

1 يناير – 31 ديسمبر 2026

دليل التغطية لعام 2026:

المزايا والخدمات الصحية وتغطية الأدوية الخاصة بك ضمن برنامج Medicare كعضو في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

يوضح هذا المستند تفاصيل الرعاية الصحية وتغطية الأدوية ضمن برنامج Medicare من 1 يناير حتى 31 ديسمبر 2026. هذا مستند قانوني مهم. لذا احتفظ به في مكان آمن.

يوضح هذا المستند المزايا المقدمة إليك وحقوقك. استخدمه لفهم ما يأتي:

- قسط الخطة وتقاسم التكاليف
- المزايا الطبية ومزايا الأدوية التي نقدمها
- كيفية تقديم شكوى إذا لم تكن راضيًا عن خدمة أو علاج
- كيفية التواصل معنا
- أوجه الحماية الأخرى التي يفرضها قانون Medicare.

للاستفسار عن هذا المستند، اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340. (على مستخدمي خدمة الهاتف النصي (TTY) الاتصال على 711). من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). المكالمات مجانية.

هذه الخطة، Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، مقدمة من Providence Health Assurance. (في دليل التغطية هذا، عند استخدام الضمير "نحن" أو ضمائر المتكلمين المنفصلة والمتصلة، يكون المقصود Providence Health Assurance. وعند استخدام "الخطة" أو "خطتنا"، يكون المقصود Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)).

يتوفر هذا المستند مجانًا باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والصينية (المبسطة) والعربية والصومالية. تتوفر هذه المعلومات بتنسيقات متعددة، بما في ذلك الأقراص المضغوطة الصوتية والطباعة الكبيرة وطريقة برايل.

وقد تتغير المزايا و/أو المبالغ المستقطعة و/أو المدفوعات المشتركة/التأمين المشترك في 1 يناير 2027.

ويمكن أن يتغير كتيب الوصفات الطبية و/أو شبكة الصيدليات و/أو شبكة مقدمي الخدمات في أي وقت. وستتلقى إشعارًا بشأن أي تغييرات قد تؤثر فيك قبل 30 يومًا من تفعيله على الأقل.

H9047_2026PD_PHA1571_C

جدول المحتويات

الفصل 1: البدء كعضو.....	4
القسم 1 عضويتك في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	4
القسم 2 متطلبات الأهلية للخطوة.....	5
القسم 3 المواد المهمة للعضوية.....	7
القسم 4 ملخص التكاليف المهمة.....	9
القسم 5 مزيد من المعلومات حول القسط الشهري للخطوة.....	13
القسم 6 تحديث بيانات عضويتك في خطتنا باستمرار.....	13
القسم 7 كيفية عمل التأمين الآخر مع خطتنا.....	14
الفصل 2: أرقام الهواتف والموارد.....	16
القسم 1 جهات الاتصال لخطوة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	16
القسم 2 المساعدة من Medicare.....	20
القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP).....	21
القسم 4 منظمة تحسين الجودة (QIO).....	22
القسم 5 الضمان الاجتماعي.....	23
القسم 6 برنامج Medicaid.....	24
القسم 7 برامج المساعدة في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا.....	25
القسم 8 مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB).....	28
القسم 9 إذا كان لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من جهة عمل.....	29
القسم 10 الحصول على المساعدة من رابطة موارد الشيخوخة والإعاقة في ولاية أوريغون (ADRC).....	29
الفصل 3: استخدام خطتنا للخدمات الطبية التي تتلقاها.....	30
القسم 1 كيفية الحصول على الرعاية الطبية كعضو في خطتنا.....	30
القسم 2 استخدام مقدمي الخدمات ضمن شبكة خطتنا للحصول على الرعاية الطبية.....	31
القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات في حالة الطوارئ أو الكوارث أو الحاجة العاجلة للرعاية.....	35
القسم 4 ماذا تفعل إذا تمت محاسبتك مباشرة على التكلفة الكاملة للخدمات المغطاة.....	37
القسم 5 الخدمات الطبية في دراسة بحثية سريرية.....	37
القسم 6 القواعد الخاصة بالحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية.....	39
القسم 7 القواعد المتعلقة بملكية المعدات الطبية المعمرة.....	39
الفصل 4: جدول المزايا الطبية (نطاق التغطية).....	42
القسم 1 التعرف على الخدمات المغطاة.....	42
القسم 2 جدول المزايا الطبية الذي يوضح مزاياك الطبية وتكاليفك.....	43
القسم 3 الخدمات المغطاة خارج Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).....	99

القسم 4 الخدمات غير المغطاة من قبل خطتنا 99

الفصل 5: استخدام تغطية الخطة للأدوية ضمن الجزء D 103

- القسم 1 القواعد الأساسية لتغطية الأدوية في خطتنا ضمن الجزء D 103
- القسم 2 صرف الأدوية الموصوفة من صيدلية ضمن الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد لخطتنا 104
- القسم 3 يجب أن تكون أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا 107
- القسم 4 الأدوية المفروضة عليها قيود في التغطية 108
- القسم 5 ما يمكنك فعله إذا لم تتم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي ترغب فيها 109
- القسم 6 يمكن أن تتغير قائمة الأدوية الخاصة بنا خلال العام 111
- القسم 7 أنواع الأدوية التي لا نغطيها 113
- القسم 8 كيفية صرف وصفة طبية 114
- القسم 9 الجزء D من تغطية الأدوية في المواقف الخاصة 114
- القسم 10 برامج السلامة الدوائية وإدارة الأدوية 115

الفصل 6: ما تدفعه مقابل الأدوية ضمن الجزء D 118

- القسم 1 ما تدفعه مقابل الأدوية ضمن الجزء D 118
- القسم 2 مراحل دفع تكاليف الأدوية لأعضاء Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 120
- القسم 3 شرح المزايا الخاصة بالجزء D يوضح المرحلة من الدفع التي أنت فيها 120
- القسم 4 لا يوجد مبلغ مستقطع في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) 122
- القسم 5 مرحلة التغطية الأولية 122
- القسم 6 مرحلة التغطية في حالات الكوارث 125
- القسم 7 معلومات إضافية عن المزايا 125
- القسم 8 ما تدفعه مقابل لقاحات الجزء D 125

الفصل 7: طلب دفع حصتنا من فاتورة للخدمات الطبية أو الأدوية المغطاة 128

- القسم 1 المواقف التي يجب أن تطلب منا فيها دفع حصتنا من تكاليف الخدمات أو الأدوية المغطاة 128
- القسم 2 كيفية طلب دفع المبلغ المسترد أو سداد فاتورة تصلك 130
- القسم 3 مراجعة طلبك للدفع ومنح قرار بالموافقة أو الرفض 130

القسم 8: حقوقك ومسؤولياتك 132

- القسم 1 يجب أن تحترم خطتنا حقوقك وحساسياتك الثقافية 132
- القسم 2 مسؤولياتك كعضو في خطتنا 143

الفصل 9: إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستئنافات، الشكاوى) 145

- القسم 1 ما يجب فعله في حالة وجود مشكلة أو مخاوف 145
- القسم 2 أين يمكن الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة المخصصة 145

القسم 3	الإجراءات التي يجب استخدامها لحل مشكلتك.....	147
القسم 4	التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicare.....	148
القسم 5	دليل قرارات التغطية والاستثناءات.....	148
القسم 6	الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف.....	151
القسم 7	أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف.....	157
القسم 8	كيفية طلب استمرار تغطية الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين إذا كنت تعتقد أنه يتم إخراجك مبكرًا.....	164
القسم 9	كيفية مطالبتنا باستمرار تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي مبكرًا.....	169
القسم 10	رفع استئنافك إلى المستويات 3 و4 و5.....	172
القسم 11	كيفية تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو مخاوف أخرى.....	174
القسم 12	التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicaid.....	177

الفصل 10: إنهاء العضوية في خطتنا..... 180

القسم 1	إنهاء عضويتك في خطتنا.....	180
القسم 2	متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟.....	180
القسم 3	كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.....	183
القسم 4	حتى تنتهي عضويتك، يجب أن تستمر في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا.....	184
القسم 5	يجب على Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في ظروف معينة.....	184

الفصل 11: إشعارات قانونية..... 187

القسم 1	إشعار بخصوص القانون الحاكم.....	187
القسم 2	إشعار بخصوص عدم التمييز.....	187
القسم 3	إشعار بخصوص حقوق الإنابة عن الدفع للجهة الدافعة الثانوية ضمن Medicare.....	187
القسم 4	إشعار بخصوص الظروف غير المعتادة.....	188
القسم 5	المسؤولية تجاه الأطراف الأخرى.....	188

الفصل 12: التعريفات..... 190

الفصل 1:

البدء كعضو

القسم 1 عضويتك في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

القسم 1.1 تسجيلك في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، وهي خطة Medicare Advantage متخصصة (خطة لذوي الاحتياجات الخاصة)

تتم تغطية تكاليفك من خلال برنامجي Medicare و Medicaid:

- **Medicare** هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص بعمر 65 عامًا فما فوق، وبعض الأشخاص الأقل من 65 عامًا ولديهم إعاقات محددة، والأشخاص المصابين بمرض الكلى في مراحله الأخيرة (الفشل الكلوي).
- **Medicaid** هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في دفع تكاليف الرعاية الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. تختلف تغطية Medicaid حسب الولاية ونوع برنامج Medicaid التابع له. يحصل بعض المستفيدين من Medicaid على مساعدة في دفع أقساط Medicare وتكاليف أخرى. ويحصل آخرون أيضًا على تغطية لخدمات وأدوية إضافية لا يغطيها Medicare.

لقد اخترت الحصول على رعايتك الصحية ضمن برنامج Medicare وتغطية الأدوية الخاصة بك من خلال خطتنا Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). كما أنك مُسجّل بشكل منفصل في خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid)، إما مباشرة أو عبر منظمة الرعاية المنسقة. تغطي خطتنا جميع خدمات الجزء A والجزء B. لكن يختلف تقاسم التكاليف والوصول إلى مقدمي الخدمة في خطتنا عن برنامج Original Medicare.

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) هي خطة Medicare Advantage متخصصة (خطة Medicare لذوي الاحتياجات الخاصة)، ما يعني أن المزايا مصممة للأشخاص ذوي احتياجات الرعاية الصحية الخاصة. وخطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) خاصة بالأشخاص المسجلين ببرنامج Medicare والمستحقين للحصول على المساعدة من برنامج Medicaid.

وبما أنك تملك خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) وخطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid)، فلن تتحمل أي تكاليف مباشرة لمعظم الخدمات. وستدفع خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) المبلغ المستقطع. وتتحمل خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) كذلك تقاسم التكاليف لمعظم الأعضاء في معظم الخدمات. قبل الحصول على أي خدمة أو دفع تكاليف مباشرة، يُرجى مراجعة خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) أو منظمة الرعاية المنسقة التابعة للخطة للتأكد من أن الخدمة مغطاة. في جدول المزايا في الفصل 4، يدرج تقاسم التكاليف بمبلغ 0 دولار لأنه عادة ما يكون هذا ما تدفعه. تقدم خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) مزايا أخرى لك من خلال تغطية خدمات الرعاية الصحية، والرعاية طويلة الأمد، والأدوية الموصوفة طبياً التي لا يغطيها برنامج Medicare عادةً. وتحصل كذلك على مساعدة إضافية من Medicare لدفع تكاليف أدوية Medicare الخاصة بك. وتساعدك خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) في إدارة جميع هذه المزايا حتى تحصل على خدمات الرعاية الصحية والمساعدة في الدفع التي تستحقها.

