصل على مساعدة إضافية، فإن مرحلة الخصم هي مرحلة السداد الأولى لتغطية أدويتك. لا ينطبق الخصم على منتجات الأنسولين المغطاة ومعظم لقاحات الجزء D للبالغين، بما في ذلك لقاحات القوباء المنطقية والتيتانوس والسفر. ستدفع خصمًا سنويًا قيمته \$615 على الأدوية من المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5. **يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لأدوية المستوى 3 والمستوى 4 والمستوى 5 حتى تصل إلى المبلغ المقتطع لخطتنا.** بالنسبة لجميع الأدوية الأخرى، لن يتعين عليك دفع أي خصم. عادة ما تكون **التكلفة الكاملة** أقل من السعر الكامل العادي للدواء نظرًا لأن خطتنا تفاوضت على تكاليف أقل لمعظم الأدوية في صيدليات الشبكة. لا يمكن أن تتجاوز التكلفة الكاملة الحد الأقصى للسعر العادل علاوة على رسوم التوزيع للأدوية ذات الأسعار المتفق عليها بموجب برنامج التفاوض على أسعار الأدوية من Medicare.

القسم 5 مرحلة التغطية الأولية

القسم 5.1 مقدار ما تدفعه من تكلفة أي دواء يعتمد على الدواء ومكان تعبئك لوصفتك الطبية

خلال مرحلة التغطية الأولية، تسدد الخطة حصتها من تكلفة الدواء المغطى الخاصة بك، وتسدد حصتك (مبلغ المشاركة في السداد أو التأمين المشترك). تختلف حصتك في مشاركة التكاليف على أساس الأدوية التي تحصل عليها ومكان صرفك لوصفتك الطبية.

تتمتع خطتنا بمستويات 5 لتقاسم التكلفة

يقع كل دواء في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا في إحدى 5 مستويات تقاسم التكلفة. وبشكل عام، كلما زاد مستوى تقاسم التكلفة، زادت تكلفتك مقابل الدواء:

- **المستوى 1: الأدوية الجنيسة المفضلة**
العديد من الأدوية الشائعة بلا اسم تجاري منخفضة التكلفة.
- **المستوى 2: الأدوية الجنيسة**
الأدوية الجنيسة الأعلى تكلفة.
- **المستوى 3: الأدوية ذات الأسماء التجارية**
العديد من الأدوية ذات الأسماء التجارية الشائعة وبعض الأدوية بلا اسم تجاري الأعلى تكلفة.
- **المستوى 4: الأدوية الغير مفضلة**
الأدوية ذات العلامة التجارية والأدوية الجنيسة الأعلى تكلفة التي غالباً ما يتوفر لها بديل أقل تكلفة.
- **المستوى 5: التخصص**
الأدوية الجنيسة والأدوية ذات العلامة التجارية ذو تكلفة عالية التي تلي تعريف Medicare لدواء متخصص.
- **الأنسولين:** بصرف النظر عن المستوى، فإنك لا تدفع أكثر من \$35 إمداد شهري لكل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة.

للعثور على مستوى تقاسم التكلفة الذي يوجد الدواء به، ابحث عنه في قائمة أدوية خطتنا.

اختيارات الصيدلية الخاصة بك

مقدار ما تدفعه مقابل دواء يعتمد على ما إذا كنت تحصل عليه من:

- صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة

الفصل 6. ما الذي تدفعه مقابل أدوية الجزء D

- صيدلية ليست ضمن شبكة خطتنا. نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها في صيدليات من خارج الشبكة في مواقف محدودة فقط. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4 لمعرفة متى سنغطي وصفة طبية يتم صرفها من صيدلية خارج الشبكة.
- خدمة الطلب من الصيدلية عبر البريد الخاصة بخطتنا.

لمزيد من المعلومات حول اختيارات الصيدليات هذه وصرف وصفاتك الطبية، انتقل إلى الفصل 5 ودليل مقدمي الخدمات والصيدليات [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp/find-provider](https://www.aetna.com/better-health/virginia-hmosnp/find-provider) لخطتنا.

القسم 5.2 تكاليفك لإمداد لمدة شهر من دواء مغطى

خلال مرحلة التغطية المبدئية، سوف تكون حصتك من التكاليف الخاصة بدواء مغطى إما مشاركة في السداد أو التأمين المشترك.

يعتمد مقدار المشاركة في السداد أو التأمين المشترك على مستوى مشاركة التكاليف.

في بعض الأحيان تكون تكلفة الدواء أقل من مبلغ المشاركة في السداد. في هذه الحالات، ستسدد السعر الأقل للدواء بدلاً من المشاركة في السداد.

تكاليفك لإمداد لمدة شهر واحد من دواء مغطى بالجزء (D)

المستوى	تقاسم التكلفة القياسي للبيع بالتجزئة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يوم)	مشاركة التكلفة للطبيب عبر البريد (إمداد يصل إلى 30 يوم)	مشاركة تكاليف الرعاية طويلة الأجل (LTC) (إمداد يصل إلى 31 يوم)	تقاسم التكلفة من خارج الشبكة (تقتصر التغطية على مواقف معينة؛ انتقل إلى الفصل 5 للحصول على التفاصيل.) (إمداد يصل إلى 10 يوم)
المستوى 1 من تقاسم التكلفة (الدواء الجنييس المفضل)	\$0	\$0	\$0	\$0
المستوى 2 من تقاسم التكلفة (جنييس)	\$0	\$0	\$0	\$0
المستوى 3 من تقاسم التكلفة (العلامة التجارية المفضلة)	22% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10	22% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10	22% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10	22% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10
	أو بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	أو بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	أو بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	أو بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65

المستوى	تقاسم التكلفة القياسي للبيع بالتجزئة داخل الشبكة (إمداد يصل إلى 30 يوم)	مشاركة التكلفة للطب عبر البريد (إمداد يصل إلى 30 يوم)	مشاركة تكاليف الرعاية طويلة الأجل (LTC) (إمداد يصل إلى 31 يوم)	تقاسم التكلفة من خارج الشبكة (تقتصر التغطية على مواقف معيّنة؛ انتقل إلى الفصل 5 للحصول على التفاصيل.) (إمداد يصل إلى 10 يوم)
المستوى 4 من تقاسم التكلفة (الدواء غير المفضل)	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65
المستوى 5 من تقاسم التكلفة (التخصص)	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجينية أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجينية: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65
الأنسولين	لن تدفع أكثر من \$35 لإمداد لمدة شهر واحد لكل منتج أنسولين مغطى بصرف النظر عن مستوى تقاسم التكلفة، حتى إذا لم تكن قد دفعت المبلغ المقتطع.			

انتقل إلى القسم 7 لمزيد من المعلومات حول تقاسم التكلفة للقاحات الجزء D.

القسم 5.3 إذا وصف طبيبك علاجًا بأقل من إمداد شهر كامل، فإنه لا يلزمك سداد تكلفة إمداد شهر كامل.

عادةً، يغطي المبلغ الذي تدفعه للحصول على أدوية التي تغطي إمداد شهر بالكامل. قد تكون هناك أوقات ترغب فيها أنت أو طبيبك في الحصول على إمداد أقل من شهر من الدواء (على سبيل المثال، عندما تحاول الحصول على دواء لأول مرة). يمكنك أيضًا أن تطلب من طبيبك أن يصف لك، والصيدلي الخاص بك أن يصرف لك أقل من إمدادات شهر كامل، إذا كان هذا سيساعدك في التخطيط بشكل أفضل لتواريخ إعادة صرف.

في حال تلقيك لإمدادا أقل من شهر كامل من أدوية معينة، لن يتعين عليك دفع مقابل إمداد الشهر الكامل.

- إذا كنت مسؤولاً عن تأمين مشترك، فيجب عليك سداد نسبة مئوية من إجمالي تكلفة الأدوية. بما أن التأمين المشترك يقوم على التكلفة الإجمالية للدواء، فإن تكاليفك سوف تكون أقل نظرًا لأن إجمالي تكلفة الدواء سوف تكون أقل.
- إذا كنت مسؤولاً عن المشاركة في السداد للدواء، فتسدد مقابل عدد أيام الدواء التي تتلقاها فقط بدلاً من شهر كامل. نقوم باحتساب المقدار الذي تدفعه كل يوم لدوائك ("سعر تقاسم التكلفة اليومي")، ونضاعفه في عدد أيام الدواء الذي تحصل عليه.

القسم 5.4 تكاليفك لإمداد طويل الأجل (حتى يوم 100 واحد) لدواء مغطى بالجزء (D)

بالنسبة لبعض الأدوية، يمكنك الحصول على إمداد طويل الأجل (يطلق عليه أيضًا "إمداد لفترة مطولة"). يستمر الإمداد طويل الأجل حتى 100 يومًا.

تكاليفك لإمداد طويل الأجل (حتى يوم 100 واحد) لدواء مغطى بالجزء (D)

المستوى	مشاركة التكاليف البيع بالتجزئة القياسي (ضمن الشبكة) (إمداد يصل إلى 100 يوم)	مشاركة التكلفة للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 100 يوم)
المستوى 1 من تقاسم التكلفة (الدواء الجنييس المفضل)	\$0	\$0
المستوى 2 من تقاسم التكلفة (جنييس)	\$0	\$0
المستوى 3 من تقاسم التكلفة (العلامة التجارية المفضلة)	22% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	22% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65
المستوى 4 من تقاسم التكلفة (الدواء غير المفضل)	25% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65	25% أو بالنسبة للأدوية الجنييس أو ذات العلامات التجارية التي تعامل مثل الأدوية الجنييس: \$0 أو \$1.60 أو \$5.10 بالنسبة للأدوية ذات العلامات التجارية: \$0 أو \$4.90 أو \$12.65

المستوى	مشاركة التكاليف البيع بالتجزئة القياسي (ضمن الشبكة) (إمداد يصل إلى 100 يوم)	مشاركة التكلفة للطلب عبر البريد (إمداد يصل إلى 100 يوم)
المستوى 5 من تقاسم التكلفة (التخصص)	الإمداد طويل الأجل غير متاح للأدوية في المستوى 5	
الأنسولين	لن تدفع أكثر من \$70 لإمداد يصل إلى 2 شهرين أو \$105 لإمداد يصل إلى 3 أشهر لكل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة بصرف النظر عن مستوى تقاسم التكلفة، حتى إذا لم تكن قد دفعت المبلغ المقتطع.	

القسم 5.5 تظل في مرحلة التغطية المبدئية حتى يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى \$2,100

تظل في مرحلة التغطية المبدئية حتى يصل إجمالي تكاليفك النثرية إلى \$2,100. ثم انتقل إلى مرحلة التغطية في حالة الكوارث. سيساعدك الجزء (D) من شرح المزايا (EOB) الذي تتلقاه في متابعة ما تنفقه أنت والخطة، وكذلك أي أطراف خارجية، نيابة عنك خلال العام. لن يصل جميع الأعضاء إلى \$2,100 الحد الخاص بالتكاليف النثرية خلال عام. وسوف نبغك في حال بلوغك هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 1.2 لمزيد من المعلومات حول كيفية حساب Medicare لتكاليفك النثرية.

القسم 6 مرحلة التغطية في حالات الكوارث

في مرحلة التغطية الكارثية، ندفع أي شيء مقابل أدوية القسم D الخاضعة للتغطية. تدخل مرحلة التغطية في حالة وقوع كارثة عندما تبلغ تكاليفك النثرية الحد البالغ \$2,100 للعام التقويمي. بمجرد أن تكون في مرحلة التغطية في حالة الكوارث، ستبقى في مرحلة السداد هذه حتى نهاية العام التقويمي.

• خلال مرحلة الدفع هذه، لا تدفع أي شيء مقابل الأدوية المغطاة بالجزء (D).

القسم 7 ما الذي تدفعه مقابل لقاحات الجزء D

رسالة هامة حول ما تدفعه مقابل اللقاحات - تعتبر بعض اللقاحات مزايا طبية وتغطيها الجزء ب. وتعتبر اللقاحات الأخرى أدوية الجزء (D). يمكنك الاطلاع على هذه اللقاحات المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. تغطي خطتنا معظم لقاحات الجزء D للبالغين دون تكلفة عليك، حتى إذا لم تكن قد دفعت المبلغ المقتطع. انتقل إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) للحصول على تفاصيل التغطية وتقاسم التكلفة حول لقاحات معينة.

هناك جزئين 2 في تغطيتنا للقاحات الجزء D:

- الجزء الأول مخصص لتكلفة اللقاح نفسه.
- الجزء الثاني من التغطية مخصص لتكلفة إعطائك جرعة اللقاح. (وهذا ما يُسمى أحياناً "إعطاء" اللقاح).

تعتمد تكاليف لقاح الجزء D على 3 أمور:

1. ما إذا كان اللقاح موصى به للبالغين من قبل منظمة تسمى اللجنة الاستشارية لممارسات التطعيمات (ACIP).
- توصي اللجنة الاستشارية لممارسات اللقاحات بأغلب التطعيمات الخاصة بالجزء (D) للبالغين ولا تكلفك شيئاً.
2. المكان الذي تحصل فيه على اللقاح.
- يمكن صرف اللقاح نفسه عن طريق الصيدلية أو تقديمه من قبل مكتب الطبيب.

3. من يعطيك اللقاح.

• قد يقوم الصيدلي أو مقدم خدمة آخر بإعطاء اللقاح في الصيدلية. أو، قد يقدمها الطبيب في عيادة الطبيب.

يمكن أن يختلف ما تسدده في وقت حصولك على اللقاح الوارد بالجزء (D) بناءً على الظروف و **ومرحلة سداد الأدوية** الخاصة بك.

- عند الحصول على لقاح، تسدد التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمات لتلقيك اللقاح. يمكنك مطالبة خطتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. بالنسبة لمعظم اللقاحات الجزء (D) للبالغين، هذا يعني أنه سيتم تعويضك عن التكلفة الكاملة التي دفعتها.
- في أوقات أخرى، عندما تحصل على لقاح، فإنك تسدد فقط حصتك من التكلفة بموجب مزايا الجزء (D). بالنسبة لمعظم اللقاحات الجزء (D) للبالغين، لن تدفع أي مبلغ مقابلها.

وفيما يلي 3 أمثلة للطرق التي قد تحصل من خلالها على لقاح بموجب الجزء (D).

الحالة 1: تحصل على لقاح الجزء D في صيدلية تابعة للشبكة. (يعتمد هذا الخيار على المكان الذي تعيش به. بعض الولايات لا تسمح للصيدليات بإعطاء لقاحات معينة.)

- بالنسبة لمعظم اللقاحات الجزء (D) للبالغين، لن تدفع أي مبلغ مقابلها.
- بالنسبة للقاحات الجزء (D) الأخرى، ستقوم بسداد الصيدلية مقابل المشاركة في التأمين أو المشاركة في السداد للقاح نفسه الذي يشتمل على تكلفة منحك اللقاح.
- ستدفع خطتنا بقية التكاليف.

الحالة 2: تحصل على لقاح الجزء D في عيادة طبيبك.

- عندما تحصل على اللقاح، قد تسدد مقابل التكلفة الكاملة للقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمات الذي يقدمه لك.
- يمكنك حينها أن تطلب من خطتنا سداد حصتنا من التكلفة من خلال استخدام الإجراءات الموضحة في الفصل 7.
- بالنسبة لمعظم اللقاحات الجزء (D) للبالغين، سيتم تعويضك بالمبلغ الكامل الذي دفعته. بالنسبة للقاحات الجزء (D) الأخرى، سيتم تعويضك بالمبلغ الذي دفعته مخصوماً منه أي تأمين مشترك أو مشاركة في السداد للقاح (بما في ذلك إعطائه)، وأقل من أي فرق بين المبلغ الذي يتقاضاه الطبيب وما ندفعه عادة. (في حال حصولك على المساعدة الإضافية، سنقوم بتعويضك مقابل هذا الفرق.)

الوضع 3: تشتري لقاح الجزء (D) نفسه من الصيدلية داخل الشبكة ثم تصطحبه إلى عيادة الطبيب حيث يعطيك اللقاح.

- بالنسبة لمعظم اللقاحات الجزء D للبالغين، لن تدفع شيئاً مقابل اللقاح نفسه.
- بالنسبة للقاحات الجزء (D) الأخرى، فإنك تدفع للصيدلية التأمين المشترك أو المشاركة في السداد للقاح نفسه.
- عندما يحقنك الطبيب باللقاح، فيجب عليك سداد تكلفة هذه الخدمة بالكامل.
- يمكنك حينها أن تطلب من خطتنا سداد حصتنا من التكلفة من خلال استخدام الإجراءات في الفصل 7.
- بالنسبة لمعظم اللقاحات الجزء (D) للبالغين، سيتم تعويضك بالمبلغ الكامل الذي دفعته. بالنسبة للقاحات الجزء (D) الأخرى، سيتم تعويضك بالمبلغ الذي دفعته مخصوماً منه أي تأمين مشترك للقاح بما في ذلك إعطائه، وأقل من أي فرق بين المبلغ الذي يتقاضاه الطبيب وما ندفعه عادة. (في حال حصولك على المساعدة الإضافية، سنقوم بتعويضك مقابل هذا الفرق.)

الفصل 7: مطالبتنا بسداد حصتنا من فاتورة الأدوية أو الخدمات الطبية المغطاة

القسم 1 المواقف التي يجب أن تطلب منا فيها دفع حصتنا مقابل الأدوية أو الخدمات المغطاة

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

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

قد تحصل أحياناً على فاتورة من مقدم خدمات بالتكلفة الكاملة للرعاية الطبية التي حصلت عليها أو لأكثر من حصتك من تقاسم التكلفة. أولاً حاول حل الفاتورة مع مقدم الخدمات. إذا لم ينفذ ذلك، فأرسل الفاتورة لنا بدلاً من سدادها. سننظر في الفاتورة ونقرر ما إذا كان ينبغي تغطية الخدمات. إذا قررنا تغطية هذه الخدمات، فسنُدفع لمقدم الخدمات مباشرةً. وإذا قررنا عدم السداد، فسنعلم مقدم الخدمات بذلك. لا تسدد أبداً أكثر من مشاركة التكلفة المسموح بها في الخطة. في حال التعاقد مع مقدم الخدمات هذا، لا يزال يحق لك العلاج.

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

1. عندما تلقيت رعاية طبية طارئة أو ضرورة بشكل عاجل من مقدم خدمات ليس ضمن شبكة خطتنا

يمكنك تلقي خدمات الطوارئ أو الخدمات الضرورية العاجلة من أي مقدم خدمات، سواء كان مدرجاً في شبكة مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا أم لا. في هذه الحالات، اطلب من مقدم الخدمة فاتورة خطتنا.

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

2. عندما يرسل إليك مقدم خدمات من داخل شبكتنا فاتورة تعتقد أنك غير ملزم بسدادها

يجب على مقدمي الخدمات بالشبكة دائماً إرسال الفواتير إلى خطتنا مباشرة. لكنهم في بعض الأحيان يرتكبون أخطاء، ويطلبون منك الدفع مقابل خدماتك.

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

3. إذا كنت مسجلاً بأثر رجعي في خطتنا

أحياناً يكون الشخص مضافاً إلى خطتنا بأثر رجعي. (وهذا يعني أن أول يوم للتسجيل قد مضى. قد يكون يوم التسجيل في العام الماضي.)

في حالة تسجيلك في خطتنا بأثر رجعي وقيامك بسداد مقابل أي من الخدمات أو الأدوية المغطاة من مالك الخاص بعد تاريخ التسجيل، يمكنك مطالبتنا بسداد حصتنا من التكاليف لك. تحتاج إلى تقديم الأوراق مثل الإيصالات والفواتير لنا للتعامل مع التعويض.

4. عند استخدام صيدلية من خارج الشبكة لصرف وصفة طبية

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

احتفظ بالإيصال وأرسل إلينا نسخة منه عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. تذكر أننا لا نغطي سوى الصيدليات خارج الشبكة في ظروف محدودة. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.4 لمعرفة المزيد حول هذه الظروف. قد لا نقوم بسداد الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في الصيدلية خارج الشبكة والمبلغ الذي سندفعه في الصيدلية داخل الشبكة.

5. عندما تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بسبب عدم امتلاكك بطاقة عضوية خطتنا معك

إذا لم يكن لديك بطاقة عضوية خطتنا، فيمكنك مطالبة الصيدلية بالاتصال بخطتنا أو البحث عن معلومات التسجيل في الخطة. إذا تعذر على الصيدلية الحصول على معلومات التسجيل التي تحتاجها مباشرة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية بنفسك. احتفظ بالإيصال وأرسل إلينا نسخة منه عند مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. قد لا نقوم بسداد التكلفة الكاملة التي دفعتها إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.

6. عند دفع التكلفة الكاملة للوصفة في مواقف أخرى

قد تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية بسبب عدم تغطية الدواء لبعض الأسباب.

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

عند إرسالك طلب دفع إلينا، سنقوم بمراجعة الطلب واتخاذ قرار بما إذا كان يجب تغطية الخدمة أو الدواء. يسمى ذلك إصدار **قرار تغطية**. إذا قررنا ضرورة تغطيته، فسنعقد بدفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. في حال رفضنا طلبك بالسداد، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. يحتوي الفصل 9 على معلومات حول كيفية تقديم التماس.

القسم 2 كيفية مطالبتنا برد المبلغ لك أو سداد فاتورة تلقيتها

يمكنك أن تطلب منا رد المبلغ لك من خلال الاتصال بنا أو إرسال طلب كتابي إلينا. في حال إرسالك طلب كتابي، أرسل فاتورتك ووثائق أي سداد قمت به. نصحك أيضًا بالاحتفاظ بصورة من فاتورتك وإيصالاتك لتسجيل كل معاملتك. **يتعين عليك تقديم المطالبات الطبية ومطالبات لقاح الجزء B إلينا خلال 12 أشهر من تاريخ حصولك على الخدمة أو البند أو دواء الجزء B. يتعين أن تقدم لنا مطالبات الأدوية الموصوفة بالجزء (د) الخاصة بك في خلال 36 شهرًا من تاريخ تلقيك الخدمة أو البند أو الأدوية المغطاة في الجزء (د).**

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

- لا يتعين عليك استخدام النموذج، ولكنه سيساعدنا في معالجة المعلومات بسرعة أكبر. يتطلب منك النموذج تقديم معلومات مثل: الاسم والعنوان ورقم معرف Aetna واسم المزود ومزود NPI (معرف المزود الوطني) ورقم تعريف دافع الضرائب (TIN) للمزود وعنوان المزود وتاريخ الخدمة ونوع السداد ووصف الخدمة (الخدمات) والرسوم (الرسوم).
- اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711)، واطلب النموذج.

للمطالبات الطبية (بما في ذلك اللقاحات للوقاية من COVID-19 والإنفلونزا والالتهاب الرئوي): أرسل طلب السداد الخاص بك بالبريد مع أي فواتير أو إيصالات سددت إلينا على هذا العنوان:

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

بالنسبة لمطالبات الأدوية الموصوفة طبيًا في الجزء (D) (بما في ذلك اللقاحات للوقاية من الهربس النطاقي أو جدري الماء): أرسل طلب السداد الخاص بك بالبريد مع أي فواتير أو إيصالات سددت إلينا على هذا العنوان:

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

القسم 3 سنقوم بمراجعة طلبك والرد عليك بالموافقة أو بالرفض

عندما نتلقى طلبك بالدفع، فإننا سنعلمك إذا كنا بحاجة إلى أي معلومات إضافية منك. وإلا، فسننظر في طلبك ونتخذ قرارًا بشأن التغطية.

- إذا قررنا أنه تمت تغطية الرعاية الطبية أو الدواء وأنك قد اتبعت جميع القواعد، فسنقوم بسداد حصتنا من تكلفة الخدمة أو الأدوية. إذا قمت بالفعل بالدفع مقابل الخدمة أو الدواء، فسنقوم بإرسال تعويضك إليك عبر البريد بحصتنا من التكلفة. إذا دفعت التكلفة الكاملة للدواء، فقد لا يتم تعويضك عن المبلغ الكامل الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على الدواء من صيدلية خارج الشبكة أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته مقابل الدواء أعلى من السعر المتفاوض عليه). إذا لم تكن قد دفعت مقابل الخدمة أو الدواء حتى الآن، فسنرسل الدفعة بالبريد مباشرة إلى مقدم الخدمات.
- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير خاضعين للتغطية أو أنك لم تتبع جميع القواعد للحصول على أيهما، فلن ندفع حصتنا من التكلفة مقابل ذلك. سوف نرسل إليك خطابًا يوضح أسباب عدم إرسالنا المبلغ وحقوقك لتقديم التماس على هذا القرار.

القسم 3.1 إذا أخبرناك بأننا لن ندفع مقابل الدواء أو الرعاية الطبية كلها أو جزء منها، يمكنك تقديم التماس

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

الفصل 8: حقوقك ومسؤولياتك

يتعين أن نحترم خطتنا حقوقك وصعوباتك الثقافية

القسم 1

القسم 1.1 يتعين علينا تقديم المعلومات بطريقة تناسبك ومتوافقة مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية، أو بطريقة برايل، أو طباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى، وما إلى ذلك).