تُدار خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) من قبل منظمة غير ربحية. وكما هو الحال في جميع خطط Medicare Advantage، فإن خطة ذوي الاحتياجات الخاصة هذه معتمدة من Medicare. كما أن خطتنا متعاقدة مع برنامج Medicaid في ولاية أوريغون لتنسيق مزايا Medicaid. ويسرنا أن نوفر لك تغطية Medicare الخاصة بك، بما في ذلك تغطية الأدوية.

القسم 1.2 معلومات قانونية حول دليل التغطية

يمثل دليل التغطية هذا جزءًا من عقدنا معك بخصوص كيفية تغطية خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) لرعايتك. تشمل الأجزاء الأخرى من هذا العقد استمارة التسجيل الخاصة بك وقائمة الأدوية المغطاة (كتيب الوصفات الطبية)، وأي إشعارات تتلقاها منا بخصوص تغييرات في تغطيتك أو شروط تؤثر فيها. تُسمى هذه الإشعارات أحيانًا ملاحق أو تعديلات.

يظل العقد ساري المفعول طوال أشهر تسجيلك في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) بين 1 يناير 2026 و31 ديسمبر 2026.

يسمح لنا Medicare بإجراء تغييرات على الخطط التي نقدمها كل عام تقويمي. يعني ذلك أنه يمكننا تغيير التكاليف والمزايا في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) بعد 31 ديسمبر 2026. كما يمكننا التوقف عن تقديم خطتنا في منطقة الخدمة لديك بعد 31 ديسمبر 2026.

ويجب أن يوافق كل من Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) وخطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) على Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). وتستطيع الاستمرار كل عام في الحصول على تغطية Medicare كعضو في خطتنا ما دام واصلنا تقديمها وظلت Medicare وخطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) تجدد موافقتها على خطتنا.

القسم 2 متطلبات الأهلية للخطة

القسم 2.1 متطلبات الأهلية

تُصبح مؤهلاً لعضوية خطتنا إذا استوفيت جميع هذه الشروط:

- لديك تغطية الجزء A والجزء B من برنامج Medicare
- تعيش داخل نطاق الخدمة الجغرافي الخاص بنا (الموضح في القسم 2.3). لا يُعد الأشخاص المسجونون مقيمين داخل نطاق الخدمة الجغرافي حتى إذا وجدوا فعليًا بداخله.
- تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا قانونيًا داخل الولايات المتحدة
- تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة الموضحة أدناه

شروط الأهلية الخاصة المرتبطة بخططنا

خطبتنا مصممة لتلبية احتياجات الأشخاص الذين يحصلون على بعض مزايا Medicaid. Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في دفع تكاليف الرعاية الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة). لكي تصبح مؤهلاً لخططنا يجب أن تكون مؤهلاً لكل من برنامج Medicare ومزايا Medicaid الكاملة.

ملاحظة: إذا فقدت أهليتك ولكن يُتوقع منطقيًا أن تستعيدها خلال شهر واحد، فستظل مؤهلاً للعضوية. يوضح الفصل 4، القسم 2 التغطية وتقاسم التكاليف خلال فترة الأهلية المستمرة المفترضة.

القسم 2.2 برنامج Medicaid

Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في دفع تكاليف الرعاية الطبية وتكاليف الرعاية طويلة الأمد لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. وتحدد كل ولاية المقصود بالدخل والموارد لديها، والأشخاص المؤهلين والخدمات المغطاة، وتكلفة الخدمات. كما يمكن للولايات أن تقرر كيفية إدارة برنامجها ما دامت تلتزم بالإرشادات الفيدرالية.

بالإضافة إلى ذلك، يقدم Medicaid برامج لمساعدة الأشخاص على دفع تكاليف Medicare الخاصة بهم، مثل أقساط Medicare. وتساعد برامج توفير Medicare التالية الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على توفير المال كل عام:

- برنامج المستفيد من Medicare المؤهل مع مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة (QMB+): يساعد على دفع أقساط الجزء A والجزء B من برنامج Medicare، وكذلك تقاسم التكاليف (مثل المبالغ المستقطعة والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة) للأشخاص المؤهلين أيضًا للحصول على مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة.
- برنامج المستفيد من Medicare المحدد منخفض الدخل مع مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة (SLMB+): يساعد على دفع أقساط الجزء B للأشخاص المؤهلين أيضًا للحصول على مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة، بالإضافة إلى تغطية تقاسم التكاليف للمزايا التي تغطيها خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) عادةً.

القسم 2.3 نطاق خدمة خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

تتوفر خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) فقط للأشخاص الذين يعيشون داخل نطاق خدمة خطبتنا. وللاستمرار كعضو في خطبتنا، يجب أن تواصل الإقامة داخل نطاق الخدمة. ونطاق الخدمة موضح أدناه.

يشمل نطاق خدمتنا هذه المقاطعات في ولاية أوريغون: كلاكماس ومولتنوماه وواشنطن.

إذا خططت للانتقال إلى ولاية جديدة، فينبغي لك الاتصال كذلك بمكتب Medicaid في ولايتك واسأله عن كيفية تأثير الانتقال في مزايا Medicaid الخاصة بك. توجد أرقام هواتف Medicaid في الفصل 2، القسم 6 من هذا المستند.

إذا انتقلت خارج نطاق خدمة خطتنا، فلن تستطيع البقاء عضوًا في هذه الخطة. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711) لمعرفة ما إذا كان لدينا خطة في منطقتك الجديدة. عند انتقالك، ستحصل على فترة تسجيل خاصة إما للتحويل إلى Original Medicare أو للانضمام إلى خطة رعاية صحية أو دوائية من Medicare في موقعك الجديد.

إذا انتقلت أو غيرت عنوان المراسلة الخاص بك، فمن المهم أيضًا أن تتصل بإدارة الضمان الاجتماعي. اتصل بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 1-800-325-0778).

القسم 2.4 الجنسية الأمريكية أو الإقامة القانونية

يجب أن تكون مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا قانونيًا داخل الولايات المتحدة لتصبح عضوًا في خطة رعاية صحية ضمن برنامج Medicare. يقوم Medicare (مراكز خدمات Medicare و Medicaid) بإخطار خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) إذا لم تكن مؤهلاً للاستمرار كعضو في خطتنا على هذا الأساس. وتلتزم Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) بإلغاء تسجيلك إذا لم تستوفِ هذه المتطلبات.

القسم 3 المواد المهمة للعضوية

القسم 3.1 بطاقة عضوية خطتنا

استخدم بطاقة عضويتك كلما حصلت على خدمات مغطاة ضمن خطتنا وكذلك عند صرف الأدوية الموصوفة طبيًا من الصيدليات ضمن الشبكة. ينبغي لك أيضًا أن تُظهر لمقدم الخدمة بطاقة Medicaid الخاصة بك. نموذج لبطاقة العضوية:

< Plan Name Here > Providence Medicare Advantage Plans myProvidence.com Member ID # Group # Rx BIN # 012345 Insurer #80840 Rx PCN # 03300 00 CMS #H9047 XXX MedicareRx Prescription Drug Coverage Rx Assistance for Pharmacies 888-445-5518		<table border="1"> <thead> <tr> <th>For...</th> <th>Call...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Customer service</td> <td>800-603-2340 (TTY: 711) ProvidenceHealthAssurance.com</td> </tr> <tr> <td>24-hr nurse advice</td> <td>800-700-046 (TTY: 711)</td> </tr> <tr> <td>Prior authorization and inpatient admission</td> <td>800-603-019 (TTY: 711)</td> </tr> </tbody> </table> Send all claims (including MH/SUD within OR/SW WA) to: Providence Health Assurance (PHA), P.O. Box 3125, Portland, OR 97208-3125 Send MH/SUD claims outside OR/SW WA to: Caelon Behavioral Health, P.O. Box 1850, Hicksville, NY 11802-1850 Submitter ID: FHC & Affiliates Possession of this card does not in itself guarantee plan benefits. PIN	For...	Call...	Customer service	800-603-2340 (TTY: 711) ProvidenceHealthAssurance.com	24-hr nurse advice	800-700-046 (TTY: 711)	Prior authorization and inpatient admission	800-603-019 (TTY: 711)
For...	Call...									
Customer service	800-603-2340 (TTY: 711) ProvidenceHealthAssurance.com									
24-hr nurse advice	800-700-046 (TTY: 711)									
Prior authorization and inpatient admission	800-603-019 (TTY: 711)									

لا تستخدم بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء للحصول على الخدمات الطبية المغطاة في أثناء عضويتك في هذه الخطة. إذا استخدمت بطاقة Medicare بدلاً من بطاقة عضوية Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للخدمات الطبية بنفسك. احتفظ ببطاقة Medicare في مكان آمن. قد يُطلب منك إظهارها إذا احتجت إلى خدمات المستشفى، أو خدمات الرعاية التلطيفية، أو المشاركة في الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare والتي تُسمى أيضًا "التجارب السريرية".

إذا تعرضت بطاقة عضويتك في خطتنا للتلوث أو الفقدان أو السرقة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711) على الفور، وسنرسل لك بطاقة جديدة.

القسم 3.2 دليل مقدمي الخدمات والصيدليات

يُدرج دليل مقدمي الخدمات والصيدليات www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider مقدمي الخدمات الحاليين ضمن شبكتنا. ويُشار إلى مقدمي الخدمات المشاركين الذين يقبلون أيضًا بخطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid). بالنسبة إلى خدمات خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) غير المغطاة من Medicare، تحقق من أن مقدم الخدمة يشارك ضمن منظمة الرعاية المنسقة (CCO) الخاصة بك أو ضمن خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid). وتزودك منظمة الرعاية المنسقة بدليل مقدمي الخدمات. إذا لم تكن مسجلًا في منظمة رعاية منسقة، أو إذا احتجت إلى المساعدة في العثور على طبيب أو أي مقدم رعاية صحية آخر، فاتصل بخدمات عملاء خطة أوريغون للرعاية الصحية (OHP) على الرقم 1-800-273-0557 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 711). **مقدمو الخدمات ضمن الشبكة** هم الأطباء وغيرهم من الاختصاصيين في الرعاية الصحية، ومجموعات الأطباء، وموردو المعدات الطبية المعمرة، والمستشفيات، ومرافق الرعاية الصحية الأخرى التي لديها اتفاق معنا لقبول مدفوعاتنا وأي إسهامات في التكاليف ضمن الخطة كدفعة كاملة.

يجب عليك استخدام مقدمي الخدمات ضمن الشبكة للحصول على رعايتك الطبية وخدماتك. إذا لجأت إلى مقدمي خدمات من خارج الشبكة من دون تفويض مناسب، ستضطر إلى الدفع بالكامل. الاستثناءات الوحيدة هي: حالات الطوارئ، الخدمات العاجلة المطلوبة عند عدم توفر الشبكة (أي في الحالات التي يكون من غير المعقول أو المستحيل فيها الحصول على خدمات ضمن الشبكة)، خدمات غسيل الكلى خارج المنطقة، والحالات التي تُحوّل فيها خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) استخدام مقدمي خدمات من خارج الشبكة.