يجب أن تضمن خطتنا توفير جميع الخدمات، سواء السريرية أو غير السريرية، بطريقة كفؤة ثقافيًا ويمكن الوصول إليها من قبل جميع المسجلين، بما في ذلك أولئك الذين لديهم كفاءة محدودة في اللغة الإنجليزية، أو مهارات قراءة محدودة، أو ضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وإثنية متنوعة. وتتضمن أمثلة الطريقة التي قد تلي بها خطتنا متطلبات إمكانية الوصول هذه، على سبيل المثال لا الحصر، تقديم خدمات المترجمين التحريريين أو خدمات المترجمين الفوريين أو المبرقات الكاتبة أو خدمات الهاتف النصي (الهاتف النصي أو المبرقة الكاتبة).

تتاح بخطتنا خدمات المترجمين الفوريين مجانًا للإجابة على الأسئلة من الأعضاء الذين لا يتحدثون الإنجليزية. يمكننا أيضًا تزويدك بالمواد بلغات أخرى غير الإنجليزية بما في ذلك الإسبانية والفيتنامية والعربية ولغة برايل، أو طباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى دون أي تكلفة إذا كنت بحاجة إليها. مطلوب منا أن نقدم لك معلومات حول مزايا خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بطريقة تناسبك، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم [711](tel:711)).

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

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

إذا كنت تواجهين أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق يمكن الوصول إليه ومناسب لك، أو زيارة أخصائي أمراض النساء أو العثور على أخصائي تابع للشبكة، فاتصلي لتقديم تظلم إلى خدمات الأعضاء (أرقام الهاتف مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند). يمكنك أيضًا تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بـ [1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) أو مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) أو الهاتف النصي [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

Section 1.1 We must provide information in a way that works for you and consistent with your cultural sensitivities (in languages other than English, braille, large print, or other alternate formats, etc.)

Our plan is required to ensure that all services, both clinical and non-clinical, are provided in a culturally competent manner and are accessible to all enrollees, including those with limited English proficiency, limited reading skills, hearing incapacity, or those with diverse cultural and ethnic backgrounds. Examples of how our plan may meet these accessibility requirements include, but aren't limited to, provision of translator services, interpreter services, teletypewriters, or TTY (text telephone or teletypewriter phone) connection.

Our plan has free interpreter services available to answer questions from non-English speaking members. We can also give you materials in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Arabic, and braille, in large print, or other alternate formats at no cost if you need it. We're required to give you information about our plan's benefits in a format that's accessible and appropriate for you. To get information from us in a way that works for you, call Member Services at [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (TTY users call [711](tel:711)).

Our plan is required to give female enrollees the option of direct access to a women's health specialist within the network for women's routine and preventive health care services.

If providers in our plan's network for a specialty aren't available, it's our plan's responsibility to locate specialty providers outside the network who will provide you with the necessary care. In this case, you'll only pay in-network cost sharing. If you find yourself in a situation where there are no specialists in our plan's network that cover a service you need, call our plan for information on where to go to get this service at in-network cost sharing.

If you have any trouble getting information from our plan in a format that's accessible and appropriate for you, seeing a women's health specialist or finding a network specialist, call to file a grievance with Member Services (phone numbers are printed on the back cover of this document). You can also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) or directly with the Office for Civil Rights [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) or TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

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

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

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder las preguntas de los miembros que no hablan inglés. También podemos brindarle información en otros idiomas además de inglés, incluido español y braille, en letra grande u otros formatos alternativos, sin costo alguno si lo necesita. Tenemos la obligación de brindarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted. Para obtener información nuestra de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicios para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)).

Nuestro plan está obligado a brindar a las mujeres inscritas la opción de acceso directo a un especialista en salud de la mujer dentro de la red para servicios de atención médica preventiva y de rutina para las mujeres.

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

Si tiene algún problema para obtener información de nuestro plan en un formato que sea accesible y apropiado para usted, para consultar a un especialista en salud de la mujer o para encontrar un especialista de la red, llame para presentar una queja ante el Servicio para Miembros al [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (los usuarios de TTY deben llamar al [711](tel:711)). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) o, si es usuario de TTY, al [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

مục 1.1 Chúng tôi phải cung cấp thông tin theo cách phù hợp với quý vị và tôn trọng các yếu tố nhạy cảm trong văn hóa của quý vị (ở các ngôn ngữ không phải tiếng Anh, chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác, v.v.)

Chương trình của chúng tôi cần phải đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả lâm sàng và phi lâm sàng, đều được cung cấp theo cách phù hợp với văn hóa và dễ tiếp cận với tất cả người ghi danh, trong đó có cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, bị khiếm thính hoặc những người thuộc các nền văn hóa và sắc tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không giới hạn ở việc cung cấp dịch vụ biên dịch, dịch vụ phiên dịch, máy đánh chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại văn bản hoặc điện thoại đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi miễn phí cung cấp dịch vụ phiên dịch để trả lời câu hỏi của các hội viên không nói tiếng Anh. Ngoài ra, nếu quý vị có nhu cầu, chúng tôi còn có thể miễn phí cung cấp cho quý vị thông tin bằng các ngôn ngữ khác ngoài tiếng Anh, bao gồm tiếng Việt và chữ nổi, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác. Chúng tôi chịu trách nhiệm cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng phù hợp và dễ tiếp cận với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách thuận tiện cho quý vị, hãy gọi đến Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)).

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

Nếu nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa trong mạng lưới của chúng tôi không rành, thì chương trình của chúng tôi sẽ chịu trách nhiệm tìm kiếm các nhà cung cấp dịch vụ chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết cho quý vị. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ thanh toán phần chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị rơi vào tình huống không có chuyên gia nào trong mạng lưới chương trình của chúng tôi có thể cung cấp dịch vụ quý vị cần, hãy gọi đến chương trình của chúng tôi để biết thông tin về nơi quý vị có thể nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp khó khăn khi nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, hãy gặp bác sĩ chuyên khoa sức khỏe phụ nữ hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, gọi để nộp đơn khiếu nại với Dịch vụ Hội viên theo số [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (người dùng TTY gọi [711](tel:711)). Quý vị cũng có thể nộp đơn khiếu nại với Medicare bằng cách gọi tới số 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân quyền theo số [1-800-368-1019](tel:1-800-368-1019) hoặc TTY [1-800-537-7697](tel:1-800-537-7697).

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

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

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

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

القسم 1.3 يجب أن نحمي خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية

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

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

كيف نقوم بحماية خصوصية معلوماتك الصحية؟

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

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

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

لديك الحق في معرفة كيف تمت مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين لأي غرض غير روتيني. لديك الحق بتقديم توصيات بخصوص سياسة حقوق ومسؤوليات أعضاء منظمنا.

إذا كان لديك أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية، فاتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711).

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

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

إذا أردت الحصول على أي من أنواع المعلومات التالية، فاتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711):

- **معلومات حول خطتنا.** وهذا يشمل على سبيل المثال، المعلومات المتعلقة بالحالة المالية لخطتنا.
- **معلومات حول مقدمي الخدمات بالشبكة والصيدليات بالشبكة.** لديك الحق في الحصول على المعلومات حول مؤهلات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا وكيفية السداد لمقدمي الخدمات في شبكتنا.
- **معلومات حول تغطيتك والقواعد التي يتعين عليك اتباعها عند استخدام تغطيتك.** يقدم الفصلان 3 و 4 معلومات تتعلق بالخدمات الطبية. توفر فصول 5 و 6 معلومات حول تغطية أدوية الجزء (D).

- **معلومات حول سبب عدم تغطية شيء ما وما يمكنك القيام به حيال ذلك.** الفصل 9 يوفر الفصل معلومات حول طلب تفسير كتابي عن سبب عدم تغطية خدمة طبية أو دواء في الجزء (D) أو إذا كانت تغطيتك مقيدة. كما يقدم الفصل 9 معلومات حول مطالبتنا بتغيير قرار، وهو ما يسمى أيضًا التماسًا.
- **معلومات من المترجمين الفوريين.** تتوفر خدمات المترجمين الفوريين بخطتنا بجميع اللغات بما في ذلك لغة الإشارة الأمريكية. تتوفر خدمات المترجمين الفوريين من أجل تقديم الترجمة الفورية في الموقع خلال الموعد الطبي. إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فُرجى الاتصال بخدمات الأعضاء قبل موعدك المحدد بأسبوعين على الأقل.

القسم 1.5 لديك الحق في معرفة خيارات العلاج الخاص بك والمشاركة في اتخاذ القرارات بشأن رعايتك

- لديك الحق في الحصول على المعلومات الكاملة من أطباءك وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية. يجب أن يوضح لك مقدمو الخدمات حالتك الطبية وخيارات العلاج الخاصة بك بطريقة يمكنك فهمها.
- يحق لك أيضًا المشاركة بالكامل في القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. للمساعدة في اتخاذ القرارات مع أطباءك بشأن العلاج الأنسب لك، فإن حقوقك تشمل ما يلي:
- **لتتعرف على جميع اختياراتك.** لديك الحق في أن يتم إبلاغك بجميع خيارات العلاج الموصى بها لحالتك بغض النظر عن التكلفة أو ما إذا كانت مغطاة في خطتنا. وهذا يشمل أيضًا إبلاغك بشأن البرامج التي تقدمها خطتنا لمساعدة الأعضاء في إدارة أدويتهم واستخدام الأدوية بأمان.
- **التعرف على المخاطر.** لديك الحق في معرفة أي مخاطر تنطوي عليها رعايتك. يجب إبلاغك مقدّمًا إذا كان أي علاج أو رعاية طبية مقترحة يشكل جزءًا من تجربة بحثية. لديك الخيار دائمًا برفض أي علاجات تجريبية.
- **الحق في "الرفض"** لديك الحق في رفض أي علاج موصى به. وهذا يشمل الحق في مغادرة مستشفى أو غيرها من المرافق الطبية، حتى لو كان الطبيب ينصحك بعدم المغادرة. لديك أيضًا الحق في التوقف عن تناول أدوية. إذا قمت برفض العلاج أو التوقف عن تناول الدواء، فإنك تقبل تحمل المسؤولية الكاملة لما سيحدث لك نتيجة لذلك.

لديك الحق في إعطاء التعليمات حول ما يجب القيام به إذا كنت غير قادر على اتخاذ القرارات الطبية بنفسك

- أحيانًا يصبح الأشخاص غير قادرين على اتخاذ قرارات الرعاية الصحية لأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطيرة. لديك الحق في قول ما تريد أن يحدث في حال كنت في هذا الموقف. هذا يعني أنه، إذا كنت تريد ذلك، فيمكنك:
- ملء نموذج كتابي لإعطاء شخص ما السلطة القانونية لاتخاذ قرارات طبية لك إذا أصبحت يوما غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- إعطاء الأطباء تعليمات كتابية فيما يتعلق بالطريقة التي تريد من خلالها التعامل مع رعايتك الطبية إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.

يطلق على المستندات القانونية التي يمكنك استخدامها لتقديم التوجيهات مقدما في هذه الحالات **التوجيهات المسبقة**. المستندات التي يطلق عليها **وثيقة حق الحياة و توكيل الرعاية الصحية** عبارة عن أمثلة للتوجيهات المسبقة. كيفية إعداد توجيهات مسبقة لإعطاء التعليمات:

- **احصل على نموذج.** يمكنك الحصول على نموذج التوجيه المسبق من محاميك أو من الأخصائي الاجتماعي أو من بعض متاجر مستلزمات العيادات. يمكنك أحيانًا الحصول على نماذج للتوجيهات المسبقة من المؤسسات التي تقدم للأشخاص معلومات عن Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) لطلب النماذج.
- **املاً النموذج ووقع عليه.** بصرف النظر عن المكان الذي تحصل فيه على هذا النموذج، فهو مستند قانوني. يجب أن تضع في اعتبارك الحصول على مساعدة محام لإعداده.
- **امنح نسخًا من النموذج إلى الأشخاص المناسبين.** تقديم نسخة من النموذج إلى طبيبك وإلى الشخص الذي حددته في النموذج والذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابة عنك في حالة عدم قدرتك. يمكن أن تقدم نسخًا للأصدقاء المقربين أو أفراد الأسرة. احتفظ بنسخة في المنزل.

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

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

ملء التوجيهات المسبقة هو اختياريك (بما في ذلك ما إذا كنت تريد التوقيع على واحدة إذا كنت في المستشفى). وفقاً للقانون، لا يمكن لأحد أن يرفض تقديم الرعاية لك أو يقوم بالتمييز ضدك اعتماداً على ما إذا كنت قد وقعت على توجيه مسبق أم لا.

إذا لم يتم اتباع التعليمات الخاصة بك؟

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

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

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

القسم 1.7 إذا كنت تعتقد أنه تمت معاملتك بشكل غير عادل أو لم يتم احترام حقوقك

إذا اعتقدت بأنه قد تمت معاملتك بشكل غير عادل أو لم يتم احترام حقوقك بسبب عرقك أو إعاقتك أو دينك أو جنسك أو صحتك أو إنتمائك الإثني أو عقيدتك (معتقداتك) أو عمرك أو أصلك القومي، فاتصل بـ **مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على 1-800-368-1019** (لمستخدمي الهاتف النصي يرجى الاتصال برقم **1-800-537-7697**) أو اتصل بالمكتب المحلي للحقوق المدنية.

إذا كنت تعتقد أنه قد تمت معاملتك بشكل غير عادل أو لم يتم احترام حقوقك، ولا يتعلق الأمر بالتمييز، فيمكنك الحصول على مساعدة في التعامل مع المشكلة التي تواجهها من هذه الأماكن:

- اتصل بخدمات الأعضاء في خطتنا على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).
- اتصل بـ **SHIP المحلي الخاص بك**. أرقام الهواتف مدرجة في **الملحق أ** في ظهر هذا المستند.
- اتصل ببرنامج **Medicare** على **1-800-633-4227** (1-800-MEDICARE)، (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**)
- يمكنك **الاتصال ببرنامج Medicaid**. يمكنك الرجوع إلى **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على اسم برامج Medicaid في ولايتك ومعلومات الاتصال الخاصة بها.
- يمكنك **الاتصال بأمين المظالم الخاص بك**. يمكنك الرجوع إلى **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على اسم برامج أمين المظالم في ولايتك ومعلومات الاتصال الخاصة بها.

القسم 1.8 كيفية الحصول على مزيد من المعلومات بشأن حقوقك

الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك من هذه الأماكن:

- اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).
- اتصل ببرنامج التأمين الصحي المحلي التابع للولاية (**SHIP**) لديك. أرقام الهواتف مدرجة في **الملحق أ** في ظهر هذا المستند.
- التواصل مع **Medicare**.

- تفضل بزيارة www.Medicare.gov لقراءة المنشور *Medicare Rights and Protections*. (متوفر على: www.medicare.gov/publications/11534-medicare-rights-and-protections.pdf).
- اتصل برقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم (1-877-486-2048)

القسم 2 مسؤولياتك كعضو في خطتنا

- الأشياء التي تحتاج إلى القيام بها كعضو بخطتنا مدرجة أدناه. إذا لديك أسئلة، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711).
- تعرف على الخدمات والقواعد الخاضعة للتغطية التي يجب اتباعها للحصول على هذه الخدمات الخاضعة للتغطية. استخدم دليل التغطية هذا لمعرفة ما يتم تغطيته والقواعد التي تحتاج إلى اتباعها للحصول على الخدمات المغطاة.
 - توفر فصول 3 و 4 تفاصيل حول الخدمات الطبية.
 - توفر فصول 5 و 6 تفاصيل حول تغطية أدوية الجزء (D).
- إذا كانت لديك أي تغطية صحية أو تغطية أدوية أخرى بالإضافة إلى خطتنا، فأنت مطالب بإخبارنا. يتناول الفصل 1 عن تنسيق هذه المزايًا.
- أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة عضوية خطتنا عندما تحصل على رعاية طبية أو أدوية الجزء (D).
- ساعد أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين الذين يساعدونك من خلال تقديم معلوماتك لهم، وطرح الأسئلة والمتابعة خلال رعايتك.
 - للمساعدة في الحصول على أفضل رعاية، أخبر أطباءك ومقدمي خدمات الرعاية الصحية الآخرين بمشاكلك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي توافق عليها أنت وأطباءك.
 - تأكد أن أطباءك على علم بكافة الأدوية التي تتناولها، بما في ذلك الأدوية غير الموصوفة والفيتامينات والمكملات الغذائية.
 - إذا كانت لديك أسئلة، فلا تردد في طرحها والحصول على إجابة يمكنك فهمها.
- كن متروياً. نتوقع من الأعضاء الخاصين بنا احترام حقوق المرضى الآخرين. ونتوقع منك أيضاً التصرف بطريقة تساعد على حسن سير العمل في عيادة الطبيب والمستشفيات والمكاتب الأخرى.
- ادفع ما عليك. بصفتك عضواً في الخطة، فأنت مسؤول عن هذه المدفوعات:
 - إذا لم تسدد Medicaid أقساط Medicare الخاصة بك، فيتعين عليك الاستمرار في سداد أقساط Medicare للحفاظ على عضوية خطتنا.
 - بالنسبة لمعظم الأدوية الخاصة بك المغطاة في خطتنا، يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عند حصولك على الدواء.
- في حالة الانتقال ضمن منطقة خدمتنا، فإننا بحاجة إلى معرفة ذلك من أجل الاحتفاظ بسجل عضويتك محدثاً ومعرفة كيفية الاتصال بك.
- في حال انتقالك خارج منطقة خدمات خطتنا، لا يمكنك أن تظل عضواً في خطتنا.
- إذا انتقلت، فأخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

الفصل 9: إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى)

القسم 1 ماذا تفعل إذا كانت لديك مشكلة أو مخاوف

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

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

كل من هذه التدابير يشمل مجموعة من القواعد والإجراءات والمواعيد النهائية التي يجب اتباعها من جانبنا ومن جانبكم. سوف يساعدك **القسم 3** على تحديد العملية المناسبة لاستخدامها وما يجب عليك القيام به.

القسم 1.1 المصطلحات القانونية

ستجد في هذا الفصل بعض المصطلحات القانونية للقواعد والإجراءات وأنواع المواعيد النهائية. العديد من هذه المصطلحات غير مألوقة لمعظم الناس. لتسهيل الأمور، يستخدم هذا الفصل كلمات مألوقة أكثر بدلا من بعض المصطلحات القانونية.

ومع ذلك، من المهم أحياناً معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة. لمساعدتك في معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها للحصول على المساعدة أو المعلومات المناسبة، نقوم بتضمين هذه المصطلحات القانونية عندما نقدم تفاصيل للتعامل مع مواقف معينة.

القسم 2 أين تحصل على مزيد من المعلومات والمساعدة الشخصية

نحن جاهزون دائماً لمساعدتك. حتى إذا كانت لديك شكوى بشأن معاملتنا لك، فإننا ملزمون باحترام حقك في تقديم شكوى. يجب عليك دائماً الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). وفي بعض المواقف قد تكون بحاجة إلى طلب المساعدة أو الإرشاد من جهة غير متصلة بنا. منظمتان يمكنهما المساعدة هما:

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

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

وتتوفر خدمات المستشارين في برنامج مساعدة التأمين الصحي بالولاية (SHIP) مجاناً. يمكنك الاطلاع على أرقام الهواتف لموقع الويب في **الملحق أ** في نهاية هذه الوثيقة.

Medicare

يمكنك أيضاً الاتصال بـ Medicare للحصول على المساعدة:

- اتصل على الرقم **1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**، على مدار 24 ساعة في اليوم، طوال 7 أيام في الأسبوع. يجب على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على **1-877-486-2048**.
- قم بزيارة **Medicare.gov**

يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات من Medicaid يمكن العثور على معلومات الاتصال الخاصة بوكالة Medicaid في ولايتك في الملحق أ في الجزء الخلفي من هذا المستند.

القسم 3 فهم الشكاوى والالتزامات الخاصة بـ Medicaid و Medicare

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

أحياناً لا يتم الجمع بين عمليتي Medicare و Medicaid. في هذه الحالات، يمكنك استخدام عملية Medicare للحصول على ميزة يغطيها برنامج Medicare وعملية Medicaid للحصول على ميزة يغطيها برنامج Medicaid. يتم شرح هذه الحالات في **القسم 6.4**.

القسم 4 العملية التي يجب استخدامها لمشكلتك

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

هل تتعلق مشكلتك أو مخاوفك بالمزايا أو التغطية؟

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

نعم.

انتقل إلى **القسم 5 دليل قرارات والتزامات التغطية**

لا.

انتقل إلى **القسم 11 كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو المخاوف الأخرى**.

قرارات والتزامات التغطية

القسم 5 دليل قرارات والتزامات التغطية

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

طلب اتخاذ قرارات بشأن التغطية قبل الحصول على الخدمات

إذا أردت معرفة ما إذا كنا سنقوم بتغطية رعاية طبية ما قبل أن تتلقاها، فيمكنك مطالبتنا بإصدار قرار تغطية خاص بك. قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن مزاياك وتغطيتك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل الرعاية الطبية التي نوفرها لك. على سبيل المثال، إذا أحالك طبيب من شبكة خطتنا إلى أخصائي طبي غير موجود داخل الشبكة، فإن هذه الإحالة تعتبر قرار تغطية مواتٍ ما لم يتمكن أنت أو طبيب الشبكة الخاص بك من إثبات أنك تلقيت إخطار رفض قياسي لهذا الأخصائي الطبي، أو يوضح دليل التغطية أن الخدمة المحالة لا يتم تغطيتها أبداً تحت أي ظرف من الظروف. يمكنك أنت أو طبيبك الاتصال بنا لطلب إصدار قرار تغطية إذا كان طبيبك غير واثق من إمكانية تغطيتنا لخدمة طبية معينة أو رفضنا لتقديم رعاية طبية تعتقد أنك بحاجة إليها.

في ظروف محدودة، سيتم رفض طلب الحصول على قرار تغطية، مما يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة عندما يتم رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص ما الطلب نيابة عنك ولكن ليس مخولاً قانوناً للقيام بذلك أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلباً للحصول على قرار تغطية، فسنرسل إخطاراً يشرح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

ونصدر قرار التغطية عندما نحدد المزايا المشمولة في التغطية بالنسبة لك والمبلغ الذي سندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن الرعاية الطبية غير مغطاة أو لم تعد مغطاة لك. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، يمكنك تقديم التماس.

تقديم التماس

إذا اتخذنا قرار تغطية، سواء قبل أو بعد حصولك على ميزة، ولم تكن راضياً، فيمكنك تقديم التماس بخصوص القرار. الالتماس هو وسيلة رسمية لطلب مراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. ضمن ظروف معينة، يمكنك طلب التماس سريع لقرار التغطية. سيراجع التماسك مراجعون آخرون غير من قاموا باتخاذ القرار الأصلي.

عند تقدم التماساً على القرار لأول مرة، يسمى هذا بالتماس من المستوى 1. في هذا الالتماس، سنراجع قرار التغطية الذي اتخذناه للتأكد من أننا اتبعنا القواعد بشكل سليم. عندما ننهي المراجعة، فإننا نمحك قرارنا.

في ظروف محدودة، سيتم رفض طلب تقديم التماس من المستوى 1، وهذا يعني أننا لن نراجع الطلب. تتضمن الأمثلة عندما يتم رفض الطلب ما إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قدم شخص ما الطلب نيابة عنك ولكن ليس مخولاً قانوناً للقيام بذلك أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلباً لالتماس المستوى 1، فسنرسل إخطاراً يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة الرفض.

إذا رفضنا كل أو جزء من التماسك للحصول على الرعاية الطبية من المستوى 1، فسينتقل التماسك تلقائياً إلى التماس من المستوى 2 تجريره منظمة مراجعة مستقلة غير مرتبطة بنا.

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

إذا كنت غير راضٍ عن القرار الصادر عن الالتماس في المستوى 2، فيمكنك الاستمرار في تقديم مستويات مختلفة من الالتماسات. (يوضح هذا الفصل عمليات الالتماس في المستوى 3 و 4 و 5)

القسم 5.1 الحصول على مساعدة في طلب قرار تغطية أو تقديم التماس

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

- اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).
- يمكنك الحصول على مساعدة مجانية من برنامج المساعدة للتأمين الصحي بالولاية.
- يمكن لطبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر تقديم طلب نيابة عنك. إذا كان طبيبك يساعدك في تقديم التماس بعد المستوى 2، فسيلزم تعيينه كممثل لك. اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) واطلب نموذج تعيين الممثل. يتوفر النموذج أيضاً على www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf.
- بشأن الرعاية الطبية، يمكن لطبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية أن يطلب إصدار قرار التغطية، أو التماساً من المستوى 1 نيابة عنك. في حالة رفض التماس من المستوى 1، سيتم تصعيده تلقائياً إلى المستوى 2.
- إذا طلب طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية استمرار الخدمة أو العنصر الذي تحصل عليه بالفعل أثناء عملية الالتماس، فقد تكون بحاجة إلى تسمية طبيبك أو أي واصل آخر كممثل لك للتصرف نيابة عنك.

الفصل 9. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتزامات والشكاوى)

- للأدوية الخاصة بالجزء (D)، على طبيبك أو أي طبيب آخر قام بكتابة الوصفة الطبية طلب قرار بالتغطية أو تقديم التماس من المستوى 1 نيابة عنك. في حال رفض التماسك من المستوى 1، يمكن لطبيبك أو الواصف طلب التماس من المستوى 2.
- **يمكنك مطالبة شخص بالتصرف نيابة عنك.** يمكنك أن تسمي أي شخص آخر للتصرف نيابة عنك كممثل لك لطلب قرار التغطية أو لتقديم التماس.
 - إذا كنت ترغب في أن يكون صديق أو قريب أو شخص آخر ممثلاً عنك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) واطلب نموذج تعيين الممثل. (يتوفر النموذج أيضاً على www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf). ويعطي هذا النموذج لهذا الشخص إذناً للتصرف نيابة عنك. ويتعين توقيعه من جانبك أنت والشخص الذي تريد أن يتصرف نيابة عنك. ويجب أن ترسل إلينا نسخة موقعة من النموذج.
 - يمكننا قبول طلب الالتزام من ممثل بدون النموذج، ولكن لا يمكننا بدء المراجعة أو إكمالها حتى نحصل عليه. إذا لم نتلق النموذج قبل الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن استئنافك، فسيتم رفض طلب الالتزام الخاص بك. وإذا حدث هذا، فسندرس لك إخطاراً كتابياً يوضح حقك في طلب مراجعة منظمة المراجعة المستقلة لقرارنا بتجاهل التماسك.
- **ولديك أيضاً الحق في تعيين محام.** يمكنك الاتصال بالمحامي الخاص بك أو الحصول على اسم محامٍ من نقابة المحامين المحلية أو خدمة الإحالة الأخرى. هناك أيضاً مجموعات تقدّم لك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً. ومع ذلك، **لست بحاجة إلى تعيين محامٍ** لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو لتقديم التماس.

القسم 5.2 القواعد والمواعيد النهائية للحالات المختلفة

هناك 4 حالات مختلفة تتضمن قرارات التغطية والالتزامات. كل موقف له قواعد ومواعيد نهائية مختلفة، نقدم التفاصيل لكل من هذه الحالات:

- **القسم 6:** "الرعاية الطبية: كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس"
- **القسم 7:** الأدوية المغطاة في الجزء (D): كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس"
- **القسم 8:** "كيفية طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى إن كنت تظن أنه يتم إخراجك من المستشفى مبكراً جداً"
- **القسم 9:** "كيفية مطالبتنا بمواصلة تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد بأن تغطيتك ستنتهي مبكراً جداً" (ينطبق ذلك فقط على هذه الخدمات: خدمات الرعاية الصحية المنزلية، ورعاية مرافق الرعاية التمريضية الماهرة، وخدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF))

إذا لم تكن متأكدًا من المعلومات التي تنطبق عليك، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة أو معلومات من SHIP الخاص بك.

القسم 6 الرعاية الطبية: كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس**القسم 6.1 ما يجب فعله في حال كانت لديك مشكلات تتعلق بالحصول على التغطية للرعاية الطبية أو إذا كنت تريد منا رد المبلغ لك مقابل رعايتك.**

مزايا الرعاية الطبية الخاصة بك موضحة في الفصل 4 الموجود في مخطط المزايا الطبية. في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب للحصول على الأدوية للجزء (B). في هذه الحالات، سنشرح كيف تختلف قواعد الأدوية للجزء (B) عن قواعد المواد والخدمات الطبية.

يوضح هذا القسم ما يمكنك فعله إذا كنت في أي من المواقف 5 التالية:

1. لا تحصل على رعاية طبية معينة تريدها، وتعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **اطلب إصدار قرار التغطية. القسم 6.2.**
2. لن توافق خطتنا على الرعاية الطبية التي يريد طبيبك أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية تقديمها لك، وتعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **اطلب إصدار قرار التغطية. القسم 6.2.**

3. حصلت على رعاية طبية تعتقد أن خطتنا يجب أن تغطيها، ولكننا قلنا إننا لن ندفع مقابل هذه الرعاية. **تقديم التماس. القسم 6.3.**
4. لقد تلقيت ودفعت مقابل الرعاية الطبية التي تعتقد أن خطتنا يجب أن تغطيها، وتريد أن تطلب من خطتنا السداد لك عن هذه الرعاية. **يمكنك إرسال الفاتورة إلينا. القسم 6.5.**
5. تم إخبارك أن تغطية نوع معين من الرعاية الطبية التي كنت تحصل عليها (والتي وافقنا عليها مسبقاً) سيتم تقليلها أو إيقافها، وأنت تعتقد أن ذلك قد يضر بصحتك. **تقديم التماس. القسم 6.3.**

ملاحظه: في حالة كانت التغطية التي سوف تُوقف خاصة بالرعاية في المستشفى أو خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF)، انتقل إلى الأقسام 8 و 9. تنطبق قواعد خاصة على هذه الأنواع من الرعاية.

القسم 6.2 كيفية طلب قرار بشأن التغطية

المصطلحات القانونية:

يطلق على قرار التغطية الذي يتضمن رعايتك الطبية قرار المنظمة.

ويطلق على قرار التغطية السريع القرار العاجل.

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

عادة ما يتم اتخاذ قرار التغطية القياسي خلال 7 أيام تقويمية عندما يكون البند الطبي أو الخدمة الطبية خاضعة لقواعد التصريح المسبق لدينا، 14 يوم تقويمي لجميع البنود والخدمات الطبية الأخرى أو 72 ساعة عمل لأدوية الجزء B. يتم إصدار قرار التغطية السريع بشكل عام في غضون 72 ساعة للخدمات الطبية أو 24 ساعة لأدوية الجزء (B).

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

الخطوة 2: اطلب من خطتنا اتخاذ قرار بشأن التغطية أو قرار التغطية السريعة.

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

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

بالنسبة لقرارات التغطية القياسية، فإننا نستخدم المواعيد النهائية القياسية.

ويعني هذا أننا سنمنحك إجابة في غضون 7 أيام تقويمية بعد حصولنا على طلبك بخصوص خدمة أو بند طبي تخضع لقواعد التصريح المسبق لدينا. إذا كانت الخدمة أو البند الطبي الذي طلبته لا تخضع لقواعد التصريح المسبق لدينا، فسنقدم لك الرد خلال 14 أيام تقويمية بعد حصولنا على طلبك. إذا كان طلبك يتعلق بدواء الجزء (B)، سوف نعطيك ردًا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لبيان طبيبك.

الفصل 9. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى)

- **ومع ذلك،** إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. وإذا استغرقنا أحيانًا إضافية، فسنخبرك بذلك خطيًا. لا يمكننا قضاء وقت إضافي لاتخاذ قرار، إذا كان طلبك يتعلق بدواء من Medicare الجزء (B).
- إذا رأيت أننا يجب ألا نأخذ أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم "شكوى سريعة". سوف نوافقك بالرد على شكواك بمجرد اتخاذ القرار. (عملية تقديم الشكوى مختلفة عن عملية قرارات والتماسات التغطية. انتقل إلى القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى.)

بالنسبة لقرارات التغطية السريعة، فإننا نستخدم إطارًا زمنيًا عاجلاً

يعني قرار التغطية السريعة أننا سوف نعطيك القرار في غضون 72 ساعة، إذا كان طلبك يتعلق بمواد أو خدمة طبية. إذا كان طلبك بخصوص دواء الجزء B، فسنرد خلال 24 ساعات.

- **ومع ذلك،** إذا طلبت مزيدًا من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا.** وإذا استغرقنا أحيانًا إضافية، فسنخبرك بذلك خطيًا. لا يمكننا قضاء وقت إضافي لاتخاذ قرار، إذا كان طلبك يتعلق بدواء الجزء (B).
- إذا رأيت أننا يجب ألا نأخذ أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. (انتقل إلى القسم 11 للحصول على معلومات حول الشكاوى.) سنتصل بك بمجرد اتخاذنا للقرار.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلبك بالحصول على تغطية للرعاية الطبية، فيمكنك الالتماس.

- وفي حالة الرفض من جانبنا، يحق لك طلب إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم التماس. ويعني هذا المطالبة مرة أخرى بالحصول على تغطية الرعاية الطبية التي تحتاجها. إذا تقدمت بطعن، فهذا يعني إمكانية ذهابك إلى تدابير الالتماس من المستوى 1.

القسم 6.3 كيفية تقديم التماس من المستوى 1**المصطلحات القانونية:**

يطلق على تقديم الالتماس للخطتنا بشأن تغطية الرعاية الطبية إعادة النظر في الخطة.

يطلق على مصطلح الالتماس السريع أيضًا إعادة النظر العاجلة.

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

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

- إذا كنت تقدم التماسًا بخصوص قرار اتخذناه بشأن تغطية الرعاية، فيجب عليك أنت و/أو طبيبك تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى التماس سريع أم لا. إذا أخبرنا طبيبك بأن حالتك الصحية تتطلب تقديم التماس سريع، فإننا سنقدم لك التماسًا سريعًا.
- متطلبات الحصول على "التماس سريع" مماثلة لمتطلبات الحصول على "قرار تغطية سريع" في القسم 6.2.

الخطوة 2: مطالبة خطتنا بإجراء التماس أو التماس سريع

- إذا كنت تطلب "التماسًا قياسيًا"، فيمكنك تقديم التماسك القياسي كتابيًا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- إذا كنت تطلب التماسًا سريعًا، فقدم التماسك كتابيًا أو اتصل بنا. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- يجب عليك تقديم طلب الالتماس في خلال 65 يومًا تقويميًا من التاريخ في الإخطار الكتابي الذي أرسلناه إليك لإخبارك بردنا على قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي ولديك سبب وجيه لفقدته، فاشرح سبب تأخر الالتماس عند تقديم الالتماس. قد

نمنحك مزيدًا من الوقت لتقديم التماسك. قد تشمل أمثلة الأسباب الجيدة على مرض خطير منعك من التواصل معنا أو إذا قدمنا لك معلومات غير كاملة أو غير صحيحة فيما يتعلق بالموعد النهائي لطلب الالتماس.

- يمكنك طلب نسخة مجانية من المعلومات المتعلقة بقرارك الطبي. يمكنك أنت وطبيبك إضافة مزيد من المعلومات لدعم طلب التماسك.

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

- إذا قررنا تغيير أو إيقاف التغطية لخدمة أو عنصر تحصل عليه حاليًا، فسنرسل إليك إخطارًا قبل اتخاذ الإجراء المقترح.
- إذا كنت لا توافق على الإجراء، يمكنك تقديم التماس من المستوى 1. نواصل تغطية الخدمة أو العنصر إذا طلبت التماسًا من المستوى 1 في غضون 10 أيام تقويمية من تاريخ الخطاب أو بحلول تاريخ السريان المخصص للإجراء، أيهما أبعد.
- إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، فيمكنك الحصول على الخدمة أو البند دون إجراء أي تغييرات أثناء انتظار الالتماس من المستوى 1. ستستمر أيضًا في الحصول على جميع الخدمات أو البنود الأخرى (التي ليست موضوع الالتماس الخاص بك) دون إجراء أي تغييرات.

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

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

المواعيد النهائية للالتماس السريع

- بالنسبة للالتماسات السريعة، يجب أن نرد عليك في غضون 72 ساعة بعد استلامنا التماسك. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
- إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق فترة زمنية **قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. وإذا استغرقنا أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك خطيًا. لا يمكننا أخذ وقت إضافي إذا كان طلبك بخصوص دواء الجزء B.
- إن لم نقدم ردًا في غضون 72 ساعة (أو في نهاية الفترة الممتدة إذا طلبنا أيامًا إضافية)، فإنه يتعين علينا تلقائيًا إرسال طلبك للمستوى 2 من الالتماسات، حيث تتم مراجعته من جانب منظمة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 6.4 عملية الالتماس من المستوى 2.
- **في حال كانت إجابتنا بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته، يتعين علينا التصريح بالتغطية أو تقديمها في غضون 72 ساعة بعد استلامنا الالتماس الخاص بك.**
- **إذا كان ردنا برفض جزء مما طلبته أو كله،** فسوف نرسل إليك قرارنا كتابيًا ونرسل التماسك إلى منظمة المراجعة المستقلة لنقل الالتماس إلى المستوى 2. ستخبرك منظمة المراجعة المستقلة كتابة عندما تتلقى التماسك.

المواعيد النهائية للالتماس القياسي

- بالنسبة للالتماسات القياسية، يجب أن نرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد تلقينا التماسك. إذا كان طلبك بخصوص دواء الجزء B لم تحصل عليه حتى الآن، فسنقدم لك إجابتنا خلال 7 أيام تقويمية بعد حصولنا على التماسك. وسوف نعطيك القرار أسرع إذا تطلبت حالتك الصحية ذلك.
- ومع ذلك، إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق فترة زمنية **قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا** إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية. وإذا استغرقنا أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك خطيًا. لا يمكننا قضاء وقت إضافي لاتخاذ قرار، إذا كان طلبك يتعلق بدواء الجزء (B).
- إذا رأيت أننا يجب ألا نأخذ أيامًا إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. عند تقديمك لشكوى سريعة، فسوف نعطيك ردًا على الشكوى في غضون 24 ساعة. (لمزيد من المعلومات عن تدابير تقديم شكوى، بما فيها الشكاوى السريعة، راجع القسم 11.)

الفصل 9. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتزامات والشكاوى)

- إن لم نقدم ردًا بحلول الموعد النهائي (أو في نهاية الفترة الزمنية الممتدة)، فسنحيل طلبك إلى المستوى 2 من الالتزامات، حيث تتم مراجعته من جانب منظمة خارجية مستقلة. يشرح القسم 6.4 عملية الالتماس من المستوى 2.
- إذا كانت إجابتنا بالموافقة على جزء مما طلبت أو كل ما طلبت، فإنه يجب علينا السماح أو تقديم التغطية في غضون 30 يومًا تقويميًا أو خلال 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك يتعلق بالأدوية الموصوفة في الجزء (B) من Medicare بعد تلقينا للالتماس.
- إذا كانت خطتنا تنص على رفض جزء من طلب الالتماس أو كله، فلديك حقوق التماس إضافية.
- في حال كان ردنا بالرفض على جزء مما طلبته أو كل ما طلبته، فإننا نرسل لك خطابًا.
- إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود Medicare، فإن الخطاب يخبرك أننا أرسلنا حالتك إلى مؤسسة المراجعة المستقلة لإجراء التماس من المستوى 2.
- إذا كانت مشكلتك بشأن تغطية إحدى خدمات أو بنود، فسوف تحتاج لتقديم التماس من المستوى 2 بنفسك.

عملية التماسات من المستوى 2

القسم 6.4

مصطلح قانوني:

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل**. ويسمى ذلك أحيانًا كيان المراجعة المستقلة (**IRE**).

منظمة المراجعة المستقلة عبارة عن منظمة مستقلة تابعة لـ Medicare. إنها غير مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أو يجب تغييره. Medicare يشرف على أعماله.

- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادة ما يكون **مشمولاً ببرنامج Medicare**، فسنرسل قضيتك تلقائيًا إلى المستوى 2 من عملية الالتماس بمجرد اكتمال الالتماس من المستوى 1.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو عنصر عادة ما يكون **مشمولاً بـ Medicaid**، فيمكنك تقديم التماس من المستوى 2 بنفسك. ويكون في الخطاب المعلومات اللازمة عما يجب عليك فعله. وهي متوفرة أيضًا أدناه.
- إذا كانت مشكلتك تتعلق بخدمة أو بند يمكن تغطيته بصورة أساسية من **قبل Medicare و Medicaid**، فإنك ستلقى تلقائيًا التماسًا من المستوى 2 لدى كيان المراجعة المستقل. يمكنك أيضًا طلب جلسة استماع عادلة مع الولاية.

إذا كنت مؤهلًا لاستمرار المزايا عند تقديم الالتماس من المستوى 1 فقد تستمر مزاياك المتعلقة بالخدمة أو البند أو الدواء الخاضع للالتماس أيضًا خلال المستوى 2. انتقل إلى الصفحة **145** للحصول على معلومات حول استمرار المزايا الخاصة بك أثناء الالتماسات من المستوى 1.

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

إذا كانت مشكلتك بشأن خدمة أو بند يغطيه Medicare عادة:

الخطوة 1: تراجع منظمة المراجعة المستقلة التماسك.

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

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

- بالنسبة إلى "الالتماس السريع"، يجب أن تقدم لك منظمة المراجعة المستقلة ردًا على التماس من المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تاريخ حصولها على الالتماس الخاص بك.

- إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية.** لا يمكن لمنظمة المراجعة المستقلة أن تأخذ وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا، إذا كان طلبك يتعلق بدواء في الجزء (B).

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

- بالنسبة للتماس القياسي إذا كان طلبك يتعلق بالمواد أو الخدمات الطبية، يجب أن تقدم لك منظمة المراجعة المستقلة ردًا على التماس المستوى 2 **في غضون 30 يومًا تقويميًا من تلقي التماسك.** إذا كان طلبك بخصوص دواء الجزء B، فيجب على منظمة المراجعة المستقلة أن تعطيك ردًا على التماس المستوى 2 الخاص بك **خلال 7 أيام تقويمية** من وقت تلقيها للتماس.
- إذا كنت تريد المزيد من الوقت، أو إذا كنا بحاجة إلى جمع مزيد من المعلومات التي قد تفيدك، **فقد نستغرق فترة زمنية قد تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك يتعلق بالحصول على خدمة أو مواد طبية.** لا يمكن لمنظمة المراجعة المستقلة أن تأخذ وقتًا إضافيًا لنقدم لك قرارًا، إذا كان طلبك يتعلق بدواء في الجزء (B).

الخطوة 2: تعطيك منظمة المراجعة المستقلة إجابته.

ستخبرك منظمة المراجعة المستقلة قرارها كتابيًا وستشرح أسباب ذلك.

- **إذا جاء رد منظمة المراجعة المستقلة بالموافقة على جزء من طلبك الخاص بـ مواد أو خدمات طبية أو كله،** فسيتعين علينا الموافقة على تغطية الرعاية الطبية خلال **72 ساعة** أو تقديم الخدمة في غضون **14 يومًا تقويميًا** بعد تلقينا للقرار من مؤسسة المراجعة للطلبات القياسية. بالنسبة للطلبات العاجلة، لدينا **72 ساعات** من تاريخ حصولنا على القرار من منظمة المراجعة المستقلة.
- **إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء من أو كل الطلب لدواء الجزء B،** فيجب علينا التصريح أو توفير دواء الجزء **B** خلال **72 ساعة** بعد حصولنا على القرار من مؤسسة المراجعة المستقلة للطلبات القياسية. بالنسبة للطلبات العاجلة، لدينا **24 ساعات** من تاريخ حصولنا على القرار من منظمة المراجعة المستقلة.
- **إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة جزءًا من التماسك أو كله،** فهذا يعني أنها توافق مع خطتنا على عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) لتغطية الرعاية الطبية. (وهذا ما يسمى تأييد القرار أو رفض التماسك.) في هذه الحالة، سوف ترسل لك منظمة المراجعة المستقلة خطابًا:
 - يشرح القرار.
 - يتيح لك معرفة حقلك في تقديم التماس المستوى 3 إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الرعاية الطبية تفي بحد أدنى معين. سيخبرك الإخطار الكتابي الذي يصلك من "منظمة المراجعة المستقلة" بالمبلغ الدلالي الذي يتعين عليك تلبيةه لاستمرار عملية الالتماس.
 - إخبارك بكيفية تقديم التماس من المستوى 3.
- إذا رُفض التماس المستوى 2 الذي قدمته، واستوفيت متطلبات مواصلة عملية الالتماس، فعليك أن تقرر ما إذا كنت تريد الانتقال إلى المستوى 3 وتقديم التماس ثالث. التفاصيل الخاصة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد الالتماس من المستوى 2.
 - يتم النظر في الالتماس من المستوى 3 من قبل قاضٍ إداري أو عضو محكم. يشرح **القسم 10** في هذا الفصل عملية الالتماسات من المستوى 3 و 4 و 5.

إذا كانت مشكلتك بشأن خدمة أو بند يغطيه Medicaid عادة:

الخطوة 1: يمكنك طلب جلسة استماع عادلة مع الولاية.

- المستوى 2 من عملية الالتماس للخدمات التي يغطيها برنامج Medicaid عادة هو جلسة استماع عادلة مع الولاية. يجب أن تطلب جلسة استماع عادلة كتابيًا أو عبر الهاتف **في غضون 120 يوم تقويمي** من تاريخ إرسالنا لخطاب القرار بشأن التماس المستوى 1 الخاص بك. ستخبرك الرسالة التي تتلقاها منا بمكان تقديم طلب جلسة الاستماع الخاص بك.

الفصل 9. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتماسات والشكاوى)

يمكنك أن تطلب من ولاية Virginia الالتماس من المستوى 2، يسمى جلسة استماع عادلة. ستقوم وكالة الاستماع العادلة غير المرتبطة بـ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) بمراجعة قضيتك واتخاذ قرار بشأن التماسك.

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

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

البريد: Division of Appeals
Department of Medical Assistance Services (DMAS)

600 E. Broad Street, Suite 1300

Richmond, Virginia 23219

1-804-452-5454

الفاكس:

الاتصال على الرقم: 804-371-8488

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

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

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

بمجرد الاتصال بـ Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) وإرسال رسالتك إلى DMAS، ستستمر خدماتك حتى يتخذ مسؤول جلسة الاستماع قرارًا بشأن قضيتك.

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

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

Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

Attn: Appeals Department

PO Box 818070

5801 Postal Road

Cleveland, OH 44181

الخطوة 2: يمنحك مكتب جلسة الاستماع العادلة رده.

سيخبرك مكتب الاستماع العادل قراره كتابيًا وشرح الأسباب.

- إذا كان مكتب جلسة الاستماع العادلة يرد بالإيجاب على جزء أو كل الطلب المتعلق ببند أو خدمة طبية، فيجب أن نسمح أو نقدم الخدمة أو البند في غضون 72 ساعة بعد استلامنا القرار من مكتب جلسة الاستماع العادلة.

- إذا كان قرار مكتب الاستماع العادلة بالرفض لجزء من التماسك أو كله، فإن هذا يعني اتفاقها مع خطتنا على عدم الموافقة على طلبك (أو جزء من طلبك) حول تغطية الرعاية الطبية. (وهذا ما يسمى **تأييد القرار أو رفض التماسك**.)

إذا كان القرار الرفض لكل ما طلبته أو جزءًا منه، فهل يمكنك تقديم التماس آخر

- إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة أو مكتب جلسة الاستماع العادلة بالرفض لكل أو جزء من طلبك، فلديك **حقوق التماس إضافية**. سيوضح الخطاب الذي حصلت عليه من مكتب جلسة الاستماع العادلة خيار الالتماس التالي. انتقل إلى **القسم 10** لمزيد من المعلومات حول حقوق الالتماس الخاصة بك بعد المستوى 2.

القسم 6.5 إذا كنت تطلب منا رد فاتورة حصلت عليها مقابل الرعاية الطبية

إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل خدمة Medicaid أو بند تغطيه خطتنا، فاطلب من خطتنا رد المبلغ لك (تعويضك). من حقا أن تعوضك خطتنا عما دفعته إذا دفعت أكثر من حصتك من تكلفة الخدمات الطبية أو الأدوية التي تغطيها خطتنا. عند إرسال فاتورة دفعت قيمتها بالفعل إلينا، سنقوم بفحصها ونقرر ما إذا كان علينا تغطية هذه الخدمات أو الأدوية. إذا قررنا أنه يجب أن تشمل التغطية الخدمات أو الأدوية، فسوف نتحمل تكلفة الخدمات أو الأدوية.

المطالبة بالسداد هي مطالبة باتخاذ قرار بالتغطية منا

إذا أرسلت إلينا الأوراق التي تطلب التعويض، فأنت تطلب قرار تغطية. لاتخاذ هذا القرار، سنتحقق لمعرفة ما إذا كانت الرعاية الطبية التي سددت مقابلها خاضعة للتغطية. وسوف نتحقق أيضًا لمعرفة ما إذا كنت قد اتبعت القواعد لاستخدام تغطيتك للرعاية الطبية.

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

- **إذا وافقنا على طلبك:** إذا كانت الرعاية الطبية مغطاة واتبعتك للقواعد، فسنرسل لك المبلغ المدفوع للتكلفة عادة خلال 30 أيام تقويمية، ولكن في موعد أقصاه 60 يوم تقويمية بعد حصولنا على طلبك.