من المهم أيضًا معرفة أي من مقدمي الخدمات يشاركون ضمن خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid). يجب أن يكون مقدمو الخدمات مسجلين ضمن خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) للمعالجة المناسبة للمبالغ المستقطعة وتقاسم التكاليف ضمن برنامج Medicare.

يُدرج دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الصيدليات الحالية ضمن شبكتنا. **صيدليات الشبكة** هي الصيدليات التي توافق على صرف الأدوية الموصوفة المغطاة لأعضاء خطتنا. استخدم دليل مقدمي الخدمات والصيدليات للعثور على صيدلية ضمن الشبكة ترغب في التعامل معها. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.5 للحصول على معلومات حول الحالات التي يمكنك فيها استخدام صيدليات ليست ضمن شبكة خطتنا.

إذا لم يكن لديك نسخة من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات، يمكنك طلب نسخة (إلكترونية أو ورقية) من خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 711). يمكنك أيضًا العثور على هذه المعلومات على موقعنا الإلكتروني: www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. سنُرسل الطلبات للحصول على نسخة ورقية من الدليل إليك خلال 3 أيام عمل.

احصل على أحدث قائمة بمقدمي الخدمات والموردين من موقعنا الإلكتروني: www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

القسم 3.3 قائمة الأدوية (كتيب الوصفات الطبية)

تحتوي خطتنا على قائمة بالأدوية المغطاة (تسمى أيضًا قائمة الأدوية أو كتيب الوصفات الطبية). توضح هذه القائمة الأدوية الموصوفة طبيًا المغطاة ضمن مزايا الجزء D في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). يتم اختيار الأدوية المدرجة في هذه القائمة من قبل خطتنا بمساعدة الأطباء والصيدلة. ويجب أن تفي قائمة الأدوية بمتطلبات Medicare. تُدرج الأدوية ذات الأسعار المتفاوض عليها ضمن برنامج تفاوض أسعار أدوية Medicare في قائمتك الدوائية ما لم يتم حذفها واستبدالها كما هو موضح في الفصل 5، القسم 6. وقد اعتمد برنامج Medicare قائمة أدوية خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

كما توضّح قائمة الأدوية ما إذا كانت هناك أي قواعد تُقيّد التغطية لدواء ما.

نزودك بنسخة من قائمة الأدوية. للحصول على أحدث المعلومات وأكملها بشأن الأدوية المغطاة، يُرجى زيارة:
(www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary) أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000
أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711).

القسم 4 ملخص التكاليف المهمة

تكاليفك في عام 2026	
0 دولار	قسط الخطة الشهري* * قد يكون قسطك أعلى من هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 4.1 للحصول على تفاصيل.
9250 دولارًا أنت لست مسؤولاً عن دفع أي نفقات من مالك الخاص ضمن الحد الأقصى لما يتحمله الشخص للخدمات المشمولة بتغطية الجزيئات A و B.	الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص هذا أقصى مبلغ للنفقات المباشرة مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية. (انتقل إلى الفصل 4 القسم 1 للحصول على تفاصيل).
0 دولار لكل زيارة	زيارات مركز الرعاية الأولية
0 دولار لكل زيارة	زيارات مكتب الأخصائي
0 دولار لكل زيارة	الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين
المبلغ المستقطع: 0 دولار	المبلغ المستقطع من تغطية أدوية الجزء D (انتقل إلى الفصل 6 القسم 4 للحصول على تفاصيل).

تكاليفك في عام 2026

الدفع المشترك/التأمين المشترك في أثناء مرحلة التغطية الأولية:

- بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، تدفع مبلغًا مشتركًا إما بقيمة 0 دولار وإما 1.60 دولار وإما 5.10 دولارات لكل وصفة طبية.
- بالنسبة إلى كل الأدوية الأخرى، تدفع مبلغًا مشتركًا إما بقيمة 0 دولار وإما 4.90 دولارات وإما 12.65 دولارًا لكل وصفة طبية.

مرحلة التغطية في حالات الكوارث:

في أثناء مرحلة الدفع هذه، لا تدفع شيئًا للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D.

تغطية أدوية الجزء D

(انتقل إلى القسم 6 للحصول على التفاصيل، بما في ذلك المبلغ المستقطع سنويًا ومرحلة التغطية الأولية ومرحلة التغطية في حالات الكوارث).

قد تشمل تكاليفك ما يأتي:

- قسط الخطة (القسم 4.1)
- القسط الشهري للجزء B من Medicare (القسم 4.2)
- غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D (القسم 4.3)
- المبلغ الشهري المعدل وفق الدخل (القسم 4.4)
- مبلغ خطة دفع مبلغ الأدوية الموصوفة من Medicare (القسم 4.5)

القسم 4.1 قسط الخطة

أنت لا تدفع قسطًا شهريًا منفصلاً لخطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

إذا كنت تحصل بالفعل على مساعدة من أحد هذه البرامج، فإن المعلومات الخاصة بالأقساط في دليل التغطية هذا لا ينطبق عليك. وقد أرسلنا إليك وثيقة منفصلة تسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا (ويُعرف أيضًا باسم ملحق الإعانة لنوي الدخل المنخفض أو LIS Rider)، والذي يوضح تفاصيل تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 711) واطلب نسخة من ملحق LIS Rider.

القسم 4.2 القسط الشهري للجزء B من Medicare

يُطلب من عديد من الأعضاء دفع أقساط Medicare أخرى

يُطلب من بعض الأعضاء دفع أقساط Medicare أخرى. كما هو موضح في القسم 2 أعلاه، لكي تكون مؤهلاً لخطتنا، يجب أن تحافظ على أهليتك لبرنامج Medicaid وأن تكون لديك تغطية في كلٍ من الجزء A والجزء B من Medicare. بالنسبة إلى معظم أعضاء خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، يدفع Medicaid قسط الجزء A (إذا لم تكن مؤهلاً له تلقائياً) وقسط الجزء B.

إذا لم يدفع Medicaid أقساط Medicare الخاصة بك، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط Medicare للبقاء عضواً في خطتنا. يشمل ذلك قسط الجزء B. وقد تحتاج أيضاً إلى دفع قسط للجزء A إذا لم تكن مؤهلاً للجزء A من دون قسط.

القسم 4.3 غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D

بما أنك مؤهل مزدوج، فلن تُطبق غرامة التسجيل المتأخر (LEP) ما دمت تحافظ على حالة التأهل المزدوج، ولكن إذا فقدت حالة التأهل المزدوج، فقد تتحمل غرامة التسجيل المتأخر. غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D هي قسط إضافي يجب دفعه مقابل تغطية الجزء D إذا كان هناك، في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل الأولى، فترة مقدارها 63 يوماً متتالية أو أكثر لم تكن خلالها مشتركاً في الجزء D أو أي تغطية دوائية أخرى معترف بها. التغطية المعتمدة للأدوية الموصوفة طبيًا هي التغطية التي تستوفي الحد الأدنى لمعايير Medicare، حيث يُتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما لا يقل عما تدفعه التغطية الدوائية القياسية في Medicare. وتعتمد تكلفة غرامة التسجيل المتأخر على مدة الفترة التي قضيتها من دون الجزء D أو من دون التغطية المعتمدة للأدوية الموصوفة طبيًا. وستظل مضطراً إلى دفع هذه الغرامة طالما لديك تغطية الجزء D.

أنت لست مضطراً إلى دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا:

- حصلت على مساعدة إضافية من Medicare للمساعدة على دفع تكاليف الأدوية الخاصة بك.
- قضيت أقل من 63 يوماً متتالية من دون تغطية معترف بها.
- كانت لديك تغطية دوائية معترف بها من مصدر آخر (مثل جهة عمل سابقة، أو نقابة، أو TRICARE، أو إدارة شؤون المحاربين القدامى (VA)). تقوم جهة التأمين التابع لها أو قسم الموارد البشرية بإبلاغك كل عام إذا كانت تغطيتك الدوائية معترفاً بها أم لا. قد تحصل على هذه المعلومات في خطاب أو نشرة من تلك الخطة. احتفظ بهذه المعلومات، فقد تحتاج إليها إذا انضمت لاحقاً إلى خطة دوائية ضمن برنامج Medicare.
- **ملاحظة:** يجب أن يوضح أي خطاب أو إشعار أن لديك التغطية المعتمدة للأدوية الموصوفة طبيًا والتي يُتوقع أن تدفع بقدر ما تدفعه الخطة الدوائية القياسية في Medicare.
- **ملاحظة:** بطاقات الخصم للأدوية الموصوفة طبيًا، والعيادات المجانية، والمواقع الإلكترونية لخصومات الأدوية لا تُعد تغطية معتمدة للأدوية الموصوفة طبيًا.

يحدّد برنامج Medicare مبلغ غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D. وإليك كيف يتم حسابها:

- أولاً، يُحسب عدد الأشهر الكاملة التي أُخّرت فيها التسجيل في خطة دوائية ضمن Medicare بعد أن أصبحت مؤهلاً للتسجيل. أو يُحسب عدد الأشهر الكاملة التي لم تكن لديك خلالها تغطية دوائية معترف بها، إذا تجاوز انقطاع التغطية 63 يوماً أو أكثر. تكون الغرامة بنسبة 1% عن كل شهر لم يكن لديك فيه تغطية معترف بها. على سبيل المثال، إذا قضيت 14 شهراً من دون تغطية، فستكون النسبة 14%.
- ثم تحدّد Medicare قيمة متوسط القسط الشهري الأساسي للخطط الدوائية ضمن Medicare على مستوى الدولة من العام السابق (القسط الأساسي الوطني للمستفيد). في عام 2025، بلغ هذا المتوسط 36.78 دولارًا. وقد يتغير هذا المبلغ في عام 2026.

- لحساب غرامتك الشهرية، اضرب نسبة الغرامة في القسط الأساسي الوطني للمستفيد، ثم قرّب الناتج إلى أقرب 10 سنتات. في المثال هنا: نضرب 14% في 36.78 دولارًا ليساوي 5.149 دولارات. نُقرّب إلى 5.10 دولارات. يُضاف هذا المبلغ إلى القسط الشهري للخطة لأي شخص يدفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D.

ثلاث نقاط مهمة يجب معرفتها عن الغرامة الشهرية للتسجيل المتأخر في الجزء D:

- قد تتغير الغرامة كل عام، لأن القسط الأساسي الوطني للمستفيد يمكن أن يتغير كل عام.
- ستستمر في دفع الغرامة كل شهر ما دمت مسجلاً في خطة تحتوي على مزايا أدوية Medicare الجزء D، حتى إذا غيرت خطتك.
- إذا كنت دون سن 65 ومسجلاً في Medicare، فسيُعاد تعيين غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D عندما تبلغ 65 عامًا. بعد بلوغ 65 عامًا، ستُحسب غرامة تسجيلك المتأخر في الجزء D فقط بناءً على الأشهر التي لم تكن لديك فيها تغطية في Medicare بعد فترة التسجيل الأولية الخاصة بك بسبب بلوغ السن.