إذا تمت تغطية رعاية Medicaid التي دفعت لمقدم الرعاية الصحية مقابلها وتعتقد أنه يجب علينا الدفع لمقدم الرعاية الصحية بدلًا من ذلك، فسنرسل إلى مقدم الرعاية الصحية الخاص بك التكلفة في غضون 60 أيام تقويمية بعد استلامنا لطلبك.

ثم ستحتاج إلى الاتصال بمقدم الرعاية الصحية الخاص بك لحملهم على الدفع لك. إذا لم تكن قد دفعت ثمن الرعاية الطبية، فسوف نرسل فاتورة الدفع مباشرة إلى مقدم الرعاية الصحية.

- **إذا رفضنا طلبك:** إذا لم تكن الرعاية الطبية مغطاة أو لم تتبع جميع القواعد، فلن نرسل الدفع. بدلًا من ذلك، سنرسل لك خطابًا يفيد بعدم دفعنا للرعاية الطبية وأسباب ذلك.

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

لتقديم هذا الالتماس، اتبع الخطوات حول إجراء الالتماسات في القسم 6.3. للالتماسات المتعلقة بالسداد، لاحظ:

- يجب أن نصدر قرارنا في غضون 30 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك.
- إذا قررت منظمة المراجعة المستقلة أننا يجب أن ندفع، فيتعين علينا إرسال المبلغ لك أو إلى مقدم الخدمات في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كان الرد على التماسك بالإيجاب في أي مرحلة من عملية الالتماسات بعد المستوى 2، فيجب أن نرسل المبلغ الذي طلبته إليك أو إلى مقدم الرعاية الصحية في غضون 60 يومًا تقويميًا.

القسم 7

أدوية الجزء (D): كيفية طلب اتخاذ قرار بشأن التغطية أو تقديم التماس

القسم 7.1

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

تشمل مزايك تغطية العديد من أدوية الوصفات الطبية. لتغطية الدواء، يجب استخدامه لداعي استخدام مقبول طبيًا. (انظر الفصل 5 لمزيد من المعلومات حول المقتضى المقبول طبيًا.) للحصول على تفاصيل حول أدوية الجزء D والقواعد والقيود والتكاليف، انتقل إلى الفصلين 5 و 6. هذا القسم خاص بأدوية الجزء (D) فقط. لتبسيط الأمور، فإننا نقول بشكل عام دواء في ما تبقى من هذا القسم، بدلاً من تكرار أدوية الوصفات الطبية للمرضى الخارجيين أو أدوية الجزء (D) المغطاة في كل مرة. كما نستخدم مصطلح "قائمة الأدوية" بدلاً من قائمة الأدوية المغطاة أو كتيب الوصفات.

- في حال عدم معرفة ما إذا كان الدواء خاضعاً للتغطية أو إذا كنت تستوفي القواعد، يمكنك أن تسألنا عن ذلك. بعض الأدوية تتطلب الحصول على موافقة مسبقة منا قبل أن نقوم بتغطيتها.
- إذا أخبرتك الصيدلية أنه لا يمكن صرف وصفتك الطبية كما هو مكتوب، فإن الصيدلية ستقدم لك إخطارًا كتابيًا يوضح كيفية الاتصال بنا لطلب قرار التغطية.

التماسات وقرارات بشأن تغطية الجزء (D)

مصطلح قانوني:

قرار التغطية المبدئي حول أدوية الجزء (D) يسمى حكم التغطية.

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

- طلب تغطية دواء الجزء D غير موجود في قائمة الأدوية لخطتنا. **طلب استثناء. القسم 7.2.**
- طلب الإعفاء عن قيد على تغطية خطتنا لدواء (مثل القيود المفروضة على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها أو معايير التصريح المسبق أو شرط تجربة دواء آخر أولاً). **طلب استثناء. القسم 7.2.**
- طلب دفع مبلغ أقل للمشاركة في التكلفة مقابل دواء خاضع للتغطية على مستوى أعلى من مشاركة التكلفة. **طلب استثناء. القسم 7.2.**
- طلب الحصول على موافقة مسبقة للحصول على الدواء. **اطلب إصدار قرار التغطية. القسم 7.4.**
- الدفع مقابل دواء موصوف طبيًا قمت بشرائه بالفعل. **مطالبتنا بسداد حصتنا إليك من التكلفة. القسم 7.4.**

إذا كنت لا توافق على قرار التغطية التأمينية الذي اتخذناه، يمكنك الطعن على القرار.

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

طلب الاستثناء

القسم 7.2

المصطلحات القانونية:

يعد طلب تغطية دواء غير موجود في قائمة الأدوية استثناء من كتيب الوصفات.

يعد طلب إزالة القيد المفروض على تغطية الدواء استثناء من كتيب الوصفات.

يعد طلب دفع سعر أقل لدواء مغطى وغير مفضل استثناء للمستويات.

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

بالنسبة لنا للنظر في طلب الاستثناء الخاص بك، سوف يحتاج طبيبك أو واصف الدواء الآخر إلى شرح الأسباب الطبية لاحتياج الموافقة على هذا الاستثناء. هنا 3 أمثلة على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو طبيبك أو واصف دواء آخر تقديمها:

1. **مطالبتنا بتغطية الأدوية المغطاة في الجزء (D) غير المدرجة في قائمة الأدوية.** إذا وافقنا على تغطية دواء غير مدرج في قائمة الأدوية، فسوف تحتاج إلى دفع مبلغ تقاسم التكلفة المنطبق على الأدوية في المستوى 4. لا يمكنك طلب استثناء من مبلغ تقاسم التكلفة الذي نطالبك بسداده مقابل الدواء.
2. **خذف قيد يتعلق بتغطيتنا من أجل الدواء الخاضع للتغطية.** يوضح الفصل 5 القواعد أو الاستثناءات الإضافية التي تنطبق على أدوية معينة في "قائمة الأدوية" الخاصة بنا. إذا وافقنا على إجراء استثناء وتنازلنا عن قيد لك، فيمكنك طلب استثناء من مبلغ السداد المشترك أو مبلغ التأمين المشترك الذي نطالبك بسداده مقابل الدواء.
3. **تغيير تغطية الدواء إلى مستوى أقل من تقاسم التكلفة.** كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة مدرج في واحد من شرائح تقاسم التكلفة 5. وبشكل عام، كلما انخفض رقم شريحة تقاسم التكلفة، كلما انخفض المبلغ الذي ستدفعه كحصتك من تكلفة الدواء.

- إذا كانت قائمة الأدوية الخاصة بنا تحتوي على دواء (أدوية) بديلة لمعالجة حالتك الطبية والتي تكون في شريحة أقل من تقاسم التكلفة للدواء الخاص بك، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك بمبلغ تقاسم التكلفة الذي ينطبق على الدواء (الأدوية) البديلة.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً يحمل اسماً تجارياً، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك مقابل مبلغ تقاسم التكلفة الذي ينطبق على الشريحة الأدنى الذي يحتوي على بدائل العلامة التجارية لعلاج حالتك.
- إذا كان الدواء الذي تتناوله دواءً عامًا، فيمكنك أن تطلب منا تغطية دوائك مقابل مبلغ تقاسم التكلفة الذي ينطبق على الشريحة الأدنى الذي يحتوي على بدائل العلامة التجارية أو بدائل عامة لعلاج حالتك.
- لا يمكنك مطالبتنا بتغيير مستوى تقاسم التكلفة لأي دواء في تخصص المستوى 5:
- إذا وافقنا على طلبك بالاستثناء المتعلق بالمستويات وكان هناك أكثر من شريحة أقل لتقاسم التكلفة مع أدوية بديلة لا يمكنك تناولها، فسوف تدفع عادة أقل مبلغ.

القسم 7.3 أمور مهمة للتعرف عليها فيما يتعلق بطلب الاستثناءات

يجب أن يخبرنا طبيبك بالأسباب الطبية

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

تشمل "قائمة الأدوية" عادةً لدينا أكثر من دواء لمعالجة حالة بعينها. يطلق على هذه الاحتمالات المختلفة الأدوية **البديلة**. إذا كان أحد الأدوية البديلة بنفس كفاءة الدواء الذي تطلبه، ولن يسبب لك مزيداً من الآثار الجانبية أو مشكلات صحية أخرى، فإننا لن نقبل طلبك بالحصول على استثناء. إذا كنت تطلب منا استثناءً متعلقاً بالشرائح، فلن نوافق بشكل عام على طلبك بعمل استثناء ما لم تكن جميع الأدوية البديلة الموجودة في شريحة (شرائح) مشاركة التكلفة الأقل على نفس القدر من الكفاءة بالنسبة لك أو من المحتمل أن تتسبب في رد فعل سلبي أو ضرر آخر.

يمكن أن نرد بالقبول أو الرفض لطلبك

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

كيفية طلب قرار بشأن التغطية، بما في ذلك الحصول على استثناء

القسم 7.4

مصطلح قانوني:

يُطلق على قرار سريع بشأن التغطية الحكم المعجل.

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

قرارات التغطية القياسية يتم اتخاذها في غضون **72 ساعة** بعد تلقينا لبيان طبيبك. **قرارات التغطية القياسية** يتم اتخاذها في غضون **24 ساعة** بعد تلقينا لبيان طبيبك.

إذا تطلبت صحتك ذلك، فاطلب منا إعطاءك "قرار سريع بشأن التغطية". للحصول على قرار تغطية سريع، يتعين أن تستوفي شرطين:

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

الخطوة 2: طلب قرار تغطية قياسي أو قرار سريع بشأن التغطية.

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

يمكنك أنت أو طبيبك أو (أو واصل الدواء الآخر) أو ممثلك القيام بذلك. يمكن أيضاً أن يكون لديك محام يتصرف نيابة عنك. القسم 5.1 من هذا الفصل يطلعك على معلومات بشأن كيفية تقديم إذن كتابي لتوكيل شخص آخر للتصرف كممثل عنك.

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

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

المواعيد النهائية لإصدار قرار تغطية سريع

- يتعين علينا بوجه عام موافاتك بردنا في غضون **24 ساعة** بعد تلقينا لطلبك.

- بالنسبة للاستثناءات، سنوافيك بردنا في غضون 24 ساعة من استلام البيان الداعم لطلبك من طبيبك. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
- إذا تأخرنا عن هذا الموعد، فسنقوم بالبت في طلبك على طريقة المستوى 2 من الالتزامات، وستتم مراجعته من قِبل منظمة المراجعة المستقلة.
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه،** فإنه يجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 24 ساعة بعد تلقينا لطلبك أو بيان الطبيب الداعم لطلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

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

- يتعين علينا موافاتك بردنا في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لطلبك.
- بالنسبة للاستثناءات، سنوافيك بردنا في غضون 72 ساعة من استلام البيان الداعم لطلبك من طبيبك. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الالتزام، حيث ستتم مراجعته من قِبل منظمة المراجعة المستقلة.
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه،** فإنه يجب علينا تقديم التغطية التي وافقنا على تقديمها في غضون 72 ساعة بعد تلقينا لطلبك أو بيان الطبيب الداعم لطلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

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

- يجب أن نصدر قرارنا في غضون 14 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتزام من قبلك.
- إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن مطالبون بإرسال طلبك إلى المستوى 2 من عملية الالتزام، حيث ستتم مراجعته من قِبل منظمة المراجعة المستقلة.
- **إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه،** فسيكون علينا أن نتحمل نصيبنا من المصروفات في غضون 14 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا لطلبك.
- **إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه،** فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلبك بالتغطية، فيمكنك تقديم التماس.

- وفي حالة الرفض من جانبنا، يحق لك طلب إعادة النظر في هذا القرار من خلال تقديم التماس. ويعني هذا المطالبة مرة أخرى بالحصول على تغطية الأدوية التي تحتاجها. إذا قدمت التماسًا، فهذا يعني أنك ستنتقل إلى مستوى 1 عملية الالتزامات.

القسم 7.5 كيفية تقديم التماس من المستوى 1

المصطلحات القانونية:

يطلق على تقديم الالتزام للخطوة بشأن قرار تغطية أدوية الجزء D هو إعادة النظر في الخطه.

يطلق على مصطلح الالتزام السريع إعادة النظر العاجلة.

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

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

- إذا كنت تقدم التماسًا بخصوص قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه حتى الآن، فستحتاج أنت وطبيبك أو الوصف للدواء الآخر إلى تحديد ما إذا كنت بحاجة إلى التماس سريع.
- متطلبات الحصول على "التماس سريع" مماثلة لمتطلبات الحصول على "قرار تغطية سريع" في القسم 7.4.

الخطوة 2: يتعين عليك أنت أو ممثلك أو طبيبك أو واصل الدواء الآخر الاتصال بنا وتقديم التماس من المستوى 1. إذا كانت حالتك الصحية تتطلب استجابة سريعة، فإنه يتعين عليك طلب التماس سريع.

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

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

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

المواعيد النهائية للالتماس السريع

- بالنسبة للالتزامات السريعة، يجب أن نرد عليك في غضون 72 ساعة بعد استلامنا التماسك. وسنصدر قرارنا في وقت أسرع من ذلك إذا كانت حالتك الصحية تتطلب منا ذلك.
- إذا لم نرد عليك في غضون 72 ساعة، فنحن مطالبون بإرسال طلبك حول طريقة الالتماس من المستوى 2، وستتم مراجعته من قِبَل منظمة المراجعة المستقلة. يوضح القسم 7.6 عملية التماس المستوى 2.
- في حال كانت إجابتنا بالإيجاب على جزء أو كل ما طلبته، يتعين علينا تقديمه في غضون 72 ساعة بعد استلامنا الالتماس الخاص بك.
- إذا كن قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه، فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية لتقديم التماس قياسي لدواء لم تحصل عليه بعد

- بالنسبة للالتزامات القياسية، يجب أن نرد عليك في غضون 7 يومًا تقويميًا بعد تلقينا التماسك. سنخبرك بقرارنا عاجلاً إذا لم تتلق الدواء اللازم بعد، وإذا كانت حالتك الصحية تستدعي منا ذلك.
- إذا لم نرد عليك في غضون 7 أيام تقويمية، فنحن مطالبون بإرسال طلبك حول طريقة الالتماس من المستوى 2، وستتم مراجعته من قِبَل منظمة المراجعة المستقلة. يشرح القسم 7.6 عملية الالتماس من المستوى 2.

- إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه، فيجب أن نوفر التغطية بالسرعة التي تتطلبها صحتك، بما لا يتجاوز 7 أيام تقويمية بعد تلقينا التماسك.
- إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه، فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

المواعيد النهائية للالتماس القياسي بشأن دفع ثمن دواء قد اشتريته بالفعل

- يجب أن نصدر قرارنا في غضون 14 يومًا تقويميًا من بعد استلامنا لطلب الالتماس من قبلك.
 - إذا تأخرنا عن هذا الموعد، فسنقوم بالبت في طلبك على طريقة المستوى 2 من الالتماسات، وستتم مراجعته من قِبَل منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا كان قرارنا هو الموافقة على كل ما طلبته أو جزء منه، فسيكون علينا أن نتحمل نصيبنا من المصروفات في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامنا لطلبك.
- إذا كان قرارنا هو رفض كل ما طلبته أو جزء منه، فإننا سنرسل لك توضيحًا كتابيًا يوضح سبب رفضنا. وسنخبرك بكيفية تقديم التماس.

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

- إذا قررت تقديم التماس آخر، فهذا يعني أنك تسلك المستوى 2 من عملية الالتماسات.

القسم 7.6 كيفية تقديم التماس من المستوى 2

مصطلح قانوني:

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو **كيان المراجعة المستقل**. ويسمى ذلك أحيانًا كيان المراجعة المستقلة (IRE).

منظمة المراجعة المستقلة عبارة عن منظمة مستقلة تابعة لـ Medicare. إنها غير مرتبطة بنا وليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أو يجب تغييره. Medicare يشرف على أعماله.

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

- إذا كان ردنا بلا على التماس المستوى 1 الذي قمت بتقديمه، فسيصلك منا إخطارًا كتابيًا يحتوي على **تعليمات عن كيفية تقديم التماس المستوى 2 إلى منظمة المراجعة المستقلة**. ستخبرك هذه التعليمات عن الشخص الذي يمكنه تقديم هذا المستوى 2 من الالتماس، وما المواعيد النهائية التي عليك اتباعها، وكيفية التواصل مع منظمة المراجعة المستقلة.
- **يتعين عليك تقديم طلب الالتماس خلال 65 أيام تقويمية** من التاريخ الموجود على الإخطار الخطي.
- إذا لم نقم باستكمال مراجعتنا في غضون الإطار الزمني الساري، أو اتخذنا قرارًا غير موافٍ فيما يتعلق بقرار المعرضين للخطر بموجب برنامج إدارة الأدوية الخاص بنا، فسوف نقوم تلقائيًا بإحالة طلبك إلى كيان المراجعة المستقل (IRE).
- سنقوم بإرسال المعلومات الخاصة بالتماسك إلى هذه المنظمة. تسمى هذه المعلومات ملف الحالة. **ويحق لك مطالبتنا بنسخة من ملف حالتك.**
- يحق لك تزويد منظمة المراجعة المستقلة بمعلومات إضافية لدعم التماسك.

الخطوة 2: تراجع منظمة المراجعة المستقلة التماسك.

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

المواعيد النهائية للالتماس السريع

- إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب من "منظمة المراجعة المستقلة" تقديم التماس سريع.

الفصل 9. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتزامات والشكاوى)

- إذا وافقت مؤسسة المراجعة المستقلة على إعطائك الالتماس سريع، فيجب أن تعطيك ردًا على المستوى 2 من الالتماس خلال **72 ساعة** بعد تلقي طلب الالتماس الخاص بك.

المواعيد النهائية للالتماس القياسي

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

الخطوة 3: تعطيك منظمة المراجعة المستقلة إجابتها.**بالنسبة للالتماسات السريعة:**

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

بالنسبة للالتماسات القياسية:

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

ماذا لو رفضت منظمة المراجعة المستقلة التماسك؟

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

- يشرح القرار.
- يتيح لك معرفة حقاك في تقديم التماس المستوى 3 إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الأدوية التي تطلبها تفي بحد أدنى معين.
- إذا كانت القيمة الدولارية لتغطية الأدوية التي تطلبها منخفضة للغاية، فلا يمكنك تقديم التماس آخر ويكون القرار في المستوى 2 نهائيًا.
- إخبارك بالقيمة الدولارية التي يجب أن تكون محل خلاف للمضي قدما في عملية الالتماسات.

الخطوة 4: إذا كانت حالتك تفي بالمتطلبات، فأنت تختار ما إذا كنت تريد المضي قدماً في إجراءات التماسك.

- هناك 3 مستويات إضافية في عملية الالتماسات بعد المستوى 2 (ليصبح المجموع 5 مستويات من الالتماس).
- إذا أردت الانتقال إلى المستوى 3 من الالتماس، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإخطار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الالتماس من المستوى 2.
- يتم النظر في الالتماس من المستوى 3 من قبل قاضٍ إداري أو عضو محكم. يتحدث **القسم 10** المزيد عن عملية التماسات من المستوى 3 و 4 و 5.

القسم 8 كيفية طلب تغطية إقامة أطول في المستشفى إن كنت تظن أنه يتم إخراجك من المستشفى مبكرًا جدًا

عند إدخالك إلى مستشفى، يكون لديك الحق في الحصول على جميع خدمات المستشفى المغطاة والتي تعد ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

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

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

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

في غضون يومين 2 تقويميين من إدخالك إلى المستشفى، سيتم إعطاؤك إشعارًا كتابيًا يسمى رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك. يحصل كل من الأعضاء في Medicare على نسخة من هذا الإخطار. إذا لم تحصل على الإخطار من شخص ما بالمستشفى (على سبيل المثال، أخصائي حالة أو ممرضة)، فاطلبه من أي موظف بالمستشفى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **711**) أو **1-800-633-4227** (1-800-MEDICARE) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**).

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

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

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

- سيُطلب منك أنت أو شخص ينوب عنك التوقيع على الإخطار.
- يوضح توقيع الإخطار فقط على أنك قد حصلت على معلومات حول حقوقك. لا يحدد الإخطار تاريخ خروجك. لا يعني توقيع الإخطار موافقتك على تاريخ الخروج من المستشفى.

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

- إذا وقعت على الإخطار قبل أكثر من 2 يوم تقويمي من تاريخ خروجك، فستحصل على نسخة أخرى قبل موعد خروجك.
- لإلقاء نظرة على نسخة من هذا الإخطار مسبقًا، اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). يمكنك أيضًا الحصول على الإخطار عبر الإنترنت على www.CMS.gov/medicare/forms-notices/beneficiary-notices-initiative/ffs-ma-im

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

لمطالبتنا بتغطية خدمات المستشفى للمرضى الداخليين لفترة أطول، استخدم عملية الالتماسات لتقديم هذا الطلب. قبل البدء، أدرك ما يجب عليك القيام به ووقت المواعيد النهائية.

- اتبع العملية
- الالتزام بالمواعيد النهائية.

الفصل 9. إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى (قرارات بشأن التغطية والالتزامات والشكاوى)

- **اطلب المساعدة إذا احتجت إليها.** إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة للمساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). أو اتصل ببرنامج State Health Insurance Assistance Program (SHIP) للحصول على مساعدة مخصصة. تتوفر معلومات الاتصال بـ SHIP في الفصل 2، القسم 3.

أثناء الالتماس من المستوى 1، تراجع منظمة تحسين الجودة التماسك. كما أنها تقوم بتحديد ما إذا كان موعد خروجك المقرر مناسبًا لك من الناحية الطبية أم لا.

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

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

كيف يمكنك الاتصال بهذه المنظمة؟

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

تصرف بسرعة:

- لتقديم الالتماس، يتعين عليك الاتصال بمؤسسة تحسين الجودة قبل موعد مغادرتك للمستشفى في موعد لا يتجاوز منتصف ليل **يوم خروجك.**

- **إذا استوفيت هذا الموعد النهائي،** قد تبقى في المستشفى بعد موعد الخروج المحدد لك دون الدفع مقابل ذلك بينما تنتظر للحصول على القرار الخاص بالتماسك من منظمة تحسين الجودة.
- **إذا لم تلتزم بهذا الموعد النهائي، فاتصل بنا.** إذا قررت البقاء في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له، قد يتعين عليك دفع كافة التكاليف للرعاية التي تتلقاها في المستشفى بعد تاريخ خروجك المخطط له.

بمجرد أن تطلب مراجعة فورية لخروجك من المستشفى، ستتصل بنا منظمة تحسين الجودة. بحلول ظهر اليوم التالي للاتصال بنا سوف نقدم لك **إخطارًا تفصيليًا للخروج من المستشفى.** يوضح هذا الإخطار تاريخ الخروج المحدد لك ويوضح بالتفصيل أسباب اعتقاد الطبيب والمستشفى، ونعتقد أنه من الصواب (مناسب طبيا) إخراجك في ذلك التاريخ.

يمكنك الحصول على نموذج من **الإخطار التفصيلي بالخروج من المستشفى** من خلال الاتصال بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) أو **1-800-633-4227** (1-800-MEDICARE). (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**). أو يمكنك الحصول على نموذج إخطار عبر الإنترنت على www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

الخطوة 2: تجري منظمة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

- سيطلب أخصائيو الصحة في منظمة تحسين الجودة (المراجعون) منك (أو من ممثلك) سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية للخدمات. ليس عليك إعداد أي شيء كتابيًا، ولكن يمكنك ذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- سينظر المراجعون أيضًا في معلوماتك الطبية ويتحدثون مع طبيبك ويراجعون المعلومات التي قدمناها لهم نحن والمستشفى.
- وبحلول ظهر اليوم التالي لإخبارنا من قبل المراجعين بشأن الالتماس، ستلقى إخطارًا كتابيًا منا يوضح تاريخ الخروج المحدد. كما يوضح هذا الإشعار بالتفصيل أسباب اعتقاد الطبيب والمستشفى، ونعتقد أنه من الصواب (مناسب طبيا) إخراجك في ذلك التاريخ.

الخطوة 3: في غضون يوم كامل بعد حصول منظمة تحسين الجودة على كافة المعلومات المطلوبة، فإنها ستقدم لك ردها على الالتزام الخاص بك.

ماذا إذا كان القرار بالموافقة؟

- إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة الموافقة، فإنه يجب علينا مواصلة تقديم خدمات المستشفى المغطاة للمرضى الداخليين طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.
- يجب عليك الاستمرار في سداد حصتك من التكاليف (مثل الاستقطاعات أو المشاركة في السداد في حال انطباق ذلك). بالإضافة إلى ذلك، قد تكون هناك قيود على خدمات المستشفى المشمولة الخاصة بك.

ماذا إذا كان القرار بالرفض؟

- إذا ردت منظمة المراجعة المستقلة بالرفض، فإنها تقول إن تاريخ خروجك المخطط له مناسب من الناحية الطبية. إذا حدث ذلك، فستنتهي تغطيتنا لخدمات المستشفى الخاصة بالمرضى الداخليين في ظهر هذا اليوم بعد أن تعطيك منظمة تحسين الجودة ردها على التماسك.
- إذا ردت منظمة المراجعة المستقلة برفض التماسك وقررت البقاء في المستشفى، فإنه يجب عليك دفع التكلفة الكاملة لرعاية المستشفى التي حصلت عليها بعد ظهر اليوم الذي تحصل فيه على رد منظمة تحسين الجودة بشأن التماسك.

الخطوة 4: إذا كان الرد على الالتزام من المستوى 1 بالرفض، فأنت تقرر إذا كنت تريد تقديم التماس آخر.

- في حال رفض منظمة تحسين الجودة لالتماسك، وبقيت في المستشفى بعد تاريخ الخروج المحدد، فمن ثم يمكنك تقديم التماس آخر. تقديم التماس آخر يعني أنك ستنتقل إلى مستوى 2 من عملية الالتزامات.

القسم 8.3 كيفية تقديم التماس من المستوى 2 لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى

أثناء الالتزام من المستوى 2، يمكنك مطالبة منظمة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته في الالتزام الأول. في حال رفض منظمة تحسين الجودة الالتزام من المستوى 2، فقد تضطر إلى دفع كافة التكاليف لبقائك بعد تاريخ الخروج المحدد.

الخطوة 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة مرة أخرى واطلب إجراء مراجعة أخرى.

- يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي تقرر فيه منظمة تحسين الجودة رفض التماسك من المستوى الأول.1. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال بقاءك في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية.

الخطوة 2: تقوم منظمة تحسين الجودة بإجراء مراجعة ثانية لحالتك.

- سيلقي المراجعون بمنظمة تحسين الجودة نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الالتزام من المستوى 2، سيتخذ المراجعون قرارًا بشأن التماسك ويخبرونك به.

إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة بالقبول:

- يجب أن ندفع لك حصتنا من تكاليف الرعاية الصحية في المستشفى التي حصلت عليها منذ ظهر اليوم بعد تاريخ قرار رفض الالتزام الأول من جانب منظمة تحسين الجودة. يتعين علينا الاستمرار في تقديم تغطية رعايتك داخل المستشفى طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق عليك قيود التغطية.

إذا كان قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بالرفض:

- فهذا معناه موافقتها على القرار الذي اتخذته في ما يخص الالتماس من المستوى 1.
- سيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه كتابة بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة.

الخطوة 4: إذا كانت الإجابة لا، فستحتاج إلى تحديد ما إذا كنت تريد مواصلة التماسك من خلال الانتقال إلى المستوى 3.

- هناك 3 مستويات إضافية في عملية الالتماسات بعد المستوى 2 (ليصبح المجموع 5 مستويات من الالتماس). إذا أردت الانتقال إلى المستوى 3 من الالتماس، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الالتماس من المستوى 2.
- يتم النظر في الالتماس من المستوى 3 من قبل قاض إداري أو عضو محكم. بتحدث القسم 10 المزيد عن المستويات 3 و 4 و 5 من عملية الالتماس.

الفصل 9 كيفية مطالبتنا بالحفاظ على تغطية الخدمات الطبية المحددة في حالة كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي عما قريب

عند حصولك على خدمات الصحة المنزلية المغطاة أو الرعاية التمريضية الماهرة أو رعاية إعادة التأهيل (مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين)، يكون لديك الحق في مواصلة الحصول على الخدمات لهذا النوع من الرعاية طالما كانت الرعاية ضرورية لتشخيص وعلاج مرضك أو إصابتك.

عندما نقرر أن الوقت قد حان لوقف تغطية أي من الأنواع 3 من الرعاية بالنسبة لك، فنحن مطالبون بإخبارك مسبقاً. عند انتهاء تغطيتك بهذه الرعاية، فستتوقف عن تحمل تكاليف رعايتك.

في حال اعتقدت أننا سنوقف تغطية رعايتك قريباً، يمكنك تقديم التماس بخصوص قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب الالتماس.

القسم 9.1 سنخبرك مقدماً بوقت انتهاء تغطيتك

المصطلح القانوني

إخطار عدم تغطية Medicare. يخبرك كيف يمكنك طلب التماس سريع. يعتبر طلب التماس سريع وسيلة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار تغطيتنا حول متى يتم إيقاف خطتنا.

1. ستتلقى إشعاراً كتابياً قبل يومين تقويميين على الأقل من إيقاف خطتنا لتغطية رعايتك. يوضح لك الإشعار ما يلي:
 - التاريخ الذي سنتوقف فيه عن تغطية الرعاية لك.
 - كيفية طلب التماس السريع لمطالبتنا بمواصلة تغطية رعايتك لفترة زمنية أطول.
2. سيطلب منك أنت أو شخص ينوب عنك التوقيع على الإشعار الكتابي لإثبات أنك استلمته. توقيع الإخطار يوضح فقط أنك قد تلقيت المعلومات المتعلقة حول متى ستتوقف التغطية. ولا يعني التوقيع عليها موافقتك على قرار خطتنا بإيقاف الرعاية.

القسم 9.2 كيف يمكن تقديم التماس من المستوى 1 لتطلب من خطتنا تغطية رعايتك لفترة أطول

إذا كنت تريد مطالبتنا بتغطية رعايتك لفترة أطول، فستحتاج إلى استخدام عملية الالتماسات لتقديم هذا الطلب. قبل البدء، أدرك ما يجب عليك القيام به ووقت المواعيد النهائية.

- اتبع العملية.
- الالتزام بالمواعيد النهائية.
- اطلب المساعدة إذا احتجت إليها. إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة للمساعدة، فاتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). أو اتصل ببرنامج State Health Insurance Assistance Program (SHIP) للحصول على مساعدة مخصصة. تتوفر معلومات الاتصال بـ SHIP في الفصل 2، القسم 3.

أثناء الالتزام من المستوى 1، تراجع منظمة تحسين الجودة التماسك. وتقرر ما إذا كان تاريخ انتهاء رعايتك مناسباً من الناحية الطبية. إن **منظمة تحسين الجودة** هي عبارة عن مجموعة من الأطباء وغير ذلك من خبراء الرعاية الصحية الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية للكشف وللمساعدة في تحسين جودة الرعاية للأشخاص المشتركين في Medicare. وهذا يشمل مراجعة قرارات الخطة المتعلقة بتحديد الوقت المناسب للتوقف عن تغطية أنواع معينة من الرعاية الطبية. هؤلاء الخبراء ليسوا جزءاً من خطتنا.

الخطوة 1: إجراء التماس من المستوى 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة واطلب إجراء التماس سريع يجب عليك التصرف بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه المنظمة ؟

- يخبرك الإخطار الكتابي الذي تلقيته (إخطار عدم تغطية Medicare) بكيفية الاتصال بهذه المؤسسة. أو يمكنك العثور على اسم منظمة تحسين الجودة في ولايتك وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

تصرف بسرعة:

- يجب عليك الاتصال بمنظمة تحسين الجودة لبدء الالتزام بحلول ظهر اليوم السابق لتاريخ النفاذ في إخطار عدم التغطية من Medicare.
- في حال فوات الموعد النهائي ورغبتك في تقديم التماس، تظل لديك حقوق الالتزام. اتصل بمنظمة تحسين الجودة الخاصة بك.

الخطوة 2: تجري منظمة تحسين الجودة مراجعة مستقلة لحالتك.

المصطلح القانوني

التوضيح التفصيلي لعدم التغطية. إشعار يقدم التفاصيل المتعلقة بأسباب إنهاء التغطية.

ماذا يحدث أثناء هذه المراجعة؟

- سيطلب أخصائيو الصحة في منظمة تحسين الجودة (المراجعون) منك (أو من ممثلك) سبب اعتقادك بضرورة استمرار التغطية للخدمات. ليس عليك إعداد أي شيء كتابياً، ولكن يمكنك ذلك إذا كنت ترغب في ذلك.
- ستنظر منظمة المراجعة المستقلة أيضاً في معلوماتك الطبية وتتحدث مع طبيبك وتراجع المعلومات التي تقدمها لهم خطتنا.
- بحلول نهاية اليوم الذي يخبرنا فيه المراجعون بالالتماس الخاص بنا، ستحصل على **توضيح تفصيلي لعدم التغطية** منا والذي يوضح بالتفصيل أسباب إنهاء تغطيتنا لخدماتك.

الخطوة 3: في غضون يوم واحد كامل بعد حصولهم على كافة المعلومات التي يحتاجون إليها، سيخبرك المراجعون بالقرار الخاص بهم.

ماذا إذا كان قرار المراجعين بالموافقة؟

- إذا وافق المراجعون على الالتزام الخاص بك، فإنه يجب علينا الاستمرار في تقديم الخدمات المشمولة بالتغطية الخاصة بك طالما أنها ضرورية من الناحية الطبية.
- يجب عليك الاستمرار في سداد حصتك من التكاليف (مثل الاستقطاعات أو المشاركة في السداد في حال انطباق ذلك). قد تكون هناك قيود على خدماتك المغطاة.

ماذا إذا كان قرار المراجعين بالرفض؟

- إذا قرر المراجعون رفض الالتزام، فإن ذلك يعني أن تغطيتك ستنتهي في التاريخ الذي أخبرناك به.
- إذا قررت الاحتفاظ بالحصول على الرعاية الصحية المنزلية، أو مرافق الرعاية التمريضية الحاذقة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد هذا التاريخ عند انتهاء التغطية الخاصة بك، فعندئذٍ يجب عليك دفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك.

الخطوة 4: إذا كان الرد على الالتماس من المستوى 1 بالرفض، فأنت تقرر إذا كنت تريد تقديم التماس آخر.

- إذا قرر المراجعون رفض الالتماس من المستوى 1— واخترت مواصلة تلقي الرعاية بعد انتهاء تغطية رعايتك — فيمكنك بعد ذلك تقديم التماس من المستوى 2.

القسم 9.3 كيف يمكن تقديم التماس من المستوى 2 لتطلب من خطتنا تغطية رعايتك لفترة أطول

أثناء الالتماس من المستوى 2، يمكنك مطالبة منظمة تحسين الجودة بإلقاء نظرة أخرى على القرار الذي اتخذته في الالتماس الأول. في حال رفض منظمة تحسين الجودة للتماسك من المستوى 2، فقد تتحمل التكاليف بأكملها فيما يخص الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرافق الرعاية التمريضية الحادقة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) الخاصة بك بعد التاريخ الذي أخبرنا فيه أنه ستنتهي التغطية الخاصة بك فيه.

الخطوة 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة مرة أخرى واطلب إجراء مراجعة أخرى.

- يتعين عليك طلب إجراء هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي تقرر فيه منظمة تحسين الجودة رفض التماسك من المستوى 1. يمكنك طلب إجراء هذه المراجعة فقط في حال استمرارك في الحصول على رعاية بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك.

الخطوة 2: تقوم منظمة تحسين الجودة بإجراء مراجعة ثانية لحالتك.

- سيلقي المراجعون بمنظمة تحسين الجودة نظرة أخرى متأنية على جميع المعلومات المتعلقة بالتماسك.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب الالتماس، سيقدر المراجعون قرارًا حول التماسك ويخبرونك بقرارهم.**ماذا إذا كان قرار منظمة المراجعة المستقلة بالقبول؟**

- يجب أن نعوضك عن حصتنا من تكلفة الرعاية التي تلقيتها منذ الوقت الذي أخبرناك فيه بانتهاء التغطية الخاصة بك. يتعين علينا الاستمرار في تقديم تغطية الرعاية طالما كان ذلك ضروريًا طبيًا.
- يجب عليك الاستمرار في دفع حصة التكاليف ويمكن تطبيق القيود المفروضة على التغطية.

ماذا لو كان قرار مؤسسة المراجعة المستقلة بالرفض؟

- فهذا يعني موافقتهم على القرار الذي تم اتخاذه بخصوص الالتماس من المستوى 1 الخاص بك.
- سيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه كتابة بما يمكنك القيام به إذا كنت ترغب في الاستمرار في عملية المراجعة. كما أنه سيعطيك التفاصيل المتعلقة بكيفية الانتقال إلى المستوى التالي من الالتماس الذي يتم النظر فيه من جانب قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم.

الخطوة 4: إذا كان الرد بالرفض، فيجب عليك اتخاذ القرار بشأن ما إذا كنت تريد الانتقال بالالتماس الخاص بك إلى مستوى تالي.

- هناك 3 مستويات إضافية في عملية الالتماس بعد المستوى 2، أي ما مجموعه 5 مستويات من الالتماس. إذا أردت الانتقال إلى المستوى 3 من الالتماس، فإن التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك موجودة في الإشعار الكتابي الذي تحصل عليه بعد قرار الالتماس من المستوى 2.
- يتم النظر في الالتماس من المستوى 3 من قبل قاض إداري أو عضو محكم. يخبرنا القسم 10 من هذا الفصل المزيد عن عملية الالتماس من المستوى 3 و 4 و 5.

القسم 10 الانتقال بالالتماس إلى المستوى 3 و 4 و 5

القسم 10.1 مستويات الالتماس 3 و 4 و 5 لطلبات الخدمات الطبية

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قمت بإجراء التماس من المستوى 1 والتماس من المستوى 2 وتم رفض كلاهما.

إذا كانت قيمة البند أو الخدمة الطبية بالدولار تتجاوز حد أدنى معينًا، فيمكنك الانتقال إلى مستويات إضافية للالتماس. إذا كانت قيمة الدولار أقل من الحد الأدنى للمستوى، فإنه لا يمكنك التقدم بالتماس مرة أخرى. سيوضح الرد الكتابي الذي تتلقاه على التماسك من المستوى 2 كيفية تقديم التماس من المستوى 3.

بالنسبة لمعظم الحالات التي تنطوي على الالتماسات، تعمل المستويات 3 الأخيرة من الالتماسات بنفس الطريقة التي تعمل بها المستويات 2 الأولى. هذه هي الجهات التي تراجع التماسك في كل من هذه المستويات.

الالتماس من المستوى 3

سيقوم قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية بمراجعة التماسك والرد عليك.

- إذا قرر قاضي المحكمة الإدارية أو العضو المحكم الموافقة على الالتماس، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا. يعكس قرار التماس من المستوى 2، سيكون لدينا الحق في تقديم التماس على قرار من المستوى 3 الذي صدر لصالحك. إذا قررنا تقديم التماس، فإنه سينتقل إلى المستوى 4 من الالتماس.
 - إذا قررنا رفض الالتماس، فيتعين علينا التصريح بالرعاية الطبية أو تقديمها خلال 60 يومًا تقويميًا بعد استلام قرار قاضي المحكمة الإدارية أو العضو المحكم.
 - إذا قررنا الالتماس بخصوص القرار، فسنرسل لك صورة من طلب التماس من المستوى 4 مع مستندات أخرى مرفقة. قد ننتظر قرار الالتماس من المستوى 4 قبل التصريح بالرعاية الطبية محل النزاع أو تقديمها.
- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو العضو المحكم الالتماس، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.
 - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
 - إذا قررت عدم قبول قرار الرفض، فيمكنك تقديم الالتماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما يجب عليك فعله بالنسبة للالتماس من المستوى 4.

الالتماس من المستوى 4

سيقوم مجلس التماسات Medicare (المجلس) بمراجعة التماسك والرد عليك. ويعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

- إذا جاء الرد بالقبول، أو برفض المجلس لطلبنا في مراجعة قرار الالتماس من المستوى 3 الصادر لصالحك، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا. يعكس القرار من المستوى 2، سيكون لدينا الحق في تقديم التماس على قرار من المستوى 4 الذي صدر لصالحك. سوف نقرر ما إذا كان يجب تقديم التماس على هذا القرار إلى المستوى 5.
 - إذا جاء قرارنا بعدم الالتماس على القرار، فسنقوم بتقديم الرعاية الطبية خلال 60 يومًا تقويميًا بعد استلام قرار المجلس.
 - إذا قررنا تقديم التماس بخصوص القرار الصادر لصالحك، فسنقوم بإخبارك كتابيًا.
- إذا كان القرار هو الرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.
 - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
 - إذا قررت عدم قبول القرار، فيمكنك تقديم التماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. إذا جاء رد المجلس برفض الالتماس، فسيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه بما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى التماس من المستوى 5 وكيفية المضي قدمًا في الالتماس من المستوى 5.

الالتماس من المستوى 5

سيقوم قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية بمراجعة التماسك.

- سيراجع القاضي جميع المعلومات ويقرر إما الموافقة أو رفض طلبك. هذه إجابة نهائية. لا توجد أي مستويات للالتماس بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

القسم 10.2 التماسات Medicaid الإضافية

يحق لك تقديم التماس كذلك إذا كان الالتماس يتعلق بالخدمات أو العناصر التي تغطيها Medicaid عادةً. سيخبرك الخطاب الذي تحصل عليه من مكتب جلسة الاستماع العادلة بما يجب عليك فعله إذا أردت الاستمرار في تدابير الالتماسات.

القسم 10.3 مستويات الالتماسات 3 و 4 و 5 لطلبات الأدوية من الجزء (D)

قد يكون هذا القسم مناسبًا لك إذا قمت بإجراء التماس من المستوى 1 والتماس من المستوى 2 وتم رفض كلاهما.

إذا كانت قيمة الدواء الذي طعنت فيه تفي بمبلغ دولاري معين، فقد تتمكن من الانتقال إلى مستويات إضافية للالتماس. إذا كانت القيمة بالدولار أقل، فلن تتمكن من تقديم الالتماس لأي مستوى أعلى. سيحتوي الرد المكتوب الذي تتلقاه على التماسك من المستوى 2 على معلومات التواصل مع جهة معنية وما يجب عليك القيام به لتقديم التماس من المستوى 3.

بالنسبة لمعظم الحالات التي تنطوي على الالتماسات، تعمل المستويات 3 الأخيرة من الالتماسات بنفس الطريقة التي تعمل بها المستويات 2 الأولى. هذه هي الجهات التي تراجع التماسك في كل من هذه المستويات.

الالتماس من المستوى 3

سيقوم قاضي المحكمة الإدارية أو عضو محكم يعمل لصالح الحكومة الفيدرالية بمراجعة التماسك والرد عليك.

- إذا كان القرار بالإيجاب، فإن عملية تقديم الالتماسات قد انتهت. يجب علينا تفويض أو توفير تغطية الدواء الذي تمت الموافقة عليه من قبل قاضي القانون الإداري أو العضو المحكم في غضون 72 ساعة (24 ساعة للالتماسات العاجلة) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد استقبال القرار.
- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو العضو المحكم الالتماس، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.
 - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
 - إذا قررت عدم قبول قرار الرفض، فيمكنك تقديم الالتماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. سيخبرك الإخطار الذي تحصل عليه بما يجب عليك فعله بالنسبة للالتماس من المستوى 4.

الالتماس من المستوى 4

سيقوم مجلس التماسات Medicare (المجلس) بمراجعة التماسك والرد عليك. ويعد المجلس جزءًا من الحكومة الفيدرالية.

- إذا كان القرار بالإيجاب، فإن عملية تقديم الالتماسات قد انتهت. يجب علينا تفويض أو توفير تغطية الدواء الذي تمت الموافقة عليه من قبل قاضي القانون الإداري أو العضو المحكم في غضون 72 ساعة (24 ساعة للالتماسات العاجلة) أو السداد في موعد لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد استقبال القرار.
- إذا كان القرار هو الرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة، فربما تصبح عملية الالتماسات منتهية أو ربما لا.
 - إذا قررت قبول قرار رفض التماسك، فستنتهي عملية الالتماس.
 - إذا قررت عدم قبول القرار، فيمكنك تقديم التماس من مستوى أعلى كي تتم عملية المراجعة. إذا جاء رد المجلس برفض الالتماس، فسيخبرك الإخطار الذي ستحصل عليه بما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى التماس من المستوى 5 وكيفية المضي قدما في الالتماس من المستوى 5.

الالتماس من المستوى 5

سيقوم قاضي محكمة المقاطعة الفيدرالية بمراجعة التماسك.

- سيراجع القاضي جميع المعلومات ويقرر إما الموافقة أو رفض طلبك. هذه إجابة نهائية. لا توجد أي مستويات للالتماس بعد محكمة المقاطعة الفيدرالية.

تقديم الشكاوى

القسم 11 كيفية تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو المخاوف الأخرى.

القسم 11.1 ما هي أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكاوى؟

تُستخدم عملية تقديم الشكاوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. هذا يتضمن المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية الطبية وفترات الانتظار وخدمة العملاء. فيما يلي أمثلة على أنواع المشكلات التي تعالجها عملية تقديم الشكاوى.

الشكاوى	مثال
جودة الرعاية الطبية الخاصة بك	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما فيها الرعاية داخل المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	<ul style="list-style-type: none"> هل أقدم شخص ما على عدم احترام حقك في الخصوصية أو مشاركة المعلومات السرية؟
عدم الاحترام أو خدمة عملاء سيئة أو أي سلوكيات سلبية أخرى	<ul style="list-style-type: none"> هل عاملك شخص بعدم احترام؟ هل أنت غير راضٍ عن خدمات الأعضاء لدينا؟ هل تشعر أنه يتم تشجيعك على ترك خطتنا؟
أوقات الانتظار	<ul style="list-style-type: none"> هل واجهتك مشكلة في تحديد موعد أو الانتظار طويلاً لتحديده؟ هل طالبت فترة انتظارك لدى الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من الأخصائيين الصحيين؟ أو من قبل خدمات الأعضاء أو غيرهم من موظفي خطتنا؟ <ul style="list-style-type: none"> تشمل الأمثلة الانتظار لمدة طويلة على الهاتف، أو في غرفة الانتظار أو الكشف أو عند الحصول على وصفة طبية.
النظافة	<ul style="list-style-type: none"> هل أنت غير راضٍ عن نظافة أو حالة العيادة، أو المستشفى، أو مكتب الطبيب؟
المعلومات التي تحصل عليها منا	<ul style="list-style-type: none"> هل أخفقنا في تقديم الإخطار اللازم لك؟ هل يصعب فهم معلوماتنا الكتابية؟

الشكوى	مثال
الدقة في المواعيد (تتعلق أنواع الشكاوى هذه بتوقيت إجراءاتنا المتعلقة بما يلي قرارات والتماسات التغطية)	إذا كنت قد طلبت قرار تغطية، أو قدمت التماسًا، وترى أننا نتأخر في الرد، فيمكنك تقديم شكوى بشأن البطء في اتخاذ القرار. نعرض فيما يلي بعض الأمثلة: <ul style="list-style-type: none"> • إذا طلبت منا قرارًا بالتغطية السريعة أو التماسًا سريعًا، ورفضنا ذلك، فيمكنك وقتها تقديم شكوى. • إذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد المحددة لإعطائك قرار التغطية أو الرد على الالتماسات، فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا لا نفي بالمواعيد النهائية للتغطية أو تعويضك مقابل بعض البنود أو الخدمات أو الأدوية الطبية التي تمت الموافقة عليها؛ فيمكنك تقديم شكوى. • إذا كنت تعتقد أننا أخفقنا في الوفاء بالمواعيد النهائية المطلوبة لإحالة حالتك إلى منظمة المراجعة المستقلة؛ فيمكنك تقديم شكوى.

كيفية تقديم شكوى

القسم 11.2

المصطلحات القانونية:

تُعرف **الشكوى** أيضًا باسم **التظلم**.

ويعرف أيضًا بتقديم شكوى باسم **تقديم تظلم**.

ويعرف أيضًا استخدام عملية تقديم الشكاوى باسم استخدام عملية تقديم تظلم.

وتعرف **الشكوى السريعة** أيضًا باسم **التظلم العاجل**.

الخطوة 1: اتصل بنا على الفور - إما عن طريق الهاتف أو كتابيا.