إذا لم توافق على غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D، فيمكنك أنت أو ممثلك أن تطلب مراجعة. بشكل عام، يجب أن تطلب هذه المراجعة خلال 60 يومًا من تاريخ أول خطاب استلمته يُفيد بوجود دفع غرامة التسجيل المتأخر. ومع ذلك، إذا كنت تدفع غرامة بالفعل قبل انضمامك إلى خطتنا، فقد لا تتاح لك فرصة أخرى لطلب مراجعة غرامة التسجيل المتأخر هذه. مهم: لا تتوقف عن دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D في أثناء انتظار مراجعة القرار الخاص بالغرامة. إذا توقفت، قد يتم إنهاء عضويتك بسبب عدم دفع أقساط خطتنا.

القسم 4.4 مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل

إذا فقدت أهليتك في هذه الخطة بسبب تغيرات في الدخل، فقد يُطلب من بعض الأعضاء دفع رسوم إضافية لخطة Medicare الخاصة بهم، تُعرف باسم مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل للجزء D. يتم احتساب الرسوم الإضافية باستخدام إجمالي الدخل المعدل الذي تم تعديله كما هو مذكور في إقرارك الضريبي لدى دائرة الإيرادات الداخلية الأمريكية (IRS) قبل سنتين. إذا تجاوز هذا الدخل حدًا معينًا، فستدفع القسط القياسي بالإضافة إلى مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل الإضافي. للحصول على مزيد من المعلومات حول المبلغ الإضافي الذي قد يتعين عليك دفعه بناءً على دخلك، يمكنك زيارة: www.Medicare.gov/health-drug-plans/part-d/basics/costs.

إذا كان عليك دفع مبلغ إضافي للتعديل الشهري المتعلق بالدخل، فإن إدارة الضمان الاجتماعي، وليس خطة Medicare الخاصة بك، ستُرسل لك خطابًا تخبرك فيه بالمبلغ الإضافي. سيتم خصم هذا المبلغ الإضافي من شيك سداد المزايا لديك الصادر عن إدارة الضمان الاجتماعي، أو مجلس نقاعد السكك الحديدية، أو مكتب إدارة شؤون الموظفين، بغض النظر عن الطريقة التي تدفع بها عادةً قسط خطتك، ما لم يكن شيك المزايا الشهري غير كافٍ لتغطية المبلغ المستحق. إذا لم يكن شيك المزايا كافيًا لتغطية المبلغ الإضافي، فستصلك فاتورة من Medicare. ويجب عليك دفع مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل الإضافي إلى الحكومة. ولا يمكن دفعه مع قسط خطتك الشهري. إذا لم تدفع مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل الإضافي، فسيتم إلغاء تسجيلك في خطتنا وستفقد تغطية الأدوية الموصوفة طبيًا.

إذا لم توافق على دفع مبلغ إضافي للتعديل الشهري المتعلق بالدخل، فيمكنك طلب مراجعة القرار من إدارة الضمان الاجتماعي. لمعرفة كيفية القيام بذلك، اتصل بإدارة الضمان الاجتماعي على: 1-800-772-1213 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 1-800-325-0778).

القسم 4.5 مبلغ خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare

إذا كنت مشتركًا في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare (Medicare Prescription Payment Plan)، فستدفع كل شهر قسط خطتنا (إذا كان عليك قسط) وستتلقى فاتورة من خطة الرعاية الصحية أو الأدوية الخاصة بك مقابل الأدوية الموصوفة طبياً (بدلاً من الدفع في الصيدلية مباشرة). يتم احتساب فاتورتك الشهرية بناءً على المبلغ المستحق عن أي وصفات طبية حصلت عليها، مضافاً إليه رصيد الشهر السابق، مقسوماً على عدد الأشهر المتبقية في العام.

لمزيد من التفاصيل عن خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare، راجع الفصل 2، القسم 7. إذا لم توافق على مبلغ الفاتورة كجزء من خيار الدفع هذا، فيمكنك اتباع الخطوات الموضحة في الفصل 9 لتقديم شكوى أو استئناف.

القسم 5 مزيد من المعلومات حول القسط الشهري للخطة

القسم 5.1 لن يتغير القسط الشهري لخطة التأمين الخاصة بنا خلال العام

لا يُسمح لنا بتغيير مبلغ القسط الشهري لخطتنا خلال العام. إذا تغير القسط الشهري للخطة للعام القادم، نُخطرك بذلك في شهر سبتمبر، ويُصبح القسط الجديد ساريًا بدءًا من 1 يناير.

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

- إذا كنت تدفع حاليًا غرامة التسجيل المتأخر للجزء D وأصبحت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية خلال العام، فستتمكن من التوقف عن دفع الغرامة.

- إذا فقدت المساعدة الإضافية، فقد تُصبح خاضعًا لغرامة التسجيل المتأخر للجزء D إذا قضيت 63 يومًا متتاليًا أو أكثر من دون تغطية الجزء D أو أي تغطية دائمة أخرى معترف بها.

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

القسم 6 تحديث بيانات عضويتك في خطتنا باستمرار

يحتوي سجل عضويتك على المعلومات الواردة في نموذج التسجيل، بما في ذلك العنوان ورقم الهاتف. ويُظهر تفاصيل تغطية خطتك الخاصة، بما في ذلك مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.

يستخدم الأطباء والمستشفيات والصيدلة ومقدمو الخدمات الآخرون في شبكة خطتنا سجل عضويتك لمعرفة الخدمات والأدوية المشمولة ومبالغ تقاسم التكاليف الخاصة بك. ولهذا السبب، من المهم للغاية أن تساعدنا في الحفاظ على تحديث معلوماتك.

إذا حدث أي من التغييرات الآتية، فأخطرنا بذلك:

- تغييرات في الاسم أو العنوان أو رقم الهاتف
- تغييرات في أي تغطية صحية أخرى لديك (مثل التغطية من جهة عملك أو من جهة عمل الزوج/الشريك أو تعويضات العمال أو خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid))
- أي مطالبات بالمسؤولية، مثل المطالبات الناتجة عن حادث سيارة

- إذا تم إدخالك إلى دار رعاية
 - إذا تلقيت رعاية في مستشفى أو غرفة طوارئ خارج المنطقة أو خارج الشبكة
 - إذا تغير الطرف المسؤول عنك (مثل مقدم الرعاية)
 - إذا شاركت في دراسة بحث سريرية (ملاحظة: لست ملزمًا بإخطار خطتنا بشأن الدراسات البحثية السريرية التي تنوي المشاركة فيها، لكننا نشجعك على القيام بذلك).
- إذا تغير أي من هذه المعلومات، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 711).

من المهم أيضًا أن تتواصل مع إدارة الضمان الاجتماعي إذا انتقلت أو غيرت عنوان المراسلة. اتصل بإدارة الضمان الاجتماعي على الرقم 1-800-772-1213 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 1-800-325-0778).

كما يجب أن تتواصل مع خدمة عملاء خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) أو مع موظف حالتك وتخطرهم بأي من هذه التغييرات. يمكن العثور على أرقام هواتف خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) في الفصل 2، القسم 6.

القسم 7 كيفية عمل التأمين الآخر مع خطتنا

يتطلب منا برنامج Medicare جمع معلومات عن أي تغطية طبية أو دوائية أخرى لديك حتى نتمكن من تنسيق أي تغطية أخرى مع المزايا التي توفرها خطتنا. ويُعرف ذلك باسم تنسيق المزايا.

مرة واحدة سنويًا، نرسل إليك خطابًا يحتوي على أي تغطية طبية أو دوائية أخرى نعرف بوجودها. اقرأ هذه المعلومات بعناية. إذا كانت صحيحة، فليست بحاجة إلى القيام بأي إجراء. إذا لم تكن صحيحة، أو إذا كانت لديك تغطية أخرى غير مدرجة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدم خدمة TTY الاتصال على 711). قد تحتاج إلى إعطاء رقم هوية عضويتك في خطتنا لجهات التأمين الأخرى (بعد تأكيد هويتهم) حتى تُدفع فواتيرك بشكل صحيح وفي الوقت المحدد.

عندما يكون لديك تأمين آخر (مثل التغطية الصحية الجماعية من جهة العمل)، تُحدد قواعد Medicare ما إذا كانت خطتنا أو تأمينك الآخر هو من يدفع أولاً. يُسمى التأمين الذي يدفع أولاً "المُسَدَّد الأساسي"، ويدفع حتى حدود تغطيته. أما التأمين الذي يدفع ثانيًا، "المُسَدَّد الثانوي"، فيدفع فقط إذا بقيت تكاليف غير مشمولة بالتغطية الأساسية. وقد لا يدفع المُسَدَّد الثانوي كل التكاليف غير المغطاة. إذا كان لديك تأمين آخر، فأخطر طبيبك والمستشفى والصيدلية بذلك.

تُطبق هذه القواعد على تغطية خطة الرعاية الصحية الجماعية من جهة العمل أو النقابة:

- إذا كانت لديك تغطية تقاعدية، فإن Medicare يدفع أولاً.
 - إذا كانت تغطية خطة الرعاية الصحية الجماعية تستند إلى عملك الحالي أو عمل أحد أفراد أسرته الحالي، فالمسؤول عن الدفع أولاً يعتمد على عمرك، وعدد الموظفين لدى جهة العمل، وما إذا كانت لديك تغطية Medicare بسبب العمر أو الإعاقة أو الفشل الكلوي في المرحلة النهائية (ESRD):
 - إذا كنت تحت سن 65 ولديك إعاقة، وما زلت أنت (أو أحد أفراد أسرتك) تعمل، فإن خطة الرعاية الصحية الجماعية تدفع أولاً إذا كان لدى جهة العمل 100 موظف أو أكثر أو إذا كان هناك أكثر من جهة عمل في خطة مشتركة ولدى أحدها أكثر من 100 موظف.
 - إذا كنت فوق سن 65 وما زلت أنت (أو زوجك/زوجتك أو شريكك المنزلي) تعمل، فإن خطة الرعاية الصحية الجماعية تدفع أولاً إذا كان لدى جهة العمل 20 موظفًا أو أكثر أو إذا كان هناك أكثر من جهة عمل في خطة مشتركة ولدى أحدها أكثر من 20 موظفًا.
 - إذا كانت لديك تغطية Medicare بسبب الفشل الكلوي في المرحلة النهائية، فإن خطة الرعاية الصحية الجماعية ستدفع أولاً خلال أول 30 شهرًا بعد أن تصبح مؤهلاً لبرنامج Medicare.
- عادةً ما تدفع هذه الأنواع من التغطية أولاً عن الخدمات المرتبطة بكل نوع منها:
- تأمين ضد الحوادث (بما في ذلك تأمين السيارات)
 - المسؤولية (بما في ذلك تأمين السيارات)
 - مزايا مرض الرئة السوداء
 - تعويضات العمال
- لا يدفع برنامج Medicaid أو برنامج TRICARE أبدًا أولاً عن الخدمات المغطاة ببرنامج Medicare. إنما يدفعان فقط بعد أن يدفع Medicare و/أو خطط الرعاية الصحية الجماعية من جهة العمل.

الفصل 2:

أرقام الهواتف والموارد

القسم 1 جهات الاتصال لخطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

للحصول على مساعدة بشأن المطالبات أو الفواتير أو استفسارات حول بطاقات العضوية، اتصل أو راسل خدمة عملاء خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). تسرنا مساعدتك.

خدمة العملاء - معلومات الاتصال	
الاتصال	503-574-8000 أو 1-800-603-2340 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). تتوفر أيضًا خدمة الترجمة الفورية المجانية للمتحدثين غير الناطقين باللغة الإنجليزية على خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711).
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
الفاكس	503-574-8608
المراسلات	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
الموقع الإلكتروني	www.ProvidenceHealthAssurance.com

كيفية طلب قرار تغطية أو استئناف بخصوص رعايتك الطبية و/أو أدوية الجزء D

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية الخاصة بك أو بشأن المبلغ الذي ندفعه مقابل خدماتك الطبية أو أدوية الجزء D. أما الاستئناف فهو وسيلة رسمية لطلب مراجعتنا وتغيير قرار التغطية. للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرارات التغطية أو الاستئناف المتعلقة برعايتك الطبية أو أدوية الجزء D، فانقل إلى الفصل 9.

قرارات التغطية الخاصة بالرعاية الصحية – معلومات الاتصال	
الاتصال	503-574-8000 أو 1-800-603-2340 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
الفاكس	503-574-6464 أو 1-800-989-7479
المراسلات	Providence Health Assurance Attn: Health Care Services P.O. Box 4327 Portland, OR 97208-4327
الموقع الإلكتروني	www.ProvidenceHealthAssurance.com

قرارات التغطية الخاصة بأدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
الاتصال	503-574-8000 أو 1-800-603-2340 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).

قرارات التغطية الخاصة بأدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
711	TTY
المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).	
1-800-249-7714 أو 503-574-8646	الفاكس
Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	المراسلات
www.ProvidenceHealthAssurance.com	الموقع الإلكتروني

الاستثناءات الخاصة بالرعاية الطبية و/أو أدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
503-574-8000 أو 1-800-603-2340	الاتصال
المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).	
711	TTY
المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).	
1-800-396-4778 أو 503-574-8757	الفاكس
Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158	المراسلات
www.ProvidenceHealthAssurance.com	الموقع الإلكتروني

كيفية تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية و/أو أدوية الجزء D

يمكنك تقديم شكوى ضدنا أو ضد أحد مقدمي الخدمة أو الصيدليات ضمن شبكتنا، بما في ذلك الشكاوى المتعلقة بجودة الرعاية التي تحصل عليها. هذا النوع من الشكاوى لا يتضمن نزاعات بخصوص التغطية أو المدفوعات. للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية تقديم شكوى بخصوص رعايتك الطبية، انتقل إلى الفصل 9.

الشكاوى بخصوص الرعاية الطبية و/أو أدوية الجزء D – معلومات الاتصال	
الاتصال	503-574-8000 أو 1-800-603-2340 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحاً إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
الفاكس	503-574-8757 أو 1-800-396-4778
المراسلات	Providence Health Assurance Attn: Appeals and Grievances P.O. Box 4158 Portland, OR 97208-4158
Medicare الموقع الإلكتروني	لتقديم شكوى بخصوص خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) مباشرة إلى Medicare، انتقل إلى: www.Medicare.gov/my/medicare-complaint

كيفية طلب أن ندفع تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء الذي حصلت عليه

إذا استلمت فاتورة أو دفعت مقابل خدمات (مثل فاتورة من مقدم خدمة) تعتقد أنه ينبغي أن ندفع عنها، فقد تحتاج إلى أن تطلب منا السداد أو دفع الفاتورة إلى مقدم الخدمة. انتقل إلى الفصل 7 لمزيد من المعلومات.

يمكننا فقط إعادة السداد عن الخدمات المغطاة ضمن Medicare، وليس عن الخدمات المغطاة ضمن Medicaid. إذا تمت الموافقة على طلبك لاسترداد المبلغ، فسيغطي الدفع إليك فقط المبلغ المسموح به من Medicare (أي ما ندفعه عادةً إلى مقدم الخدمة مقابل هذه الخدمة)، ولن يشمل أي جزء مغطى من Medicaid مثل التأمين المشترك أو المبالغ المستقطعة من Medicare. يُرجى التواصل مع خدمة العملاء على الرقم الموجود في مربع طلب الدفع أدناه إذا كانت لديك أي أسئلة.

إذا أرسلت لنا طلب دفع ورفضنا أي جزء من طلبك، فيمكنك استئناف قرارنا. انتقل إلى الفصل 9 لمزيد من المعلومات.

طلبات الدفع – معلومات الاتصال	
الاتصال	503-574-8000 أو 1-800-603-2340
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
TTY	711
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
الفاكس	للمطالبات الطبية 503-574-8627
	للمطالبات الخاصة بالأدوية الجزء D 503-574-8646
المراسلات	للمطالبات الطبية Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
	للمطالبات الخاصة بالأدوية الجزء D Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125
الموقع الإلكتروني	www.ProvidenceHealthAssurance.com

القسم 2 المساعدة من Medicare

Medicare هو برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص بعمر 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص تحت 65 عامًا ممن لديهم إعاقات، والأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في المرحلة النهائية (فشل كلوي دائم يتطلب غسيل كلوي أو زراعة كلية).

الوكالة الفيدرالية المسؤولة عن Medicare هي مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS). تتعاقد هذه الوكالة مع منظمات خطة Medicare Advantage بما في ذلك خطتنا.

Medicare – معلومات الاتصال	
الاتصال	1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.
	24 ساعة طوال الأسبوع.

Medicare – معلومات الاتصال	
TTY	1-877-486-2048 هذا الرقم يتطلب أجهزة هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية.
الردشة المباشرة	يمكنك الدردشة مباشرة على www.Medicare.gov/talk-to-someone .
المراسلات	أرسل إلى Medicare على PO Box 1270, Lawrence, KS 66044
الموقع الإلكتروني	www.Medicare.gov • احصل على معلومات حول خطط الرعاية الصحية والأدوية ضمن Medicare في منطقتك، بما في ذلك تكلفتها والخدمات التي تقدمها. • اعثر على أطباء أو مقدمي رعاية صحية أو موردين يشاركون في Medicare. • تعرف على ما يغطيه برنامج Medicare، بما في ذلك الخدمات الوقائية (مثل الفحوصات، والحقن أو اللقاحات، والزيارات "الوقائية" السنوية). • احصل على معلومات ونماذج الاستئناف الخاصة ببرنامج Medicare. • احصل على معلومات حول جودة الرعاية المقدمة من قبل الخطط، ودور رعاية المسنين، والمستشفيات، والأطباء، ووكالات الرعاية الصحية المنزلية، ومراكز غسيل الكلى، ومراكز الرعاية التلطيفية، ومرافق إعادة التأهيل الداخلية، ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد. • ابحث عن مواقع إلكترونية وأرقام هواتف مفيدة. يمكنك أيضًا زيارة www.Medicare.gov لإبلاغ Medicare بأي شكاوى لديك حول خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP): لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى: www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. تأخذ Medicare شكاواك على محمل الجد وستستخدم هذه المعلومات للمساعدة على تحسين جودة برنامج Medicare.

القسم 3 برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP)

برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP) هو برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين في كل ولاية، يقدمون المساعدة المجانية والمعلومات والإجابة على أسئلتك المتعلقة ببرنامج Medicare. في ولاية أوريغون، يطلق على برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية اسم مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (SHIBA).

SHIBA هو برنامج حكومي مستقل (غير مرتبط بأي شركة تأمين أو خطة صحية) يحصل على تمويل من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات مجانية محلية حول التأمين الصحي للأشخاص المشمولين بتغطية Medicare.

يمكن لمستشاري SHIBA مساعدتك على فهم حقوقك ضمن Medicare، وتقديم الشكاوى حول الرعاية أو العلاج، وحل المشكلات المتعلقة بفواتير Medicare.

كما يمكن لمستشاري SHIBA مساعدتك بشأن الأسئلة أو المشكلات المتعلقة ببرنامج Medicare، وفهم خيارات خطتك ضمن Medicare، والإجابة على الأسئلة المتعلقة بتغيير الخطط.

الوسيلة	برنامج المساعدة في مزايا التأمين الصحي لكبار السن في ولاية أوريغون (Oregon SHIP) – معلومات الاتصال
الاتصال	1-800-722-4134
TTY	711
المراسلات	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301 البريد الإلكتروني: shiba.oregon@odhsoha.oregon.gov
الموقع الإلكتروني	www.shiba.oregon.gov

القسم 4 منظمة تحسين الجودة (QIO)

توجد منظمة محددة لتحسين الجودة (QIO) تخدم الأشخاص المشمولين بتغطية برنامج Medicare في كل ولاية. في ولاية أوريغون، تسمى هذه المنظمة Acentra Health.

تضم Acentra Health مجموعة من الأطباء وغيرهم من الاختصاصيين في مجال الرعاية الصحية الذين يتم دفع رواتبهم من Medicare لمراجعة جودة الرعاية المقدمة للمشمولين بتغطية Medicare وتحسينها. Acentra Health هي منظمة مستقلة. وهي غير مرتبطة بخطتنا.

تواصل مع Acentra Health في أي من هذه الحالات:

- لديك شكوى بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها. تتضمن أمثلة على المخاوف المتعلقة بجودة الرعاية الحصول على دواء غير صحيح، أو الخضوع لاختبارات أو إجراءات غير ضرورية، أو تشخيص خاطئ.
- تعتقد أن تغطية إقامتك في المستشفى ستنتهي قريباً جداً.
- تعتقد أن تغطية الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرافق التمريض الماهرة أو خدمات مرفق إعادة التأهيل الخارجي الشامل (CORF) ستنتهي قريباً جداً.

Acentra Health (منظمة تحسين الجودة في أوريغون) – معلومات الاتصال	
الاتصال	1-888-305-6759 (مجاني)
	أيام الأسبوع: 9:00 صباحاً – 5:00 مساءً
	عطلات نهاية الأسبوع والإجازات: 10:00 صباحاً – 4:00 مساءً
	يمكن ترك رسالة صوتية على الرقم المجاني على مدار الساعة طوال الأسبوع.

Acentra Health (منظمة تحسين الجودة في أوريجون) – معلومات الاتصال	
الفاكس	1-844-878-7921 (مجاناً)
TTY	711
المراسلات	Acentra Health 5201 West Kennedy Blvd. Suite 900 Tampa, FL 33609
الموقع الإلكتروني	https://www.acentraqio.com/

القسم 5 الضمان الاجتماعي

إدارة الضمان الاجتماعي هي الجهة المسؤولة عن تحديد أهلية الانضمام إلى Medicare والتعامل مع إجراءات التسجيل. كما تحدد إدارة الضمان الاجتماعي من عليه دفع مبلغ إضافي لتغطية أدوية الجزء D إذا كان دخله مرتفعاً. إذا استلمت خطاباً من إدارة الضمان الاجتماعي يفيد بأنك مطالب بدفع مبلغ إضافي ولديك أسئلة بخصوص المبلغ، أو إذا انخفض دخلك بسبب حدث مهم في حياتك، فيمكنك الاتصال بإدارة الضمان الاجتماعي وطلب إعادة النظر.