- **الاتصال بخدمات الأعضاء على 1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) عادة ما تكون **الخطوة الأولى**. إذا كان هناك أي شيء آخر تحتاج إلى القيام به، فسوف يخبرك قسم "خدمات الأعضاء".
- **إذا لم ترغب في الاتصال (أو اتصلت ولم تكن راضيًا)، فيمكنك كتابة شكواك وإرسالها إلينا.** في حال إرسال شكواك إلينا مكتوبة، فسندرد عليها كتابة.
- لتقديم تظلم (شكوى) كتابيًا، أرسل لنا شكواك المكتوبة إلى العنوان المدرج في الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد المهمة (كيفية الاتصال بنا عندما تقدم شكوى بشأن الأدوية الموصوفة في الجزء (د) أو كيفية الاتصال بنا عند تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية).
- يرجى التأكد من تقديم جميع المعلومات ذات الصلة، بما في ذلك أي وثائق داعمة تعتقد أنها مناسبة. يجب أن نتلقى شكواك في غضون 60 يومًا تقويميًا من الحدث أو الحادث الذي أدى إلى تقديمك لشكواك.
- سيتم التحقيق في مشكلتك من قبل أحد أعضاء فريق الشكاوى لدينا. إذا قمت بإرسال شكواك شفهيًا، فسنعلمك بنتيجة مراجعتنا وقرارنا شفهيًا أو كتابيًا. إذا قمت بتقديم شكوى شفوية وطلبت أن يكون الرد كتابيًا، فسندرد كتابيًا. إذا أرسلت إلينا شكوى مكتوبة، فسوف نرسل إليك ردًا مكتوبًا يوضح نتيجة مراجعتنا. سيتضمن إشعارنا وصفًا لفهمنا لشكواك وحلولنا بعبارات واضحة.
- سنعالج شكواك بالسرعة التي تناسب حالتك، وذلك بناءً على حالتك الصحية، بما لا يتجاوز 30 يومًا تقويميًا بعد تلقي شكواك. قد نقوم بمد الإطار الزمني لمدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا إذا قمنا بتسوية الحاجة للمعلومات الإضافية وكان التأخير في مصلحتك الفضلى.
- ويحق لك أيضًا طلب تظلم سريع "عاجل". التظلم "العاجل" السريع هو نوع من الشكاوى التي يجب حلها في غضون 24 ساعة من وقت اتصالك بنا. لديك الحق في طلب تظلم "عاجل" سريع إذا كنت لا توافق على:

- خطتنا بمد الفترة الزمنية لمدة تصل إلى 14 يومًا تقويميًا وذلك من أجل تحديد قرار المؤسسة/التغطية أو إعادة النظر/إعادة التحديد (الالتماس)؛ أو
- رفضنا لطلبك بتعجيل قرار المؤسسة أو إعادة النظر (الالتماس) للحصول على الخدمات الصحية أو؛
- رفضنا لطلبك بتعجيل قرار التغطية أو إعادة التحديد (الالتماس) للحصول على دواء موصوف طبيًا.
- وتكون عملية التظلم "العاجلة" السريعة على النحو التالي:
- يمكنك أنت أو ممثلك المفوض الاتصال للإبلاغ عن شكواك أو إرسالها عبر الفاكس أو البريد والإشارة إلى رغبتك في تقديم شكوى سريعة أو عملية تظلم سريعة. اتصل برقم الهاتف أو الفاكس أو اكتب شكواك وأرسلها إلى العنوان المدرج في الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد المهمة (كيفية الاتصال بنا عندما تقدم شكوى بشأن الأدوية الموصوفة في الجزء (D)) أو (كيفية الاتصال بنا عند تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية). أسرع طريقة لتقديم شكوى سريعة هي الاتصال بنا أو إرسالها عبر الفاكس. أسرع طريقة لتقديم تظلم هي الاتصال بنا. عندما نستلم شكواك، سنحقق فوراً في المشكلة التي حددتها. إذا وافقنا على شكواك، فسنلغي مد الفترة الزمنية لمدة 14 يومًا تقويميًا، أو سنقوم بتسريع القرار أو الالتماس كما طلبت في الأصل بغض النظر عما إذا كنا نوافق أم لا، سنحقق في شكواك ونبلغك بقرارنا في غضون 24 ساعة.
- سواء كنت تتصل أو ترسل، يجب عليك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) على الفور. يمكنك تقديم الشكوى في أي وقت بعد أن واجهتك المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.

الخطوة 2: نظر في شكواك ونقدم لك ردنا.

- إذا أمكن، فسنجيب عليك على الفور. في حال الاتصال بنا بشأن شكوى ما، قد نرد عليك في نفس المكالمة الهاتفية.
- يتم الرد على معظم الشكاوى في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات والتأخير يصب في مصلحتك، أو إذا كنت تسأل عن المزيد من الوقت، فيمكننا أن نستغرق حتى 14 يومًا تقويميًا (إجمالاً 44 يومًا تقويميًا) للإجابة على شكواك. وإذا قررنا استغراق أيامًا إضافية، فسنخبرك بذلك خطيًا.
- إذا كنت تقوم بتقديم شكوى بسبب رفضنا لطلبك "قرار التغطية السريع" أو "الالتماس السريع"، فسنقوم تلقائيًا بإتاحة تقديم "شكوى سريعة" لك. إذا قدمت شكوى سريعة، فهذا يعني أننا سوف نوافيك بالرد في غضون 24 ساعة.
- في حالة عدم موافقتنا على جزء من شكواك أو كلها، أو عدم تحمل المسؤولية للمشكلة التي تشكو منها، فسنقوم بتضمين أسبابنا في ردنا عليك.

القسم 11.3 يمكنك أيضًا تقديم الشكاوى المتعلقة بجودة الرعاية لدى منظمة تحسين الجودة

عندما تكون شكواك بشأن جودة الرعاية، فلديك أيضًا خياران 2 إضافيان:

- يمكنك تقديم شكواك مباشرة إلى منظمة تحسين الجودة.
- تُعد "منظمة تحسين الجودة" مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية الذين يتقاضون رواتبهم من الحكومة الفيدرالية للتحقق من مستوى الرعاية المقدمة لمرضى Medicare وتحسينها. يحتوي الفصل 2 على معلومات الاتصال.
- أو

- يمكنك تقديم شكواك إلى كل من منظمة تحسين الجودة ولنا في نفس الوقت.

القسم 11.4 يمكنك أيضًا إخبار Medicare و Medicaid بشكواك

يمكنك تقديم شكوى بشأن Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي/جهاز التواصل عن بعد للصم: الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حول خطتنا مباشرة إلى Virginia Medicaid من خلال إكمال وتقديم نموذج الشكوى الموجود في <https://www.dmas.virginia.gov/appeals/appeals-overview/> عن طريق:

:Mail

Virginia Department of Medical Assistance Services

Appeals Division

600 E Broad St

Richmond, Virginia 23219

الفاكس: (804) 452-5454

أو اتصل بالرقم: **(804) 371-8488**

الفصل 10: إنهاء العضوية في خطتنا

القسم 1 عملية إنهاء عضويتك في خطتنا

قد يكون إنهاء عضويتك في (Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) **تطوعي** (اختيارك الخاص) أو **غير تطوعي** (ليس اختيارك الخاص):

- قد تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد المغادرة. يوفر القسمان 2 و 3 معلومات حول إنهاء عضويتك طواعية.
- هناك أيضًا حالات محددة يُطلب منا فيها إنهاء عضويتك. القسم 5 يخبرك القسم بشأن الحالات التي يجب علينا فيها إنهاء عضويتك.

إذا كنت تخطط لمغادرة خطتنا، فيجب أن تستمر خطتنا الاستمرار في توفير الرعاية الطبية والأدوية التي تستلزم وصفة طبية وستستمر في دفع حصتك في التكلفة حتى تنتهي عضويتك.

القسم 2 متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟

القسم 2.1 قد تتمكن من إنهاء عضويتك لأن لديك Medicaid و Medicare

- يمكن لمعظم الأشخاص لدى خطة Medicare إنهاء عضويتهم فقط في أوقات معينة من العام. نظرًا لأنك مشترك في Medicaid، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare التالية في أي شهر من شهر من السنة:
 - برنامج Original Medicare مع برنامج أدوية وصفات طبية منفصلة من Medicare،
 - برنامج Original Medicare بدون خطة أدوية وصفات طبية منفصلة من Medicare (إذا اخترت هذا الخيار، وتلقيت مساعدة إضافية، فيمكن لبرنامج Medicare تسجيلك في خطة أدوية، ما لم تقم بإلغاء الاشتراك في التسجيل التلقائي)، أو
 - إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على خطة D-SNP متكاملة توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة.

ملاحظة: في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديرة بالحصول على الائتمان لفترة متواصلة تستمر 63 يومًا أو أكثر، فقد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

- اتصل بمكتب Medicaid بالولاية لمعرفة خيارات خطة Medicaid (أرقام الهاتف واردة في **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذا المستند).
- تتوفر خيارات أخرى لخطة الرعاية الصحية Medicare أثناء **فترة التسجيل المفتوحة**. يخبرك القسم 2.2 المزيد حول فترة التسجيل المفتوح.
- **ستنتهي عضويتك عادة في أول يوم من الشهر بعد تلقينا طلبك لتغيير خطتك**. وسيبدأ تسجيلك في خطتك الجديدة أيضًا في هذا اليوم.

القسم 2.2 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوحة

يمكنك إنهاء عضويتك خلال **فترة التسجيل المفتوح** كل عام. خلال هذا الوقت، راجع حالتك الصحية وتغطيتك الدوائية واتخذ قرارًا بشأن التغطية للعام القادم.

- **فترة التسجيل المفتوح من أكتوبر 15 إلى ديسمبر 7.**
- **اختر إما الاحتفاظ بتغطيتك الحالية أو إجراء تغييرات على تغطيتك للعام القادم**. إذا قررت التغيير إلى خطة جديدة، فيمكنك اختيار أي نوع من الخطط التالية:
 - خطة صحية أخرى من Medicare، مع تغطية الأدوية أو بدون ذلك.
 - برنامج Original Medicare مع خطة أدوية Medicare منفصلة.

- Original Medicare بدون خطة الأدوية من Medicare منفصلة.
- إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على خطة D-SNP متكاملة توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة.

إذا تلقيت "Extra Help" (المساعدة الإضافية) من Medicare لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة لك: إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية موصوفة منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تختار رفض الاشتراك التلقائي.

ملاحظة: في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديدة بالحصول على الائتمان لفترة متواصلة تستمر 63 يومًا أو أكثر، فقد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

- **ستنتهي عضويتك في خطتنا** عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة في الأول من 1 يناير.

القسم 2.3 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage

يمكنك إجراء تغيير واحد على تغطيتك الصحية خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage كل عام.

- **فترة التسجيل المفتوحة السنوية لبرنامج Medicare Advantage** من 1 يناير إلى 31 مارس، وكذلك للمستفيدين الجدد من برنامج الرعاية الطبية المسجلين في خطة MA، من شهر الاستحقاق للجزء A والجزء B حتى اليوم الأخير من الشهر الثالث 3 من الاستحقاق.
- **خلال فترة التسجيل المفتوحة في Medicare Advantage يمكنك:**
 - الانتقال إلى خطة Medicare Advantage Plan أخرى مع تغطية الأدوية أو بدون ذلك.
 - إلغاء التسجيل من خطتنا والحصول على تغطية من خلال Original Medicare. في حالة انتقالك إلى Original Medicare خلال هذه الفترة، يمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة أدوية Medicare منفصلة في نفس الوقت.
 - **ستنتهي عضويتك** في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تسجيلك في خطة Medicare Advantage مختلفة أو تلقينا طلبك للتبديل إلى Original Medicare. إذا اخترت أيضًا التسجيل في خطة الأدوية من Medicare، فإن عضويتك في خطة الأدوية ستبدأ في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تلقي خطة الأدوية لطلب تسجيلك.

القسم 2.4 في حالات معينة، يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة

في حالات معينة، قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك في أوقات أخرى من العام. وتعرف هذه الفترة باسم **فترة التسجيل الخاصة**.

قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل الخاصة إذا كان أي من الحالات التالية ينطبق عليك. هذه مجرد أمثلة. للحصول على القائمة الكاملة، يمكنك الاتصال بخطتنا أو الاتصال بـ Medicare أو زيارة [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov):

- عادة، عندما تتحرك
- إذا كنت مشتركًا في Medicaid
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية لتغطية أدوية Medicare
- إذا انتهكنا عقدنا معك
- إذا كنت تتلقى الرعاية في منظمة، مثل دار ترميز أو مستشفى الرعاية طويلة الأجل (LTC)
- إذا قمت بالتسجيل في برنامج (PACE) Program of All-inclusive Care for the Elderly.

ملاحظة: إذا كنت في برنامج لإدارة الأدوية، فقد تكون مؤهلاً فقط لفترات تسجيل خاصة معينة. يخبرك الفصل 5، القسم 10 المزيد عن برامج إدارة الأدوية.

ملاحظة: يخبرك القسم 2.1 بالمزيد حول فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشتركين في Medicaid.

تختلف فترات التسجيل حسب حالتك.

لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لفترة تسجيل خاصة، اتصل ببرنامج Medicare على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب حالة خاصة، فيمكنك اختيار تغيير تغطية الأدوية وتغطية Medicare الصحية. يمكنك اختيار:

- خطة صحية أخرى من Medicare، مع تغطية الأدوية أو بدون ذلك.
- برنامج Original Medicare مع خطة أدوية Medicare منفصلة.
- Original Medicare بدون خطة الأدوية من Medicare منفصلة.
- إذا كنت مؤهلاً، فستحصل على خطة D-SNP متكاملة توفر لك Medicare ومعظم أو كل مزايا وخدمات Medicaid في خطة واحدة.

ملاحظة: في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديرة بالحصول على الائتمان لفترة متواصلة تستمر 63 يوماً أو أكثر، فقد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

في حالة حصولك على مساعدة إضافية من Medicare لسداد تكاليف تغطية أدوية: إذا قمت بالانتقال إلى Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في خطة أدوية منفصلة من Medicare، فقد يقوم Medicare بتسجيلك في خطة أدوية ما لم تختار رفض الاشتراك التلقائي.

ستنتهي عضويتك عادة في أول يوم من الشهر بعد تلقي طلبك لتغيير خطتك.

ملاحظة: يخبرك القسم 2.1 والقسم 2.2 بالمزيد حول فترة التسجيل الخاصة للأشخاص المشتركين في Medicaid و Extra Help (المساعدة الإضافية).

القسم 2.5 أين يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول متى يمكنك إنهاء عضويتك

إذا كانت لديك تساؤلات حول إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- اتصل بخدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**).
- يمكنك العثور على المعلومات في كتيب **Medicare** وأنت لعام 2026.
- اتصل بـ Medicare على الرقم (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم **1-877-486-2048**.

القسم 3 كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا؟

يوضح الجدول أدناه كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.

إليك ما يمكنك القيام به:

للتبديل من خطتنا إلى:

- التسجيل في خطة صحية جديدة خاصة بـ Medicare.
- سيتم إلغاء تسجيلك تلقائياً من Aetna Medicare عند بدء تغطية خطتك الجديدة.

خطة صحية أخرى من Medicare

للتبديل من خطتنا إلى:	إليك ما يمكنك القيام به:
برنامج Original Medicare مع خطة أدوية Medicare منفصلة.	<ul style="list-style-type: none"> التسجيل في خطة الأدوية الجديدة من Medicare. سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) عند بدء تغطية خطة الأدوية الجديدة الخاصة بك.
خطة Original Medicare بدون خطة منفصلة لأدوية Medicare الطبية من	<ul style="list-style-type: none"> أرسل إلينا طلبًا مكتوبًا لإلغاء التسجيل. اتصل بخدمات الأعضاء على 1-855-463-0933 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711) لمزيد من المعلومات حول كيفية القيام بذلك. يمكنك أيضًا الاتصال بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) واطلب إلغاء تسجيلك. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. سيتم إلغاء تسجيلك من Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) عند بدء تغطيتك في Original Medicare.

ملاحظة: في حال إلغاء تسجيلك من تغطية أدوية Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وانتقالك بدون تغطية أدوية وصفات طبية جديرة بالحصول على الائتمان لفترة متواصلة تستمر 63 يومًا أو أكثر، فقد يتعين عليك سداد غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) في حال انضمامك لخطة أدوية Medicare فيما بعد.

لطرح الأسئلة حول مزايا Cardinal Care الخاصة بك، اتصل بـ Cardinal Care. انظر **الملحق أ** في الجزء الخلفي من هذا المستند للحصول على معلومات الاتصال. يمكنك طرح سؤال حول مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare على كيفية حصولك على تغطية Cardinal Care.

القسم 4 حتى تنتهي عضويتك، يتعين عليك مواصلة الحصول على العناصر والخدمات والأدوية الطبية الخاصة بك من خلال خطتنا

حتى تنتهي عضويتك، وتبدأ تغطية Medicare و Medicaid الجديدة، يجب عليك الاستمرار في الحصول على مستلزماتك الطبية وخدماتك والأدوية الموصوفة طبيًا من خلال خطتنا.

- استمر في استخدام مقدمي الخدمات التابعين لشبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- استمر في استخدام صيدليات الشبكة أو الطلب عبر البريد لصرف الوصفات الطبية الخاصة بك.
- إذا تم إدخالك المستشفى في يوم انتهاء عضويتك، فستتم تغطية إقامتك بالمستشفى من قبل خطتنا حتى خروجك من المستشفى (حتى في حالة خروجك من المستشفى بعد بدء التغطية الصحية الجديدة).

القسم 5 يتعين على Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إنهاء عضويتنا في خطتنا في مواقف معينة

يتعين على Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في خطتنا في حالة حدوث أي مما يلي:

- إذا لم يعد لديك الجزء (A) والجزء (B) من Medicare.
 - لم تعد مؤهلاً للحصول على خدمات Medicaid كما ورد في الفصل 1، القسم 2.1، خطتنا من أجل الأشخاص المستحقين لكل من Medicare و Medicaid. ستستمر خطتنا في تغطية مزايا Medicare الخاصة بك لفترة سماح تصل إلى ستة (6) أشهر إذا فقدت أهلية برنامج Medicaid. تبدأ فترة السماح هذه في اليوم الأول من الشهر بعد علمنا بفقدانك للأهلية وإبلاغك بذلك. إذا لم تسترد برنامج Medicaid في نهاية فترة السماح البالغة ستة (6) شهراً ولم تسجل في خطة مختلفة، فسنقوم بإلغاء تسجيلك من خطتنا وسيتم تسجيلك مرة أخرى في Original Medicare. للحصول على معلومات إضافية حول الفترة المحددة، انتقل إلى الفصل 4 أو القسم 2 أو اتصل بخدمات الأعضاء على الرقم [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711).
 - في حال مغادرتك خارج منطقة خدماتنا.
 - إذا كنت بعيداً عن منطقة خدماتنا لأكثر من 6 أشهر.
 - في حال انتقالك أو ذهابك لرحلة طويلة، اتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711) لمعرفة ما إذا كان المكان الذي تنتقل إليه أو تسافر إليه يقع داخل نطاق خدمة خطتنا.
 - إذا أصبحت مسجوناً (دخول السجن)
 - إذا لم تعد من مواطني الولايات المتحدة أو لم تعد مقيماً في الولايات المتحدة بصفة شرعية.
 - في حالة تقديم معلومات كاذبة أو حجبها عن جهة تأمين أخرى لديك والتي توفر تغطية للأدوية.
 - في حال إعطائك معلومات غير صحيحة لنا عن عمد عند تسجيلك في خطتنا وهذه المعلومات تؤثر على أهليتك بالنسبة لخطتنا. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً).
 - في حال تصرفك دائماً بطريقة تثير المشكلات مما يجعل من الصعب بالنسبة لنا توفير رعاية طبية لك وللأعضاء الآخرين في خطتنا. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً).
 - في حالة السماح لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (لا يمكننا السماح لك بمغادرة خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً).
 - في حال قمنا بإنهاء عضويتك لهذا السبب، سيقوم Medicare بالتحقيق في هذه القضية من خلال المفتش العام.
- إذا كانت لديك أسئلة أو كنت ترغب في الحصول على مزيد من المعلومات حول متى يمكننا إنهاء عضويتك، فاتصل بخدمات الأعضاء على [1-855-463-0933](tel:1-855-463-0933) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم 711).

القسم 5.1 نحن لا يمكننا مطالبتك بالانسحاب من خطتنا لأي سبب يتعلق بصحتك

غير مسموح لخطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP) بمطالبتك بترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة.

ما الذي يتعين عليك فعله في حالة حدوث هذا؟

إذا شعرت أنه تمت مطالبتك بترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، فاتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE ([1-800-633-4227](tel:1-800-633-4227)) يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم [1-877-486-2048](tel:1-877-486-2048).

القسم 5.2 لديك الحق في تقديم شكوى في حال انتهاء عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، يتعين علينا إخطارك بأسباب إنهاء عضويتك كتابةً. يجب علينا أيضاً توضيح كيفية تقديم تظلم أو شكوى بشأن قرارنا بإنهاء عضويتك.

الفصل 11: الإخطارات القانونية

القسم 1 إخطار حول القانون الحاكم

القانون الأساسي الذي ينطبق على وثيقة دليل التغطية هذه هو العنوان الثامن عشر بموجب قانون الضمان الاجتماعي والأنظمة التي أنشئت بموجب قانون الضمان الاجتماعي من قبل مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS). بالإضافة إلى ذلك، ربما تطبق بعض القوانين الفيدرالية، وفي ظل ظروف محددة، قوانين الولاية التي تعيش بها. قد تؤثر على الحقوق والمسؤوليات الخاصة بك حتى إذا كانت القوانين غير مذكورة أو موضحة في هذا المستند.

القسم 2 إخطار بشأن عدم التمييز

لا نمارس التمييز على أساس العرق أو الإثنية، أو الأصل الوطني، أو اللون أو الدين، أو الجنس، أو العمر، أو الإعاقة الذهنية، أو البدنية، أو الحالة الصحية، أو تجربة المطالبات، أو السجل الطبي، أو المعلومات الوراثية، أو دليل على قدرة التأمين أو الموقع الجغرافي. يجب على كافة المؤسسات التي توفر خطط Medicare Advantage مثل خطتنا اتباع القوانين الفيدرالية المناهضة للتمييز، والتي تتضمن العنوان السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لسنة 1973، وقانون التمييز ضد السن لسنة 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقات والقسم 1557 من قانون الرعاية بأسعار معقولة وكافة القوانين الأخرى التي تطبق على المؤسسات التي تحصل على تمويل فيدرالي وأي قوانين وقواعد أخرى تطبق لأي سبب آخر.

إذا أردت المزيد من المعلومات أو راودتك الشكوك حول التمييز أو معاملة غير المنصفة، فيرجى الاتصال **بمكتب الحقوق المدنية** التابع لقسم الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم **1-800-368-1019** (الهاتف النصي **1-800-537-7697**) أو مكتب الحقوق المدنية المحلي لديك. يمكنك أيضًا مراجعة معلومات من Department of Health and Human Services' Office for Civil Rights (مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية)، على www.HHS.gov/ocr/index.html.

إذا كنت تعاني من إعاقة وتحتاج إلى مساعدة في الوصول إلى الرعاية، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**). إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة في الحصول على كرسي متحرك، فيمكن لقسم "خدمات الأعضاء" تقديم المساعدة.

القسم 3 إخطار حول حقوق إحلال المسدد الثانوي من Medicare

لدينا الحق والمسؤولية في جمع خدمات Medicare المغطاة التي لم يكن Medicare المسدد الأساسي لها. وفقًا للوائح CMS في القسمين 422.108 و 423.462 من العنوان 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية (CFR)، فإن خطة Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)، بصفتها منظمة تابعة لـ Medicare Advantage Organization ستمارس نفس الحقوق الخاصة باستعادة ممارسات التأمين العام الموجودة ضمن لوائح CMS في الأجزاء الفرعية (B) حتى (D) للجزء 411 الخاص بالعنوان 42 من مدونة اللوائح الفيدرالية والقواعد التي تم إنشاؤها في هذا القسم والتي تحل محل أي قانون من قوانين الولاية. في بعض الأحوال، يجب على الأطراف الأخرى دفع تكاليف الرعاية الطبية الخاصة بك قبل خطة Medicare Advantage الخاصة بك. في هذه الحالات، قد تدفع خطة Medicare Advantage الخاصة بك، ولكن لها الحق في استرداد المدفوعات من هذه الأطراف الأخرى. قد لا تكون خطط Medicare Advantage هي الدافع الأساسي للرعاية الطبية التي تتلقاها. تشمل هذه المواقف تلك التي يعتبر فيها برنامج Medicare الفيدرالي دافعًا ثانويًا بموجب قوانين برنامج Medicare Secondary Payer. للحصول على معلومات حول برنامج الدفع الثانوي الفيدرالي لبرنامج Medicare، لدى Medicare كتيبًا يحتوي على معلومات عامة حول ما يحدث عندما يكون لدى الأشخاص الذين يستخدمون Medicare تأمينًا إضافيًا. يطلق عليه Medicare والمزايا الصحية الأخرى: *Your Guide to Who Pays First* (دليلك إلى من يدفع أولاً) (رقم النشر 02179). يمكنك الحصول على نسخة من خلال الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (**1-800-633-4227**)، أو على مدار 24 اليوم، 7 أيام في الأسبوع، أو من خلال زيارة موقع Medicare.gov على الويب.

تستند حقوق الخطة في الاسترداد في هذه الحالات إلى شروط عقد الخطة الصحية هذا، بالإضافة إلى أحكام القوانين الفيدرالية التي تحكم برنامج Medicare. دائمًا ما تكون تغطية خطة Medicare Advantage الخاصة بك ثانوية بالنسبة لأي دفعة يتم سدادها أو من المتوقع إجراؤها بشكل معقول بموجب:

- قانون أو خطة تعويض العمال في الولايات المتحدة أو ولاية،
- أي تأمين غير قائم على الأخطاء، بما في ذلك التأمين على السيارات والتأمين بدون أخطاء وتأمين المدفوعات الطبية،
- أي بوليصة أو خطة تأمين ضد المسؤولية (بما في ذلك خطة التأمين الذاتي) صادرة بموجب سياسة أو تغطية أي سيارة أو أي نوع آخر من السياسة أو التغطية، و
- أي بوليصة أو خطة تأمين على السيارات (بما في ذلك خطة التأمين الذاتي)، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، تغطية السائقين غير المؤمن عليهم وليس لهم تأمين.