إذا انتقلت أو غيرت عنوان المراسلات، فيجب عليك إبلاغ إدارة الضمان الاجتماعي.

الضمان الاجتماعي – معلومات الاتصال	
الاتصال	1-800-772-1213 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاح من 8 صباحاً إلى 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. يمكن استخدام خدمات الهاتف الآلي لإدارة الضمان الاجتماعي للحصول على معلومات مسجلة أو لإجراء بعض المعاملات على مدار 24 ساعة.
TTY	1-800-325-0778 هذا الرقم يتطلب أجهزة هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. متاح من 8 صباحاً إلى 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة.
الموقع الإلكتروني	www.SSA.gov

القسم 6 برنامج Medicaid

Medicaid هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية وحكومة الولاية يساعد في دفع تكاليف الرعاية الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. أنت مشمول في التغطية ضمن كل من برنامج Medicare وخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).

- برنامج المستفيد من Medicare المؤهل مع مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة (QMB+): يساعد على دفع أقساط الجزء A والجزء B من برنامج Medicare، وكذلك تقاسم التكاليف (مثل المبالغ المستقطعة والتأمين المشترك والمدفوعات المشتركة) للأشخاص المؤهلين أيضاً للحصول على مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة.
- برنامج المستفيد من Medicare المحدد منخفض الدخل مع مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة (SLMB+): يساعد على دفع أقساط الجزء B للأشخاص المؤهلين أيضاً للحصول على مزايا خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الكاملة، بالإضافة إلى تغطية تقاسم التكاليف للمزايا التي تغطيها خطة ولاية أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) عادةً.

تقوم Providence Health Assurance بخدمة أعضاء خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) ضمن منظمة الرعاية المنسقة، خطط المشاركة الصحية "Health Share" في ولاية أوريغون. تغطي خطتنا المزايا الصحية البدنية وفقاً للقيود الواردة في قائمة الخدمات الصحية ذات الأولوية. للمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني: www.healthshareoregon.org أو الاتصال بقسم خدمة العملاء لدينا.

إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة التي تحصل عليها من برنامج Medicaid، فاتصل بخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).

خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) – معلومات الاتصال	
الاتصال	1-800-273-0557 تمتد ساعات العمل من 8 صباحاً إلى 5 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ)، من الإثنين إلى الجمعة.
TTY	711
المراسلات	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
الموقع الإلكتروني	www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx

يساعد مكتب حاكم أوريغون للدفاع (Governor's Advocacy Office) التابع لدائرة خدمات الإنسان في أوريغون الأشخاص المسجلين في خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) على حل المشكلات المتعلقة بالخدمات أو الفوترة. كما يمكنه مساعدتك على تقديم تظلم أو استئناف مع خطتنا.

مكتب حاكم أوريغون للدفاع التابع لدائرة خدمات الإنسان في أوريغون – معلومات الاتصال	
الاتصال	503-945-6904 أو 1-800-442-5238 تمتد ساعات العمل من 8 صباحًا إلى 5 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ)، من الإثنين إلى الجمعة.
TTY	711
المراسلات	Oregon Department of Human Services Governor's Advocacy Office 500 Summer St. NE, E-17 Salem, OR 97310 البريد الإلكتروني: gao.info@odhs.oregon.gov
الموقع الإلكتروني	www.oregon.gov/DHS/ABOUTDHS/Pages/gao.aspx

يساعد وسيط الرعاية طويلة الأمد في ولاية أوريغون (Oregon Long-Term Care Ombudsman) الأشخاص في الحصول على معلومات حول دور رعاية المسنين وحل المشكلات بين دور رعاية المسنين والمقيمين أو عائلاتهم.

وسيط الرعاية طويلة الأمد في ولاية أوريغون – معلومات الاتصال	
الاتصال	503-378-6533 أو 1-800-522-2602 تمتد ساعات العمل من 8 صباحًا إلى 5 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ)، من الإثنين إلى الجمعة.
TTY	711
المراسلات	Oregon Long-Term Care Ombudsman 830 D. St NE Salem, OR 97301 البريد الإلكتروني: ltco.info@rights.oregon.gov
الموقع الإلكتروني	www.oltco.org/

القسم 7 برامج المساعدة في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا

يحتوي موقع Medicare الإلكتروني (www.Medicare.gov/basics/costs/help/drug-costs) على معلومات حول طرق تقليل تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا. يمكن للبرامج الآتية أن تقدم المساعدة إلى الأشخاص ذوي الدخل المحدود.

برنامج المساعدة الإضافية من Medicare.

بما أنك مؤهل للحصول على مزايا Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على المساعدة الإضافية من Medicare لتغطية تكاليف خطة الأدوية الموصوفة طبياً الخاصة بك. ولا تحتاج إلى القيام بأي إجراء إضافي للحصول على هذه المساعدة الإضافية.

إذا كانت لديك أسئلة حول المساعدة الإضافية، فاتصل على:

- 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 1-877-486-2048
- مكتب الضمان الاجتماعي على 1-800-772-1213 بين 8 صباحاً و 7 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 1-800-325-0778؛ أو
- مكتب Medicaid في ولايتك على الرقم 1-800-273-0557.

إذا كنت تعتقد أنك تدفع مبلغًا غير صحيح مقابل الأدوية الموصوفة في الصيدلية، فلدى خطتنا آلية لمساعدتك في الحصول على إثبات لمبلغ الدفع المشترك الصحيح. إذا كان لديك بالفعل إثبات بالمبلغ الصحيح، فيمكننا مساعدتك على مشاركته معنا.

- يُرجى الاتصال بخدمة العملاء إذا كنت تعتقد أنه يتم تحميلك مبلغًا غير صحيح في تقاسم التكاليف. يمكننا تأكيد التغطية الحالية الخاصة بك وما إذا كانت المساعدة الإضافية تُطبق بشكل صحيح على المزايا المقدّمة إليك. إذا لم تتفق مع نتائجنا، فقد نطلب منك تقديم أحد المستندات الآتية للتحقق من أهليتك لدعم الدخل المحدود:
 - نسخة من بطاقة خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الخاصة بك والتي تتضمن اسمك وتاريخ الأهلية خلال أحد الأشهر بعد شهر يونيو من العام السابق؛
 - نسخة من مستند صادر عن الولاية يؤكد حالة خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الفعالة خلال أحد الأشهر بعد شهر يونيو من العام السابق؛
 - نسخة مطبوعة من ملف التسجيل الإلكتروني للولاية يُظهر حالة خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) خلال أحد الأشهر بعد شهر يونيو من العام السابق؛
 - صورة شاشة مطبوعة من نظام خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الخاص بالولاية تُظهر الحالة خلال أحد الأشهر بعد شهر يونيو من العام السابق؛
 - أي وثائق أخرى مقدمة من الولاية تُظهر حالة خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) خلال أحد الأشهر بعد شهر يونيو من العام السابق؛ أو
 - خطاب من الضمان الاجتماعي يُظهر أنك تتلقى دخل الضمان التكميلي (SSI).
- بعد استلام إحدى الوثائق المذكورة أعلاه، سنقوم بتحديث بياناتك خلال 72 ساعة حتى تتمكن من استلام أدويةك الموصوفة بالتكلفة الجديدة. إذا لم تتمكن من تقديم أي من هذه الوثائق ولكنك ما زلت تعتقد أنك مؤهل للحصول على "المساعدة الإضافية"، فيمكن لخدمة العملاء إرشادك للخطوات التالية.

- عندما نحصل على الدليل الذي يوضح مستوى الدفع المشترك الصحيح، سنقوم بتحديث نظامنا بحيث تتمكن من دفع المبلغ الصحيح عند استلام أدويةك الموصوفة التالية. إذا دفعت مبلغًا زائدًا، سنقوم برده إليك إما بشيك أو كرسيد يُخصم من دفعة مشتركة لاحقة. إذا لم تقم الصيدلية بتحويل الدفع المشترك منك وكنت مدينًا لها، فقد ندفع مباشرةً إلى الصيدلية. وإذا دفعت الولاية نيابةً عنك، فقد ندفع مباشرةً إلى الولاية. اتصل بخدمة العملاء على 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 (يمكن لمستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711) إذا كانت لديك أسئلة.

ماذا لو كنت تحصل على المساعدة الإضافية ولديك تغطية من برنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز (ADAP)؟

يساعد برنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز (ADAP) الأشخاص المصابين بفيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز على الحصول على الأدوية المنقذة للحياة. أدوية Medicare الجزء D والموجودة أيضًا في كتيب الوصفات الطبية لبرنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز مؤهلة للحصول على مساعدة تقاسم تكاليف الوصفات الطبية من خلال برنامج CAREAssist التابع لولاية أوريغون.

ملاحظة: لكي تكون مؤهلاً للاستفادة من برنامج مساعدة مرضى الإيدز المعمول به في ولايتك، يجب عليك استيفاء بعض المعايير، بما في ذلك إثبات الإقامة في الولاية وحالة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، والدخل المنخفض (على النحو الذي تحدده الولاية)، والحالة غير المشمولة بالتأمين/المؤمن عليها تأمينًا غير كافٍ. إذا قمت بتغيير خطتك، فأبلغ موظف التسجيل في برنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز المحلي الخاص بك حتى تستمر في تلقي المساعدة. للحصول على معلومات حول معايير الأهلية، والأدوية المغطاة، أو كيفية التسجيل في البرنامج، اتصل ببرنامج CAREAssist على 971-673-0144 أو 1-800-805-2313 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711).

خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare

خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare هو خيار دفع يعمل مع تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك لمساعدتك على إدارة النفقات المباشرة للأدوية التي تغطيها خطتنا بحلولنا، ويتم توزيعها على مدار العام التقويمي (من يناير إلى ديسمبر). يمكن لأي شخص لديه خطة أدوية Medicare أو خطة صحية ضمن Medicare مع تغطية أدوية (مثل خطة Medicare Advantage مع تغطية أدوية) استخدام خيار الدفع هذا. قد يساعدك هذا الخيار على إدارة نفقاتك، لكنه لا يوفر المال أو يخفض تكلفة الأدوية. إذا كنت مشاركًا في خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare وظلت في الخطة نفسها للجزء D، فسيتم تجديد مشاركتك تلقائيًا لعام 2026. إن المساعدة الإضافية المقدمة من Medicare والمساعدة المقدمة من برنامج المساعدة الدوائية على مستوى الولاية أو برنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز، بالنسبة إلى أولئك المؤهلين، هي أكثر فائدة من المشاركة في خطة دفع قيمة الأدوية الموصوفة من Medicare. لمعرفة المزيد عن هذا الخيار، اتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711) أو قم بزيارة الموقع الإلكتروني www.Medicare.gov

خطة دفع تكاليف الأدوية الموصوفة من Medicare – معلومات الاتصال

الاتصال	855-742-2779 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. 24 ساعة طوال الأسبوع. تتوفر أيضًا خدمة الترجمة الفورية المجانية للمتحدثين غير الناطقين باللغة الإنجليزية على خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711).
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. 24 ساعة طوال الأسبوع.
المراسلات	Capital Rx Attn: M3P Elections Capital RX Inc. P.O. Box 24945 New York, NY 10087-4945 M3P-Election@cap-rx.com
الموقع الإلكتروني	www.ProvidenceHealthAssurance.com/M3P

القسم 8 مجلس تقاعد السكك الحديدية (RRB)

مجلس تقاعد السكك الحديدية هو وكالة اتحادية مستقلة تدير برامج مزايا شاملة لعمال السكك الحديدية في الولايات المتحدة وأسرهم. إذا كنت تحصل على تغطية من Medicare من خلال مجلس تقاعد السكك الحديدية، فأبلغهم إذا انتقلت أو غيرت عنوانك البريدي. للاستفسار عن مزاياك من مجلس تقاعد السكك الحديدية، اتصل بالوكالة.