نظرًا لأن خطة Medicare Advantage الخاصة بك دائمًا ما تكون ثانوية لأي تغطية خالية من الأخطاء في السيارة (الحماية من الإصابات الشخصية) أو تغطية المدفوعات الطبية، يجب عليك مراجعة سياسات التأمين على السيارات الخاصة بك للتأكد من اختيار أحكام السياسة المناسبة لجعل تغطية السيارة الخاصة بك أساسية لعلاجك الطبي الناشئ من حادث سيارة.

كما هو موضح هنا، في هذه الحالات، قد تقوم خطة Medicare Advantage الخاصة بك بدفع مدفوعات نيابة عنك لهذه الرعاية الطبية، وفقًا للشروط المنصوص عليها في هذا الحكم لخطة استرداد هذه المدفوعات منك أو من أطراف أخرى. فور إجراء أي دفعة مشروطة، سيتم استبدال خطة Medicare Advantage الخاصة بك لتحل محل جميع حقوق الاسترداد التي تتمتع بها ضد أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو حالتك أو ضد أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة كدافع أساسي أعلاه.

بالإضافة إلى ذلك، إذا تلقيت مدفوعات من أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو حالتك أو تلقيت مدفوعات من أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة على أنها دافع رئيسي أعلاه، فإن خطة Medicare Advantage الخاصة بك لها الحق في الاسترداد من، وأن يتم تعويضك عن جميع المدفوعات المشروطة التي قدمتها الخطة أو ستدفعها نتيجة لتلك الإصابة أو المرض أو الحالة.

ستحصل خطة Medicare Advantage الخاصة بك تلقائيًا على امتياز، إلى حد المزايا التي دفعتها لعلاج الإصابة أو المرض أو الحالة عند أي استرداد سواء عن طريق التسوية أو الحكم أو غير ذلك. يجوز فرض الحجز على أي طرف يمتلك أموالاً أو عائدات تمثل مبلغ المزايا التي تدفعها الخطة بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، أنت أو ممثلك أو وكلائك أو أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو الحالة أو أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة على أنها دافع أساسي أعلاه.

بقبول المزايا (سواء تم دفع هذه المزايا لك أو نيابة عنك إلى أي مقدم رعاية صحية) من خطة Medicare Advantage الخاصة بك، فإنك تقر بأن حقوق استرداد الخطة هي مطالبة ذات أولوية أولى ويجب دفعها للخطة قبل أي مطالبة أخرى بالتعويض عن الأضرار التي لحقت بك. يحق للخطة استرداد كامل على أساس الدولار الأول من أي مدفوعات، حتى لو كان هذا الدفع للخطة سيؤدي إلى استرداد لك غير كافٍ لدفع لك كليًا أو لتعويضك جزئيًا أو كليًا عن الأضرار التي لحقت بك. خطة Medicare Advantage الخاصة بك غير مطلوبة للمشاركة في أو دفع تكاليف المحكمة أو أتعاب المحاماة لأي محام تقوم بتعيينه لمتابعة مطالبات الضرر الخاصة بك.

يحق لخطة Medicare Advantage الخاصة بك الحصول على استرداد كامل بغض النظر عما إذا كان أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مسؤولة عن التسبب في إصابتك أو مرضك أو حالتك أو أي شخص أو كيان أو شركة تأمين مدرجة على أنها دافع أساسي أعلاه. يحق للخطة الاسترداد الكامل بغض النظر عما إذا كانت التسوية أو الحكم الذي تتلقاه يحدد المزايا الطبية التي قدمتها الخطة أو تزعم تخصيص أي جزء من هذه التسوية أو الحكم لدفع المصاريف بخلاف النفقات الطبية. يحق لخطة Medicare Advantage استرداد من أي وجميع التسويات أو الأحكام، حتى تلك المخصصة للألم والمعاناة والأضرار غير الاقتصادية و/ أو الأضرار العامة فقط.

يجب أن تتعاون أنت وممثلك القانونيون بشكل كامل مع جهود الخطة لاسترداد المزايا المدفوعة. من واجبك إخطار الخطة في غضون 30 يومًا من تاريخ تقديم إخطار إلى أي طرف، بما في ذلك شركة التأمين أو المحامي، بخصوص نيتك في متابعة مطالبة أو التحقيق فيها لاسترداد الأضرار أو الحصول على تعويض بسبب إصابة أو مرض أو حالة تكبدتها، قدمنا من طرفنا المزايا من أجلها. يجب أن تقدم أنت ووكلائك أو ممثلك جميع المعلومات التي تطلبها الخطة أو ممثلوها. لا يجوز لك فعل أي شيء يمس باستبدال خطة Medicare

الفصل 11. الإخطارات القانونية

Advantage المتعلقة بالحلول أو مصلحة الاسترداد الخاصة بك أو الإضرار بقدرة الخطة على إنفاذ شروط هذا الحكم. وهذا يشمل، على سبيل المثال لا الحصر، الامتناع عن إجراء أي تسوية أو استرداد يحاول تقليل أو استبعاد التكلفة الكاملة لجميع المزايا التي توفرها الخطة.

قد يؤدي عدم تقديم المعلومات المطلوبة أو الفشل في مساعدة خطة Medicare Advantage الخاصة بك في متابعة حقوق الحلول أو الاسترداد إلى أن تكون مسؤولاً بشكل شخصي عن تعويض الخطة عن المزايا المدفوعة المتعلقة بالإصابة أو المرض أو الحالة وكذلك رسوم محامي الخطة والتكاليف المتكبدة في الحصول على تعويض منك. لمزيد من المعلومات، انظر 42 U.S.C. § 1395y(b)(2)(A)(ii) وقوانين Medicare.

القسم 4 إخطار بشأن استرداد المدفوعات الزائدة

إذا فاقت المزايا المدفوعة بواسطة دليل التغطية هذا، بالإضافة إلى المزايا المدفوعة من قبل الخطط الأخرى، بما يتجاوز المبلغ الإجمالي للنفقات، يحق لـ Aetna استرداد مبلغ هذه الدفعة الزائدة من بين واحد أو أكثر مما يلي: (1) أي شخص تم دفع هذه المدفوعات إليه أو لصالحه؛ (2) خطط أخرى؛ أو (3) أي كيان آخر تم سداد هذه المدفوعات إليه. يُمارس حق الاسترداد هذا وفقاً لتقدير Aetna. يجب عليك تحرير أي وثائق والتعاون مع Aetna لضمان حقها في استرداد هذه المدفوعات الزائدة، بناءً على طلب من Aetna.

القسم 5 قرارات التغطية الوطنية

تضيف خطة Medicare أحياناً تغطية للخدمات الجديدة خلال العام ضمن برنامج Original Medicare. في حالة إضافة Medicare لتغطية لأي خدمات خلال العام 2026 فسُتُغَطى تلك الخدمات إما من Medicare وإما من خلال خطتنا. عندما تتلقى تحديثات التغطية من Medicare، يطلق عليها "قرارات التغطية الوطنية"، سننشر تحديثات التغطية على موقعنا على الويب [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp). يمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء للحصول على تحديثات التغطية التي تم نشرها لسنة المزايا.

الفصل 12: التعريفات

مركز الخدمات الجراحية السامحة بالتجول – مركز الخدمات الجراحية السامحة بالتجول هو كيان يعمل بشكل حصري لغرض تأييد الخدمات الجراحية في عيادات المرضى الخارجية ولا تتطلب دخول المستشفى حيث من المتوقع البقاء في المركز لمدة لا تتجاوز 24 ساعة.

الالتماس – الالتماس هو إجراء تفعله إذا كنت لا توافق على قرارنا حول رفض طلب تغطية خدمات الرعاية الصحية أو أدوية الوصفات الطبية أو السداد مقابل الخدمات أو الأدوية التي استلمتها بالفعل. يمكنك أيضًا تقديم التماس إذا كنت لا تتفق مع قرارنا لوقف الخدمات التي تتلقاها.

فترة المزايا – الطريقة التي تقيس بها كل من خطتنا وبرنامج Original Medicare استخدامك لخدمات مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة (SNF). تبدأ فترة المزايا من اليوم الذي تنتقل فيه إلى مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة. تنتهي فترة المزايا عندما لا تتلقى أي العناية المتخصصة في مرفق الرعاية التمريضية الماهرة (SNF) لمدة 60 يومًا على التوالي. في حالة الانتقال إلى مرفق الرعاية التمريضية الحاذقة بعد انتهاء فترة المزايا، تبدأ فترة منافع جديدة. ليس هناك حد لعدد فترات المزايا.

المنتج البيولوجي – دواء موصوف طبيًا مصنوع من مصادر طبيعية وحية مثل الخلايا الحيوانية أو الخلايا النباتية أو البكتيريا أو الخميرة. المنتجات البيولوجية أكثر تعقيدًا من الأدوية الأخرى ولا يمكن نسخها تمامًا، لذلك تسمى الأشكال البديلة بالبدائل الحيوية. (انتقل إلى **”المنتج البيولوجي الأصلي“** و **”البدائل الحيوية“**)

دواء حيوي مماثل – منتج بيولوجي مشابه جدًا، ولكن ليس مطابقًا، للمنتج البيولوجي الأصلي. المنتجات الحيوية المماثلة آمنة وفعالة مثل المنتج البيولوجي الأصلي. يمكن استبدال بعض المنتجات البيولوجية المماثلة بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة (انظر **”دواء حيوي قابل للتبادل“**).

دواء يحمل اسمًا تجاريًا – هو دواء وصفة طبية تم تصنيعه وبيعه من قبل شركة قامت بعمل أبحاث وتطوير الدواء في الأساس. تحتوي الأدوية التي تحمل اسمًا تجاريًا على نفس المكونات النشطة كإصدارات عامة من الأدوية. ومع ذلك، يتم تصنيع الأدوية الجينية وبيعها من قبل شركات تصنيع الأدوية الأخرى، وعادة ما تكون غير متوفرة حتى بعد انتهاء صلاحية براءة الاختراع على دواء يحمل اسمًا تجاريًا.

السنة التقويمية – فترة سنة واحدة بين يناير 1 وديسمبر 31.

مرحلة التغطية في حالة الكوارث – المرحلة في الجزء ”د“ من مزايا الأدوية التي تبدأ عندما تنفق أنت (أو أي أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) \$2,100 على الأدوية المغطاة من الجزء ”د“ خلال السنة المغطاة. خلال مرحلة الدفع هذه، لن تدفع أي شيء مقابل الأدوية المغطاة ضمن الجزء (D).

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) – الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن إدارة Medicare.

خطة الاحتياجات الخاصة للرعاية المزمنة (C-SNP) – هي SNPs التي تقيد التسجيل للأشخاص المؤهلين للحصول على MA والذين يعانون من أمراض خطيرة ومزمنة محددة.

التأمين المشترك – هو مبلغ ربما يُطلب منك سداذه، معبرًا عنه كنسبة مئوية (على سبيل المثال 20%) كحصتك من التكلفة مقابل الخدمات أو أدوية الوصفات الطبية بعد دفع أي مبلغ من الخصومات.

الشكوى – الاسم الرسمي لتقديم شكوى هو **تقديم تظلم**. تُستخدم عملية تقديم الشكوى فقط لأنواع معينة من المشكلات. هذا يتضمن المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية الطبية وفترات الانتظار وخدمة العملاء التي تتلقاها. وتشتمل أيضًا على الشكاوى إذا كانت خطتنا لا تتبع الفترات الزمنية في عملية الالتماس.

مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) - المرفق الذي يوفر بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد مرض ما أو إصابة، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية والمعالجة النفسية والعلاج المهني وخدمات اضطراب النطق والتخاطب وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

المشاركة في السداد (أو المشاركة في الدفع) - هو مبلغ ربما يطلب منك سداده كحصتك في التكلفة مقابل الخدمة الطبية أو الإمداد، مثل زيارة الطبيب، أو زيارة المستشفى للمرضى الخارجيين أو أدوية الوصفات الطبية. المشاركة في السداد هو مبلغ محدد (على سبيل المثال \$10)، بدلا من النسبة المئوية.

تقاسم التكلفة - يشير تقاسم التكلفة إلى المبالغ التي يجب على العضو سدادها عند تلقي الخدمات أو الأدوية. تتضمن مشاركة في السداد أي مجموعة من أنواع الدفعات الثلاثة التالية: (1) أي مبلغ خصم ربما تفرضه الخطة قبل خضوع الخدمات أو الأدوية للتغطية؛ (2) أي قيمة ثابتة تتعلق بالمشاركة في السداد حيث تحتاج إليه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء محدد؛ أو (3) أي مبلغ متعلق بتأمين مشترك، وهو نسبة مئوية من إجمالي المبلغ الذي تم سداده مقابل خدمة أو دواء حيث تحتاج إليه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء معين.

مستوى تقاسم التكلفة - كل دواء في قائمة الأدوية المغطاة مدرج في أحد مستويات تقاسم التكلفة 5. وبشكل عام، كلما زاد مستوى تقاسم التكلفة، زادت تكلفتك مقابل الدواء.

حكم التغطية - قرار حول ما إذا كانت أدوية الوصفات الطبية خاضعة للتغطية بواسطة الخطة والمبلغ، إن وجد، فأنت مطالب بسداد الوصفة الطبية. بشكل عام، إذا أحضرت الوصفة الطبية إلى الصيدلية وأخبرتك الصيدلية أن الوصفة الطبية غير خاضعة للتغطية ضمن خطتنا، فإن هذا ليس حكم التغطية. يلزمك الاتصال أو الكتابة إلى خطتنا لكي نطلب منها قرارًا رسميًا حول التغطية. ويطلق على عمليات **أحكام التغطية** أيضًا قرارات التغطية في هذه الوثيقة.

الأدوية المغطاة - هو المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الأدوية المغطاة من خلال خطتنا.

الخدمات المغطاة - هو المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات ومستلزمات الرعاية الصحية الخاضعة للتغطية بواسطة خطتنا.

تغطية أدوية الوصفات الطبية الجديرة بالحصول على الائتمان - تغطية أدوية الوصفات الطبية (على سبيل المثال من صاحب عمل أو نقابة) حيث من المتوقع أن يتم السداد في المتوسط أو على الأقل بقدر تغطية أدوية الوصفات الطبية الخاصة بمعايير Medicare. الأشخاص الذين لديهم هذا النوع من التغطية عندما يصبحون مؤهلين لـ Medicare يمكنهم البقاء بشكل عام على هذه التغطية دون سداد غرامة، إذا قرروا التسجيل في تغطية أدوية الوصفات الطبية من Medicare لاحقًا.

الرعاية المتحفظة - الرعاية المتحفظة هي رعاية شخصية متوفرة داخل دار التمريض أو رعاية المتحضرين أو أي مرفق آخر عندما لا تحتاج إلى رعاية طبية حاذقة أو رعاية ترميزية حاذقة. تشمل الرعاية المتحفظة، التي يقدمها أشخاص ليس لديهم مهارات أو تدريب مهني، المساعدة في أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام وارتداء الملابس وتناول الطعام والجلوس على السرير/الكروسي أو النهوض من عليه، والتحرك واستخدام الحمام. ربما يتضمن أيضًا نوع من الرعاية المتعلقة بالصحة التي يؤديها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. لا تسدد Medicare مقابل الرعاية المتحفظة.

سعر تقاسم التكلفة اليومي - يمكن تطبيق سعر تقاسم التكلفة اليومي عندما يصف طبيبك إمدادًا أقل من شهر كامل لأدوية معينة لك وأنت مطالب بسداد مبلغ المشاركة في السداد. السعر اليومي لتقاسم التكلفة هو المشاركة في سداد التكاليف مقسومًا على عدد الأيام في إمداد الشهر. فما يلي مثال على ذلك: إذا كانت المشاركة في السداد لتوفير إمدادات شهر واحد من الدواء هو \$30 وإمدادات من الأدوية لشهر واحد في خطتنا لمدة 30 يومًا، فعندئذٍ يكون السعر اليومي لتقاسم التكلفة هو \$1 لليوم الواحد.

قابلية الخصم - المبلغ الذي يجب عليك سداده مقابل حصولك على الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تبدأ خطتنا في السداد.

إلغاء التسجيل - هي عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

رسوم صرف العلاج - هو رسوم تكاليف الدواء الخاضع للتغطية في كل مرة حيث يتم صرف العلاج لسداد تكلفة صرف الوصفات الطبية، مثل وقت الصيدلي لتحضير الوصفة الطبية وتعبئتها.

الأفراد المؤهلون بشكل مزدوج - الشخص المؤهل للحصول على تغطية Medicare و Medicaid.

المؤهل للبرنامجين (D-SNP) Special Needs Plans - تسجل خطط D-SNPs الأفراد الذين يحق لهم الحصول على كل من Medicare (العنوان XVIII من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الدولة بموجب Medicaid (العنوان XIX). تغطي الولايات بعض أو كل تكاليف Medicare، وذلك حسب الولاية وأهلية الشخص.

المعدات الطبية المعمرة (DME) - هي معدات طبية محددة يتم طلبها بواسطة طبيبك من أجل أسباب طبية. تشمل الأمثلة على المشايات أو الكراسي المتحركة أو العكازات أو أنظمة المراتب التي يتم توصيلها بالطاقة أو المستلزمات المتعلقة بداء السكري أو مضخات التسريب الوريدي أو الأجهزة المساعدة على الكلام أو جهاز الأكسجين أو الرذاذات أو أسرة المستشفيات المطلوبة من أحد مقدمي الخدمات لاستعمالها في المنزل.

حالة الطوارئ - تكون حالة الطوارئ الطبية عندما تعتقد أنت أو أي شخص آخر لديه معرفة متوسطة بالصحة والطب أنك تعاني من أعراض طبية تحتاج إلى العناية الطبية الفورية للحيلولة دون الوفاة (وإذا كنت امرأة حامل، فقد طفل لم يولد بعد)، أو فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان وظيفة جسدية أو حدوث ضعف خطير بها. يمكن أن تكون الأعراض الطبية عبارة عن مرض أو إصابة أو ألم حاد أو حالة طبية تزداد سوءًا بسرعة.

رعاية الطوارئ - الخدمات المغطاة وهي: (1) مقدمة من قبل مقدم خدمات مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ؛ و (2) ضرورة لعلاج أو تقييم أو استقرار حالة طبية طارئة.

دليل التغطية (EOC) ومعلومات الإفصاح - هذه الوثيقة مع نموذج التسجيل وغير ذلك من المرفقات أو الملاحق أو وثائق التغطية الاختيارية المحددة التي توضح تغطيتك وما يجب علينا القيام به وحقوقك وما يجب عليك القيام به كعضو في خطتنا.

الاستثناء - هو أحد أنواع قرار التغطية الذي إذا تمت الموافقة عليه، يسمح لك بالحصول على دواء ليس في كتيب وصفاتنا (استثناء الوصفة)، أو الحصول على دواء غير مفضل بمستوى أقل من مشاركة التكلفة (استثناء المستوى). يمكنك أيضًا طلب استثناء إذا كانت خطتنا تتطلب منك تجربة دواء آخر قبل تلقي الدواء الذي تطلبه، إذا كانت خطتنا تتطلب تصريحًا مسبقًا للدواء وتريد منا التنازل عن قيد المعايير، أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية أو جرعة الدواء المطلوب (استثناء كتيب الوصفات).

Extra Help "المساعدة الإضافية" - برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة في سداد تكاليف برامج أدوية الوصفة الطبية من Medicare مثل الأقساط والخصومات والتأمين المشترك.

الدواء الجينيس - دواء موصوف طبيًا معتمد من قبل إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) على أنه يحتوي على نفس المكون (المكونات) النشط الخاص بالدواء الذي يحمل اسمًا تجاريًا. بوجه عام، يعمل الدواء العام مثل عمل الدواء ذي اسم علامة تجارية وعادة ما تكون تكلفته أقل.

مؤسسة الصيانة الصحية (HMO) - نوع من خطة الرعاية المدارة ضمن برنامج Medicare حيث توافق مجموعة من الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين على تقديم الرعاية الصحية للمستفيدين من Medicare مقابل مبلغ محدد من المال من Medicare كل شهر. يتعين عليك عادة الحصول على رعايتك من مقدمي الخدمات في الخطة.

الفصل 12. التعريفات

المُسعف المنزلي - هو شخص يقدم الخدمات التي لا تحتاج إلى مهارات الممرضة المعتمدة أو المعالج المعتمد، مثل المساعدة بشأن الرعاية الشخصية (على سبيل المثال، الاستحمام أو استخدام الحمام أو ارتداء الملابس أو القيام بالتدريبات الموصوفة).

دار العجزة - ميزة توفر علاجًا خاصًا للعضو الذي تم اعتماده طبيًا بأنه مريض عضال، وهذا يعني أن متوسط عمره المتوقع هو 6 أشهر أو أقل. يجب علينا بالإضافة إلى خطتنا، أن نوفر لك قائمة من دور رعاية المحتضرين في المنطقة الجغرافية الخاصة بك. في حالة تحديد دار رعاية المحتضرين والاستمرار في دفع الأقساط، ستستمر عضويتك في خطتنا. لا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات اللازمة طبيًا فضلاً عن الفوائد الإضافية التي نقدمها.

إقامة المرضى الداخليين بالمستشفى - إنه مصطلح يستخدم عند إدخالك رسميًا إلى المستشفى للحصول على الخدمات الطبية المتخصصة. ولو كنت قد أمضيت ليلة في المستشفى، فربما لا تزال تعتبر مريضًا خارجيًا.

مبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل (IRMAA) - إذا كان إجمالي الدخل المعدل كما هو موضح في إقرار ضريبة الدخل الخاص بك منذ عامين 2 تجاوز مبلغًا معينًا، فسوف تدفع مبلغ القسط القياسي ومبلغ التعديل الشهري المرتبط بالدخل، والمعروف أيضًا كما IRMAA. IRMAA هو رسوم إضافية تضاف إلى قسطك. أقل من 5% من الأشخاص مع Medicare متأثرين، ولذلك معظم الأشخاص لن يسددوا قسط مرتفع.

جمعيات الممارسات المستقلة (IPA) - IPA، أو رابطة الممارسات المستقلة، هي مجموعة مستقلة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بموجب عقد لتقديم الخدمات لأعضاء مؤسسات الرعاية المدارة. (اطلع على الفصل 1، القسم 6).

مرحلة التغطية المبدئية - هذه المرحلة تكون قبل أن تصل التكاليف النثرية من جيبك لهذا العام إلى الحد الأقصى الذي يمكنك تحمله.

فترة التسجيل المبدئية - عندما تكون مؤهلاً أولاً لبرنامج Medicare، فتكون تلك الفترة التي يمكنك الاشتراك فيها في الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare، على سبيل المثال إذا كنت مؤهلاً ل Medicare عند بلوغك 65 عامًا، فإن فترة التسجيل الأولية تكون 7 شهور تبدأ من أول 3 شهور قبل الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا، بما في ذلك الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا وتنتهي مع آخر 3 شهور بعد الشهر الذي تبلغ فيه 65 عامًا.

خطة الاحتياجات الخاصة المؤسسية (I-SNP) - تقيد I-SNPs التسجيل للأشخاص المؤهلين للحصول على MA والذين يعيشون في المجتمع ولكنهم بحاجة إلى مستوى الرعاية الذي يقدمه المرفق، أو الذين يعيشون (أو من المتوقع أن يعيشوا) لمدة 90 أيام متتالية على الأقل في بعض المرافق طويلة الأجل. تتضمن I-SNPs الأنواع التالية من الخطط: الخطط الخاصة بالمستفيدين من نوع المكافئة للمؤسسات (IE-SNPs)، وخطط المؤسسات الراهنية (HI-SNPs)، وخطط المؤسسات المعتمدة على المرافق (FI-SNPs).

خطة الاحتياجات الخاصة للمكافئة للمؤسسات (IE-SNP) - يقيد IE-SNP التسجيل للأشخاص المؤهلين للحصول على MA والذين يعيشون في المجتمع ولكنهم بحاجة إلى مستوى الرعاية الذي تقدمه المنشأة.

التظلم المتكامل - نوع من الشكوى تقدمه ضد خطتنا أو مقدمي الخدمات أو الصيدليات، بما في ذلك تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية المقدمة لك. هذا لا ينطوي على تغطية أو نزاعات الدفع.

قرار المنظمة المتكامل - هو قرار تتخذه خطتنا بشأن ما إذا تمت تغطية الخدمات أو البنود أو المبالغ المالية التي يجب عليك دفعها مقابل الخدمات أو البنود المغطاة. ويطلق على قرارات المؤسسة أيضًا "قرارات التغطية" في هذه الوثيقة.