مجلس تقاعد السكك الحديدية – معلومات الاتصال

الاتصال	1-877-772-5772 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. اضغط على "0" للتحدث مع ممثل مجلس تقاعد السكك الحديدية من 9 صباحًا حتى 3:30 مساءً، أيام الإثنين والثلاثاء، والخميس والجمعة، ومن 9 صباحًا حتى 12 ظهرًا يوم الأربعاء. اضغط على "1" للوصول إلى خط المساعدة الآلي لمجلس تقاعد السكك الحديدية والحصول على معلومات مسجلة 24 ساعة يوميًا بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع والعطلات الرسمية.
---------	---

مجلس تقاعد السكك الحديدية – معلومات الاتصال	
1-312-751-4701	TTY
هذا الرقم يتطلب أجهزة هاتف خاصة وهو مخصص فقط للأشخاص الذين لديهم صعوبات في السمع أو الكلام. المكالمات إلى هذه الأرقام غير مجانية.	
https://RRB.gov	الموقع الإلكتروني

القسم 9 إذا كان لديك تأمين جماعي أو تأمين صحي آخر من جهة العمل

إذا كنت (أو زوجك/زوجتك أو شريكك المنزلي) تحصل على مزايا من جهة العمل أو من مجموعة متقاعدين كجزء من هذه الخطة، فاتصل بمسؤول مزايا جهة العمل/النقابة أو بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي TTY الاتصال على 711) لأي استفسارات. يمكنك السؤال عن المزايا الصحية الخاصة بك (أو الخاصة بزوجك/زوجتك أو شريكك المنزلي) من جهة العمل أو بعد التقاعد، وكذلك عن الأقساط أو فترة التسجيل. يمكنك أيضًا الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) للاستفسار عن تغطيتك ضمن برنامج Medicare في هذه الخطة. على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 1-877-486-2048.

إذا كان لديك تغطية دوائية أخرى من خلال جهة العمل أو مجموعة المتقاعدين الخاصة بك (أو الخاصة بزوجك/زوجتك أو شريكك المنزلي)، فاتصل بمسؤول مزايا تلك المجموعة. يمكن لمسؤول المزايا مساعدتك على فهم كيفية عمل التغطية الدوائية الحالية مع خطتنا.

القسم 10 الحصول على المساعدة من رابطة موارد الشيخوخة والإعاقة في ولاية أوريغون (ADRC)

وفي ولاية أوريغون، يمكنك الاتصال برابطة موارد الشيخوخة والإعاقة في ولاية أوريغون (ADRC) على الرقم 1-855-ORE-ADRC (1-855-673-2372)، الموقع الإلكتروني: www.adrcforegon.org.

الفصل 3:

استخدام خطتنا للخدمات الطبية التي نتلقاها

القسم 1 كيفية الحصول على الرعاية الطبية كعضو في خطتنا

يشرح هذا الفصل ما تحتاج إلى معرفته حول استخدام خطتنا لتغطية رعايتك الطبية. للحصول على تفاصيل حول الرعاية الطبية التي تغطيها خطتنا، انتقل إلى جدول المزايا الطبية في الفصل 4.

القسم 1.1 مقدمو الخدمة والخدمات المشمولة بالتغطية

- **مقدمو الخدمة** هم الأطباء وغيرهم من الاختصاصيين في الرعاية الصحية المرخص لهم من قبل الولاية لتقديم الخدمات والرعاية الطبية. ويشمل مصطلح مقدمي الخدمة أيضًا المستشفيات والمرافق الصحية الأخرى.
- **مقدمو الخدمات ضمن الشبكة** هم الأطباء وغيرهم من الاختصاصيين في الرعاية الصحية، ومجموعات الأطباء، وموردو المعدات الطبية المعمرة، والمستشفيات، ومرافق الرعاية الصحية الأخرى التي لديها اتفاق معنا لقبول مدفوعاتنا كدفعة كاملة. لقد نسقنا مع هؤلاء لتقديم الخدمات المغطاة للأعضاء في خطتنا. يرسل مقدمو الخدمة ضمن الشبكة الفواتير مباشرةً إلينا مقابل الرعاية التي يقدمونها إليك. عند زيارتك لمقدم خدمة ضمن الشبكة، لن تدفع شيئاً مقابل الخدمات المغطاة.
- **الخدمات المغطاة** تتضمن كل الرعاية الطبية وخدمات الرعاية الصحية والمستلزمات والمعدات والأدوية الموصوفة طبياً التي تغطيها خطتنا. تُدرج خدماتك الطبية المغطاة في جدول المزايا الطبية بالفصل 4. وتتم مناقشة الأدوية الموصوفة طبياً المغطاة في الفصل 5.

القسم 1.2 القواعد الأساسية لتغطية الرعاية الطبية ضمن خطتنا

بصفتها خطة صحية ضمن برنامج Medicare، يجب أن تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) جميع الخدمات التي يغطيها برنامج Original Medicare.

تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) رعايتك الطبية عادةً طالما:

- **الرعاية التي تحصل عليها مدرجة في جدول المزايا الطبية في الفصل 4.**
- **الرعاية التي تحصل عليها تُعد ضرورية طبياً.** والمقصود بالضرورة الطبية أن تكون الخدمات أو المستلزمات أو المعدات أو الأدوية مطلوبة للوقاية أو التشخيص أو علاج حالتك الطبية، وأن تستوفي معايير الممارسة الطبية المعتمدة.
- **لديك مقدم رعاية أولية (PCP) ضمن الشبكة يتولى تقديم رعايتك والإشراف عليها.** وبصفتك عضواً في خطتنا، يجب أن تختار مقدم رعاية أولية ضمن الشبكة (راجع القسم 2.1 لمزيد من المعلومات).
- لا تحتاج إلى إحالة من مقدم الرعاية الأولية لرؤية اختصاصي ضمن الشبكة، أو للحصول على خدمات الرعاية العاجلة أو الطارئة. ومع ذلك، قد يرغب مقدم الرعاية الأولية الخاص بك في أن يوصي باختصاصي ضمن الشبكة مناسب لحالتك الطبية، وأن يوفر المتابعة الصحية اللازمة. ولضمان تنسيق الرعاية، يُوصى بإخطار مقدم الرعاية الأولية عند رغبتك في زيارة اختصاصي ضمن الشبكة.

- **يجب أن تحصل على رعايتك من مقدم خدمة ضمن الشبكة (راجع القسم 2).** في معظم الحالات، لن تتم تغطية الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة (مقدم خدمة غير تابع لشبكة خطتنا). هذا يعني أنك ستدفع تكلفة الخدمات كاملة بنفسك إلى مقدم الخدمات. فيما يأتي 3 استثناءات:
- تغطي خطتنا الرعاية الطارئة أو الخدمات العاجلة التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة. لمزيد من المعلومات ولمعرفة ما الخدمات الطارئة أو العاجلة، راجع القسم 3.
- إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يلزم برنامج Medicare خطتنا بتغطيتها، ولكن لا يوجد اختصاصيون ضمن الشبكة يقدمون هذه الرعاية، فيمكنك الحصول عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة بنسبة تقاسم التكاليف نفسها التي تدفعها عادةً داخل الشبكة. ينبغي الحصول على تفويض مسبق من قبل خطتنا قبل طلب الرعاية. في هذه الحالة، ستدفع المبلغ نفسه كما لو حصلت على الرعاية من مقدم خدمة ضمن الشبكة. لمزيد من المعلومات حول الحصول على موافقة لرؤية طبيب خارج الشبكة، راجع القسم 2.4.
- تغطي خطتنا خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل كلى معتمد من Medicare عند وجودك مؤقتاً خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا أو عندما يكون مقدم الخدمة المعتمد لهذا الإجراء غير متاح أو لا يمكن الوصول إليه. لا يمكن أن تكون نسبة تقاسم التكاليف التي تدفعها لخطتنا مقابل غسيل الكلى أعلى من نسبة تقاسم التكاليف في برنامج Original Medicare. إذا كنت خارج منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا وحصلت على غسيل الكلى من مقدم خدمة خارج الشبكة، فإن تكون نسبة تقاسم التكاليف أعلى مما تدفعه داخل الشبكة. ومع ذلك، إذا كان مقدم الخدمة المعتمد لك داخل الشبكة غير متاح مؤقتاً واخترت الحصول على الخدمة داخل منطقة الخدمة من مقدم خارج الشبكة، فقد تكون نسبة تقاسم التكاليف التي تدفعها مقابل الغسيل أعلى.

القسم 2 استخدام مقدمي الخدمات ضمن شبكة خطتنا للحصول على الرعاية الطبية

القسم 2.1 يجب عليك اختيار مقدم رعاية أولية لتقديم رعايتك الطبية والإشراف عليها

من هو مقدم الرعاية الأولية؟ وما دوره بالنسبة إليك؟

من هو مقدم الرعاية الأولية؟

عند تسجيلك في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، يجب عليك اختيار أحد مقدمي الخدمة المتاحين في الخطة ليكون مقدم الرعاية الأولية المخصص لك. مقدم الرعاية الأولية هو طبيب أو ممارس ترميز أو اختصاصي رعاية صحية آخر يستوفي متطلبات الولاية ومؤهلات لتقديم الرعاية الطبية الأساسية إليك. بالإضافة إلى تقديم الرعاية الروتينية أو الأساسية، يقوم مقدم الرعاية الأولية أيضاً بتنسيق الخدمات المغطاة الأخرى التي تحصل عليها بصفقتك عضواً في الخطة. على سبيل المثال، قد يرغب مقدم الرعاية الأولية المخصص إليك في منح الموافقة قبل أن تذهب إلى اختصاصي (ويُسمى ذلك تنسيق الرعاية).

يجب أن تزور مقدم الرعاية الأولية المخصص لك للحصول على خدمات الرعاية الأولية. إذا قمت بزيارة مقدم رعاية أولية ضمن الشبكة ليس هو المخصص لك، فلن تتم تغطية الخدمات.

ما أنواع مقدمي الخدمات الذين يمكن أن يعملوا كمقدم رعاية أولية؟

هناك عدة أنواع من مقدمي الخدمات مؤهلين للعمل كمقدمي رعاية أولية. قد يكون مقدم الرعاية الأولية الخاص بك:

- طبيب باطنية
- طبيب طب أسرة
- طبيب طب عام
- طبيب شيخوخة
- ممارس ترميز

ما دور مقدم الرعاية الأولية في خطتك؟

عادةً ما تذهب أولاً إلى مقدم الرعاية الأولية لتلبية احتياجاتك الصحية. هناك فقط عدد قليل من أنواع الخدمات المغطاة التي يمكنك الحصول عليها مباشرةً من دون الرجوع أولاً إلى مقدم الرعاية الأولية. انظر القسم 2.2 لمعرفة الاستثناءات.