D-SNP المتكامل - D-SNP الذي يغطي Medicare ومعظم أو كل خدمات Medicaid بموجب خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأفراد المؤهلين لكل من Medicare و Medicaid. يُعرف هؤلاء الأفراد أيضًا باسم الأفراد المؤهلين للحصول على المزايا الكاملة.

دواء حيوي مماثل قابل للتبديل - منتج حيوي مماثل يمكن استخدامه كبديل لمنتج حيوي مماثل أصلي في الصيدلية دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبى المتطلبات الإضافية المتعلقة بإمكانية الاستبدال التلقائي. يخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات أو "قائمة الأدوية") - هي قائمة من أدوية الوصفات الطبية الخاضعة للتغطية بواسطة الخطة.

دعم ذوي الدخل المنخفض (LIS) - انتقل إلى مساعدة إضافية.

برنامج خصم الشركة المصنعة - برنامج يدفع بموجبه مصنعو الأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة للخطة للأدوية ذات العلامات التجارية والبيولوجية المغطاة في الجزء (D). تعتمد الخصومات على الاتفاقيات بين الحكومة الفيدرالية وشركات الأدوية.

الحد الأقصى للسعر العادل - السعر الذي تفاوض عليه Medicare لدواء محدد.

الحد الأقصى للمبلغ المدفوع من الجيب والأموال الخاصة - أقصى ما تدفعه من جيبك وأموالك الخاصة خلال السنة التقويمية مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. لا يتم احتساب أقساط الجزء أ والجزء ب من برنامج التأمين الصحي ميديكير (Medicare) والأدوية الموصوفة في الحد الأقصى للمبلغ المدفوع. **(ملاحظة:)** ونظرًا لأن أعضاءنا يحصلون أيضًا على مساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا من الأعضاء يصلون إلى هذا الحد الأقصى للتكاليف الثرية).

Medicaid (أو المساعدة الطبية) - برنامج فيدرالي وتابع لحكومة الولاية مشترك والذي يساعد في التكاليف الطبية لذوي الدخل والموارد المحدودة. تختلف برامج Medicaid من ولاية لأخرى، ولكن يتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية في حالة أنك تحقق شروط Medicaid و Medicare.

المجموعة الطبية - المجموعة الطبية هي عبارة عن مجموعة من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين يعملون بموجب عقد لتقديم الخدمات لأعضاء خطتنا.

مقتضى مقبول طبيًا - يعد استخدام الدواء إما معتمد من إدارة الأغذية والأدوية الأمريكية (FDA) أو مدعوم بمراجع معينة، مثل American Hospital Formulary Service Drug Information ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

الضرورة الطبية - الخدمات الطبية أو المستلزمات أو الأدوية اللازمة للوقاية، وللتشخيص أو العلاج والمقبولة حسب معايير الممارسات الطبية.

Medicare - هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص البالغين من العمر 65 عامًا أو أكبر، وبعض الأفراد الأقل من 65 عامًا من ذوي الإعاقة والأشخاص بالمرحلة الأخيرة من أمراض الكلى (عمومًا، هؤلاء المصابون بالفشل الكلوي الدائم الذي يتطلب غسيل أو زرع كلى).

فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage - الفترة الزمنية اعتبارًا من 1 يناير حتى 31 مارس عندما يمكن للأعضاء في خطة Medicare Advantage إلغاء التسجيل في خطتهم والتحول إلى خطة Medicare Advantage أخرى، أو الحصول على تغطية من خلال Original Medicare. إذا اخترت التبديل إلى برنامج Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة أدوية منفصلة بوصفة طبية من Medicare في ذلك الوقت. كما تكون فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare Advantage متاحة أيضًا لمدة 3 أشهر بعد أن يكون الشخص مؤهلاً أولاً للحصول على Medicare.

الفصل 12. التعريفات

خطة Medicare Advantage (MA) – أحياناً يطلق عليها الجزء (ج) من Medicare. وهي خطة تقدمها شركة خاصة متعاقد مع Medicare لتقديم كل مزايا الجزء (أ) والجزء (ب) من Medicare. يمكن أن تكون خطة Medicare Advantage عبارة عن HMO، أو ii. منظمة مقدمي الرعاية المفضلين، أو iii. خطة رسوم خاصة مقابل الخدمة (PFFS)، أو iv. خطة حساب التوفير الطبي Medicare (MSA). إلى جانب الاختيار من بين هذه الأنواع من الخطط، يمكن أن تكون خطة HMO أو PPO من Medicare Advantage Plan أيضاً (Special Needs Plan (SNP)). في معظم الحالات، خطط Medicare Advantage تقدم أيضاً الجزء (D) من Medicare (تغطية أدوية الوصفات). يطلق على هذه الخطط اسم **Medicare Advantage Plans مع تغطية الأدوية الموصوفة.**

الخدمات الطبية التي تغطيها Medicare – الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare. يجب أن تغطي جميع الخطط الصحية من Medicare جميع الخدمات التي تشملها تغطية الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare. لا يتضمن مصطلح Medicare-Covered Services المزايا الإضافية، مثل الرؤية أو الأسنان أو السمع، التي قد تقدمها خطة Medicare Advantage plan.

خطة Medicare للتأمين الصحي – خطة Medicare للتأمين الصحي تقدمها شركة خاصة متعاقد مع Medicare لتوفير مزايا الجزء (A) والجزء (B) للأشخاص المشتركين في Medicare والمسجلين في خطتنا. هذا المصطلح يتضمن كل خطط Medicare Advantage، وخطط Medicare Cost Plans وخطط الاحتياجات الخاصة والبرامج التوضيحية/والتجريبية وبرامج التغطية الشاملة للخدمات الصحية لكبار السن (PACE).

تغطية Medicare للأدوية الموصوفة طبيًا (الجزء (D) من Medicare) – تأمين للمساعدة في دفع تكلفة الأدوية الموصوفة طبيًا واللقاحات والعلاج العضوي وبعض المواد غير المغطاة تحت الجزء (A) والجزء (B) من برنامج Medicare.

برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM) – برنامج الجزء D من Medicare للاحتياجات الصحية المعقدة المقدمة للأشخاص الذين يلبون متطلبات معينة أو المشتركين في برنامج إدارة الأدوية. تتضمن خدمات MTM عادة مناقشة مع الصيدلي أو مقدم الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية.

سياسة Medigap (تأمين Medicare للمكملات الغذائية) – يتم بيع تأمين Medicare للمكملات الغذائية من خلال شركات تأمين خاصة لتعويض "الفجوات" الموجودة بتأمين Original Medicare. سياسات Medigap تطبق فقط على تأمين Original Medicare. (خطة Medicare Advantage Plan ليست سياسة Medigap).

العضو (عضو في خطتنا أو عضو تابع للخطة) – هو شخص ذو عضوية في Medicare ومؤهل للحصول على الخدمات المغطاة وهو مسجل في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من خلال مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS).

خدمات الأعضاء – هو قسم بخطتنا مسؤول عن الإجابة على تساؤلاتك حول عضويتك ومزاياك والتظلمات والالتماسات.

الشبكة – مجموعة من الأطباء والمستشفيات والصيدليات وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين تتعاقد معهم خطتنا لتقديم الخدمات المغطاة لأعضائها (انظر الفصل 1، القسم 3.2). مقدمو الخدمات التابعون للشبكة هم متعاقدون مستقلون وليسوا وكلاء لخطتنا.

الصيدلية التابعة للشبكة – هي صيدلية تتعاقد مع خطتنا حيث يمكن لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا. في معظم الحالات، تتم تغطية الوصفات الطبية فقط إذا قمت بصرفها من أي صيدلية من صيدليات شبكتنا.

مقدم الرعاية التابعة للشبكة – "مقدم الخدمات" هو مصطلح عام نستخدمه للأطباء، وغيرهم من الأخصائيين الذين يقدمون خدمات الرعاية الصحية، والمستشفيات، ومرافق الرعاية الصحية الأخرى المرخصة أو المعتمدة من قبل Medicare ومن قبل الولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. **مقدمو الرعاية التابعة للشبكة** يعقدون اتفاقاً مع خطتنا لقبول مدفوعاتنا كدفعة كاملة، وفي بعض الحالات لتنسيق الخدمات المغطاة لأعضاء خطتنا وتقديمها. يطلق أيضاً على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة **مقدمو خدمات الخطة.**

الخدمات غير المغطاة من قبل Medicare – الخدمات التي لا تتم تغطيتها عادة عندما تكون مسجلاً في برنامج Original Medicare. هذه عادة ما تكون مزايا إضافية قد تتلقاها كعضو في خطة Medicare Advantage.

فترة التسجيل المفتوحة – الفترة الزمنية من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر من كل عام حيث يمكن للأعضاء تغيير خططهم الصحية أو الدوائية أو التبديل إلى Original Medicare.

المنتج البيولوجي الأصلي – منتج بيولوجي تمت الموافقة عليه من قبل إدارة الغذاء والدواء (FDA) ويستخدم للمقارنة للشركات المصنعة التي تصنع نسخة مماثلة بيولوجيًا. ويسمى أيضًا منتجًا مرجعيًا.

Original Medicare (خطة Medicare التقليدية، أو خطة Medicare مدفوعة الخدمات) – تقدم الحكومة برنامج Original Medicare، وهو ليس خطة تأمين صحية كخطط Medicare Advantage وخطط الأدوية الموصوفة طبيًا. بموجب Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare من خلال قيام الأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية بدفع المبالغ المحددة من قبل الهيئة. يمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. عليك دفع المبلغ بعد الخصم. تقوم Medicare بدفع حصتها المحددة، وأنت تقوم بدفع حصتك. يحتوي Original Medicare على 2 جزئين: الجزء A (تأمين المستشفى) والجزء B (التأمين الصحي) وهي متاحة في كل مكان بالولايات المتحدة.

صيدلية خارج نطاق الشبكة – الصيدلية التي لم توافق على التعاون مع خطتنا لتنسيق أو تقديم أدوية مغطاة لأعضاء خطتنا. معظم الأدوية التي حصلت عليها من صيدليات خارج نطاق شبكتنا غير مشمولة في التغطية من جانب خطتنا ما لم تنطبق حالات معينة.

مقدم خدمات أو مرفق من خارج نطاق الشبكة – هو مقدم الخدمات أو المرفق الذي لم يتعاقد مع خطتنا لتنسيق أو تقديم الخدمات المغطاة لأعضاء خطتنا. مقدمو الخدمات من خارج نطاق الشبكة هم مقدمو خدمات لا يتم توظيفهم أو تشغيلهم من جانب خطتنا أو لا يتبعونها.

التكاليف الثرية – انتقل إلى تعريف تقاسم التكلفة أعلاه. يُشار أيضًا إلى متطلبات مشاركة العضو في التكلفة لسداد جزء من قيمة الخدمات الطبية أو الأدوية التي تلقيتها باسم متطلبات التكلفة الثرية للعضو.

عتبة التكاليف الثرية - الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من تكاليفك الثرية الخاصة مقابل أدوية الجزء د.

PACE Plan – تجمع خطة PACE (برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) بين الخدمات والدعم الطبي والاجتماعي وطويل الأجل (LTSS) للأشخاص الضعفاء لمساعدة الأشخاص على البقاء مستقلين والعيش في مجتمعهم (بدلاً من الانتقال إلى دار لرعاية المسنين) لأطول فترة ممكنة. يحصل الأشخاص المسجلون في خطط PACE على مزايا كل من Medicare و Medicaid من خلال الخطة.

الجزء C – انتقل إلى خطة Medicare Advantage (MA).

الجزء (د) – برنامج مزايا الأدوية الموصوفة طبيًا التطوعية من Medicare.

أدوية الجزء (د) – الأدوية التي يغطيها الجزء (د). ربما نقدم جميع أدوية الجزء (د) أو لا. وقد استبعد الكونغرس فئات معينة من الأدوية من تغطية الجزء (د). يجب أن تغطي جميع الخطط فئات معينة من أدوية الجزء (د).

غرامة التسجيل المتأخر الخاصة بالجزء (D) – هو مبلغ يضاف إلى قسطك الشهري الخاص بالخطة من أجل تغطية الدواء الخاص بك من Medicare إذا لم تكن مشمولاً بتغطية جديدة بالثقة (التغطية التي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، على الأقل ما يعادل تغطية الأدوية التي تصرف من Medicare) لفترة مستمرة تبلغ 63 يومًا أو أكثر بعد أن تكون مؤهلاً لأول مرة للانضمام إلى خطة الجزء (D). في

حالة فقدان المساعدة الإضافية، ستكون معرّضًا لغرامة التسجيل المتأخر إذا أمضيت 63 يومًا متتاليًا أو أكثر من دون الجزء (D) أو تغطية أدوية أخرى جديدة بالحصول على الائتمان.

القسط - هو الدفعة الدورية التي تقوم بتسديدها إلى Medicare، أو شركة التأمين أو خطة الرعاية الصحية للتغطية الصحية أو الأدوية الموصوفة طبيًا.

الخدمات الوقائية - الرعاية الصحية للوقاية من المرض أو الكشف عن المرض في مرحلة مبكرة، عندما يكون العلاج من المرجح أن يعمل بشكل أفضل (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية فحوصات باب ولقاحات الإنفلونزا وفحص صورة الثدي الشعاعية).

مقدم الرعاية الأولية (PCP) - هو الطبيب أو مقدم الرعاية الآخر الذي تقوم بزيارته أولاً من أجل معظم المشكلات الصحية. في العديد من الخطط الصحية لـ Medicare، يجب عليك الذهاب إلى مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل الذهاب إلى أي مقدم رعاية صحية آخر.

التصريح المسبق - الموافقة المسبقة للحصول على خدمات أو أدوية معينة استنادًا إلى معايير محددة. الخدمات المغطاة التي تتطلب تصريحًا مسبقًا محددة في مخطط المزاي الطبية في الفصل 4. يتم تحديد الأدوية المغطاة التي تحتاج إلى موافقة مسبقة في نموذج الوصفة ويتم نشر معاييرنا على موقعنا الإلكتروني.

الأطراف الصناعية وتقويم العظام - الأجهزة الطبية بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والعنق والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية، والأجهزة اللازمة لتحل محل عضو داخلي من الجسم أو وظيفة داخلية، بما في ذلك مستلزمات الفغر وعلاج التغذية المعوية والعلاج بالتغذية الوريدية.

منظمة تحسين الجودة (QIO) - مجموعة من الأطباء الممارسين وخبراء الرعاية الصحية الآخرين الذين يتم الدفع لهم من جانب الحكومة الفيدرالية من أجل الكشف وتحسين الرعاية التي تقدم إلى مرضى Medicare.

القيود المفروضة على الكمية - هي أداة إدارية مصممة للحد من استخدام أنواع من الأدوية لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو دواعي الاستعمال. قد تكون الحدود على كمية الدواء الذي تقوم بتغطيته حسب الوصفة الطبية أو لفترة زمنية محددة.

“أداة الاستفادة في الوقت الحقيقي” - بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمسجلين من خلاله البحث عن الأدوية المغطاة ومعلومات المزاي وكتيب الوصفات الكاملة والدقيقة والمناسبة والملائمة سريريًا والخاصة بالمسجلين. ويشمل ذلك مبالغ تقاسم التكاليف والأدوية الموصوفة البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية كدواء معين وقيود التغطية (التصريح المسبق والعلاج التدريجي وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

خدمات إعادة التأهيل - تشمل هذه الخدمات على رعاية إعادة تأهيل المرضى الداخليين والعلاج الطبيعي (للمرضى الخارجيين) وعلاج النطق واللغة والعلاج المهني.

الدواء المختار - دواء مغطى بموجب الجزء (D) تفاوض Medicare على تحديد الحد الأقصى للسعر العادل له.

منطقة الخدمة - هي المنطقة الجغرافية التي يتعين عليك العيش فيها للانضمام إلى خطة صحية معينة. بالنسبة للخطط التي تقيّد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك استخدامها، فإنها أيضًا بشكل عام المنطقة التي يمكنك الحصول فيها على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). قد تقوم خطتنا بإسقاط عضويتك في حال انتقالك بشكل دائم إلى خارج منطقة الخدمة التي تشملها تغطية خطتنا.

رعاية مرفق الرعاية التمريضية الحنكة - الرعاية التمريض الحنكة وخدمات إعادة التأهيل المقدمة على أساس مستمر ويومي في مرفق رعاية تمريضية حنكة. تتضمن أمثلة الرعاية العلاج الطبيعي أو الحقن في الوريد التي لا يمكن تقديمها إلا من قبل ممرضة أو طبيب مسجل.

خطة الاحتياجات الخاصة - هي نوع خاص من خطط Medicare المتقدمة تركز على تقديم الرعاية الصحية لمجموعة معينة من الناس، كأعضاء Medicare و Medicaid، أو من يعيشون في دار رعاية صحية، أو من يعانون من حالات طبية مزمنة.

العلاج المرحلي - هو أداة مفيدة تتطلب منك أولاً تجربة دواء آخر لعلاج حالتك الطبية قبل أن نغطي الدواء الذي قد يكون طبيبك قد وصفه في البداية.

دخل الضمان التكميلي (SSI) - ميزة شهرية يدفعها الضمان الاجتماعي للأفراد ذوي الدخل والموارد المحدودة الذين لديهم إعاقة أو مصابين بالعمى أو يبلغون من العمر 65 عامًا فأكثر. تختلف مزايا دخل الضمان التكميلي عن مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات المطلوبة العاجلة - تعد الخدمة المغطاة بموجب الخطة والتي تتطلب عناية طبية فورية وليست طارئة خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج منطقة خدمات خطتنا مؤقتًا أو حتى إذا كنت داخل منطقة خدمات خطتنا، فمن غير المعقول نظرًا لوقتكم ومكانكم وظروفكم الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة. ومن الأمثلة على الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقم غير المتوقع للحالات المرضية القائمة. لا تعتبر زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية من الناحية الطبية، (مثل الفحوصات السنوية)، ضرورية بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج منطقة خدمة خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

الملحق أ: معلومات الاتصال الهامة

مؤسسات تحسين الجودة (QIO)	
Commence Health , العنوان: BFCC-QIO Program Commence Health PO, Box 2687 Virginia Beach, VA 23450, الهاتف: 1-888-396-4646 , الهاتف النصي: 711 , ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة 9:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً, من السبت إلى الأحد/العطلات 10:00 صباحًا إلى 4:00 مساءً بالتوقيت المحلي, الموقع الإلكتروني: livantaqio.cms.gov/en	المنطقة 3: Delaware, District of Columbia, Maryland, Pennsylvania, Virginia, West Virginia

State Medicaid Office	
Cardinal Care , العنوان: Department of Medical Assistance Services, 600 E. Broad Street, Suite 1300, Richmond, Virginia 23219, الهاتف: 1-855-242-8282 , (خدمة العملاء): 804-786-7933 ; 1-833-522-5582 (التسجيل), الهاتف النصي: 1-888-221-1590 يتطلب هذا الرقم جهاز هاتف خاصًا وهو مخصص فقط للأشخاص الذين يعانون من صعوبات في السمع أو الكلام, ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة 8:00 صباحًا إلى 7:00 مساءً والسبت 9:00 صباحًا إلى 12:00 مساءً, الموقع الإلكتروني: dmas.virginia.gov/ للأسئلة المتعلقة بتغطية Cardinal Care Managed Care Medicaid, تفضل بزيارة www.virginiamanagedcare.com أو اتصل بخط المساعدة للأعضاء Virginia Medicaid على 1-800-643-2273 (الهاتف النصي: 1-800-817-6608). يمكن أيضًا إرسال الأسئلة عبر الإنترنت على ask.vamedicaid.dmas.virginia.gov/ask-va-medicaid/#/ . هذه هي بوابة الطلبات عبر الإنترنت لبرنامج Medicaid في Virginia. يوفر هذا الموقع أيضًا إجابات للأسئلة الشائعة حول Medicaid في فيرجينيا.	Virginia

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)	
Virginia Insurance Counseling and Assistance Program (VICAP) , العنوان: Division for Aging Services, 1610 Forest Ave., Suite 100, Henrico, Virginia 23229, الهاتف: 1-800-552-3402 , الهاتف النصي: 711 , ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة 8:30 صباحًا إلى 5:00 مساءً, الموقع الإلكتروني: www.vdh.virginia.gov/disease-prevention/vamap/	Virginia

State AIDS Drug Assistance Programs (ADAP)	
Virginia Medication Assistance Program (VA MAP) , العنوان: Department of Health, 109 Governor Street, Richmond, Virginia 23219, الهاتف: 1-855-362-0658 , الهاتف النصي: 711 , ساعات العمل: من الاثنين إلى الجمعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً, الموقع الإلكتروني: vdh.virginia.gov/disease-prevention/hiv-care-services/	Virginia

أمين المظالم

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

Department for: **العنوان: Virginia Office of State Long-Term Care Ombudsman**
Aging and Rehabilitative Services, 8004 Franklin Farms Drive, Henrico, Virginia

23229-5019, الهاتف: **1-800-552-5019, 804-565-1600**, الهاتف النصي: **711**, ساعات

العمل: من الاثنين إلى الجمعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً، الموقع الإلكتروني: elderrightsva.org/

Virginia

Notice of Availability (NOA)

TTY: [711](tel:711)

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.
(English)

የቋንቋ አገልግሎቶችን ያለክፍያ ለማግኘት፣ በመታወቂያዎ ላይ ያለውን ቁጥር ይደውሉ። (Amharic)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية. (Arabic)

如欲使用免費語言服務，請致電本文件上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo telefòn ki sou kat idantite ou a. (French Creole)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

आपके लिए बिना किसी कीमत के भाषा सेवाओं का उपयोग करने के लिए, अपने आईडी कार्ड पर दिये नंबर पर कॉल करें। (Hindi)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、IDカードに記載の番号にお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید. (Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić numer telefonu na Twojej Karcie Identykującej (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta na sua identidade. (Portuguese)

Для того чтобы бесплатно получить помощь переводчика, позвоните по телефону, указанному на вашей карточке участника плана. (Russian)

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)

(Urdu) بلاقیمت زبان سے متعلقہ خدمات حاصل کرنے کے لیے ، اپنے شناختی کارڈ پر درج نمبر پر بات کریں

(Dari) برای دسترسی به خدمات زبان بدون هیچ هزینه ای برای شما، با شماره کارت شناسایی خود تماس بگیرید

మీరు భాష సేవలను ఉచితంగా అందుకునేందుకు, మీ ID కార్డుపై ఉన్న నంబరుకు కాల్ చేయండి. (Telugu)

Iji nwetaòhèrè na ọrụ gasị asụsụ n'efu, kpọọ nọmba no na kaadị ID gị. (Ibo)

निःशुल्क भाषा सेवा प्राप्त गर्न आफ्नो परिचय पत्रमा भएको नम्बरमा टेलिफोन गर्नुहोस्। (Nepali)

আপনাকে বিনামূল্যে ভাষা পরিষেবা পেতে হলে আপনার পরিচয়পত্রে দেওয়া নম্বরে টেলিফোন করুন। (Bengali)

(Pashto) د ژبې خدمتو ته د لاسرسی پرته له کوم لګښت څخه تاسو ته اړیکه ونیسئ

H1610_2025_V1

خدمات أعضاء (Aetna Medicare FIDE (HMO D-SNP)

خدمات الأعضاء - معلومات الاتصال

1-855-463-0933 (الهاتف النصي: 711)

المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع. كما يوجد لدى خدمات الأعضاء على **1-855-463-0933** (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي الاتصال على رقم **711**) خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتوفرة لمن لا يتحدثون الإنجليزية.

اتصل على الرقم

711

المكالمات على هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من الساعة 8 صباحًا إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.

الهاتف النصي

1-855-259-2087

الفاكس

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

المراسلة



انتقل إلى [AetnaBetterHealth.com/Virginia-hmosnp](https://www.aetna.com/betterhealth/virginia-hmosnp) أو امسح هذا الرمز ضوئيًا باستخدام هاتفك الذكي لزيارة موقعنا الإلكتروني.

الموقع الإلكتروني

State Health Insurance Assistance Program (SHIP)

SHIP هو برنامج حكومي يتلقى تمويله من الحكومة الفيدرالية نظير تقديم استشارات محلية مجانية للتأمين الصحي للأفراد المشتركين في Medicare. يمكنك الاطلاع على معلومات الاتصال الخاصة ببرنامج SHIP الحكومي في **الملحق أ** في نهاية هذه الوثيقة.

بيان الإفصاح الخاص بقانون PRA وفقًا لقانون تقليل استعمال الورق لعام 1995، لا تتم مطالبة أي أشخاص بالاستجابة لتجميع المعلومات ما لم يتم عرض رقم تحكم صالح لمكتب OMB. رقم تحكم OMB الصالح لتجميع المعلومات هذه هو 0938-1051. إذا كانت لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فيرجى المراسلة على العنوان: CMS, 7500 Security Boulevard, Attn: PRA Reports Clearance Officer, Mail Stop C4-26-05, Baltimore, Maryland 21244-1850.

20250902