ما دور مقدم الرعاية الأولية في تنسيق الخدمات المغطاة؟

كما ذكر سابقاً، سيقدم مقدم الرعاية الأولية معظم رعايتك. وسيقوم أيضاً بتنسيق باقي الخدمات المغطاة مثل: الأشعة السينية والفحوصات المخبرية والعلاجات وزيارات الاختصاصيين والدخول إلى المستشفى والمتابعة الطبية. ويشمل تنسيق الرعاية التواصل مع مقدمي الخدمات الآخرين ضمن الخطة لمناقشة رعايتك وتطور حالتك. وإذا كنت بحاجة إلى خدمات أو مستلزمات معينة، فقد يرغب مقدم الرعاية الأولية في تنسيقها مسبقاً.

ما دور مقدم الرعاية الأولية في اتخاذ قرارات أو الحصول على تفويض مسبق، إن وُجد؟

في بعض الحالات، سيحتاج مقدم الرعاية الأولية إلى طلب تفويض مسبق (موافقة مسبقة) قبل أن تحصل على بعض الخدمات. ونظراً إلى أن مقدم الرعاية الأولية يقدم معظم خدماتك الطبية وينسقها، فينبغي أن تتأكد من أن مكتبه لديه كل سجلاتك الطبية السابقة.

كيف تختار مقدم الرعاية الأولية؟

يمكنك اختيار مقدم الرعاية الأولية من خلال دليل مقدمي الخدمات والصيديات المتاح على موقعنا الإلكتروني: www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider. كما يمكنك الاتصال بخدمة العملاء للحصول على المساعدة في اختيار مقدم الرعاية الأولية. بعد اتخاذ قرارك، يجب إخطار خدمة العملاء لضمان معالجة المطالبات والدفع بشكل صحيح.

من المهم أن تضع في حسابك مقدمي الخدمات والمرافق الأخرى عند اختيار مقدم الرعاية الأولية. على سبيل المثال، إذا كان هناك اختصاصي أو مستشفى معين تود استخدامه، فتتحقق مما إذا كان مقدم الرعاية الأولية المحتمل أو هذا الاختصاصي أو المستشفى ضمن شبكتنا من خلال البحث في دليل مقدمي الخدمات والصيديات لدينا أو الاتصال بخدمة العملاء للحصول على المساعدة.

كيفية تغيير مقدم الرعاية الأولية

يمكنك تغيير مقدم الرعاية الأولية لأي سبب وفي أي وقت. من الممكن أيضاً أن يخرج مقدم الرعاية الأولية من شبكة مقدمي الخدمات في خطتنا، وفي هذه الحالة ستحتاج إلى اختيار مقدم رعاية أولية جديد.

يرجى إخطار خدمة عملاء مؤسسة Providence Health Assurance قبل موعدك الأول إذا كنت ترغب في تغيير مقدم الرعاية الأولية. تسري التغييرات على مقدم الرعاية الأولية الخاص بك بدءاً من اليوم الأول من الشهر التالي لتاريخ طلبك. خدمة العملاء ستكون سعيدة بمساعدتك.

ملاحظة: إذا كان هناك اختصاصي أو مستشفى معين تود استخدامه، فيُرجى تنسيق خدماتك من خلال مقدم الرعاية الأولية الخاص بك.

القسم 2.2 الرعاية الطبية التي يمكنك الحصول عليها دون إحالة من مقدم الرعاية الأولية

يمكنك الحصول على الخدمات المدرجة أدناه من دون الحاجة إلى موافقة مسبقة من مقدم الرعاية الأولية.

- رعاية صحة المرأة الروتينية، بما في ذلك فحوصات الثدي وتصوير الثدي الشعاعي (Mammogram) واختبارات مسحة عنق الرحم والفحوصات الحوضية، طالما تحصل عليها من مقدم خدمات ضمن الشبكة
- لقاحات الإنفلونزا ولقاحات كوفيد-19 ولقاحات الالتهاب الرئوي
- خدمات الطوارئ من مقدمي الخدمات ضمن الشبكة أو خارجها
- الخدمات المغطاة العاجلة التي تحتاج إلى رعاية طبية فورية (لكنها ليست حالة طارئة)، سواء كنت خارج منطقة تغطية الخطة مؤقتاً أو كان من غير المعقول وفقاً لظروفك الحصول على الخدمة من مقدم خدمات داخل الشبكة. من أمثلة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقمات غير المتوقعة للحالات المرضية القائمة. من الناحية الطبية، لا تُعد زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية (مثل الفحوصات السنوية) ضرورية بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج نطاق تغطية خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتاً.
- خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في منشأة غسيل كلى معتمدة من Medicare في أثناء وجودك خارج منطقة خدمة الخطة مؤقتاً. إذا أمكن، اتصل بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711) قبل مغادرة منطقة الخدمة حتى نساعدك على ترتيب جلسات غسيل الكلى في أثناء غيابك.
- خدمات الصحة النفسية وعلاج اضطرابات تعاطي المواد المخدرة. يُرجى الاتصال بخدمة العملاء لمعرفة التفاصيل.
- فحوصات العين الروتينية ومستلزمات الرؤية الروتينية. يمكنك إجراء فحص العين الروتيني والحصول على المستلزمات من أي مقدم خدمات مؤهل يقبل تأمين Medicare. يُرجى مراجعة جدول المزايا الطبية في الفصل 4 لمزيد من التفاصيل.
- اتصل بمقدم الرعاية الأولية الخاص بك للحصول على توصية باختصاصي يناسب احتياجاتك الطبية.

القسم 2.3 كيفية الحصول على الرعاية من الاختصاصيين ومقدمي الخدمات الآخرين ضمن الشبكة

الاختصاصي هو طبيب يقدم خدمات رعاية صحية لمرض محدد أو لجزء معين من الجسم. هناك عديد من أنواع الاختصاصيين. على سبيل المثال:

- أطباء الأورام الذين يقدمون الرعاية للمرضى المصابين بالسرطان.
- أطباء القلب الذين يقدمون الرعاية للمرضى المصابين بأمراض القلب.
- أطباء العظام الذين يقدمون الرعاية للمرضى المصابين ببعض مشكلات العظام أو المفاصل أو العضلات.

تُغطى خدمات الرعاية الصحية فقط عندما تكون ضرورية طبياً. يُرجى ملاحظة أن مقدم الرعاية الأولية الخاص بك سيقدم معظم رعايتك الصحية، وعندما يكون ذلك مناسباً طبياً، سينسق مع أحد الاختصاصيين ضمن شبكة Providence لمواصلة الرعاية.

تتطلب خدمات مثل الإجراءات الجراحية الاختيارية، أو الدخول إلى المستشفى، أو الرعاية التمريضية المتخصصة موافقة مسبقة من Providence Health Assurance قبل موعد تقديم الخدمة. وبالمثل، فإن الحصول على تفويض لزيارة مقدم خدمة خارج الشبكة يجب أن يتم من خلال Providence Health Assurance قبل تلقيك الرعاية. ويتحمل مقدم الرعاية الأولية الخاص بك المسؤولية عن الحصول على موافقة Providence Health Assurance على ما سبق. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء.

إذا كان هناك اختصاصي أو مستشفى محدد ترغب في زيارته، فتتحقق أولاً مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك للتأكد من أن الاختصاصي أو المرفق الذي تريده موجود ضمن شبكتنا. للعثور على مقدم خدمة أو اختصاصي أو مرفق، قم بزيارة الموقع الإلكتروني: www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

للتعرف على الخدمات التي تتطلب تفويضاً مسبقاً، يُرجى الاطلاع على الفصل 4، القسم 2.

عندما يترك أحد الاختصاصيين أو مقدمي الخدمات الآخرين شبكتنا

قد نجري تغييرات على المستشفيات أو الأطباء أو الاختصاصيين (مقدمي الخدمات) ضمن شبكة خطتنا خلال العام. إذا ترك طبيبك أو الاختصاصي خطتنا، فإن لك هذه الحقوق والحمايات:

- بالرغم من أن شبكة مقدمي الخدمة لدينا قد تتغير خلال العام، فإن برنامج Medicare يشترط أن يكون لديك وصول مستمر إلى أطباء واختصاصيين مؤهلين.
- سنخاطبك بأن مقدم الخدمة الخاص بك سيترك خطتنا، حتى يكون لديك الوقت لاختيار مقدم خدمة جديد.
 - إذا ترك طبيب الرعاية الأولية أو مقدم خدمات الصحة السلوكية خطتنا، فسنخاطبك إذا كنت قد زرته خلال آخر 3 سنوات.
 - إذا ترك أي من مقدمي الخدمات الآخرين خطتنا، فسنخاطبك إذا كنت مخصصاً لمقدم الخدمة هذا، أو تتلقى الرعاية منه حالياً، أو زرته خلال آخر 3 سنوات.
- سنساعدك على اختيار مقدم خدمة جديد مؤهل ضمن الشبكة لمواصلة الرعاية.
- إذا كنت تخضع لعلاج طبي أو علاجات مع مقدم الخدمة الحالي، فلديك الحق في طلب الاستمرار في الحصول على العلاجات الضرورية طبياً. سنتعاون معك حتى تتمكن من الاستمرار في الحصول على الرعاية.
- سنزودك بمعلومات عن فترات التسجيل المتاحة والخيارات التي قد تكون لديك لتغيير الخطط.
- عندما لا يتوفر مقدم خدمة ضمن الشبكة أو عندما تكون الاستفادة غير كافية لتلبية احتياجاتك الطبية، سنقوم بترتيب أي مزايا ضرورية طبياً ومشمولة بالتغطية خارج شبكتنا، بقيمة تقاسم التكاليف نفسها المقررة داخل الشبكة. يُرجى ملاحظة أن قواعد التفويض المسبق قد تظل سارية في هذه الحالة.
- إذا اكتشفت أن طبيبك أو الاختصاصي الخاص بك سيترك خطتنا، فاتصل بنا حتى نساعدك على اختيار مقدم خدمة جديد لإدارة رعايتك.
- إذا كنت ترى أننا لم نوفر لك مقدم خدمة مؤهلاً ليحل محل مقدمك السابق أو أن رعايتك لا تُدار بشكل مناسب، فلديك الحق في تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة، أو رفع تظلم متعلق بجودة الرعاية إلى خطتنا، أو كليهما (راجع الفصل 9).

القسم 2.4 كيفية الحصول على الرعاية من مقدمي الخدمات خارج الشبكة

- بوجه عام، لا يتم تغطية الرعاية التي تتلقاها من مقدم خدمة خارج الشبكة (مقدم خدمة ليس جزءاً من شبكة خطتنا). هناك خمسة استثناءات تُدفع بالسعر المماثل داخل الشبكة إذا تم الحصول عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة:
- الرعاية الطارئة أو العاجلة عندما تكون خارج منطقة الخدمة التابعة للخطّة أو عندما لا يكون مقدمو الخدمة متاحون داخل المنطقة متوفرين مؤقتاً. يُرجى مراجعة الفصل 4، القسم 2 للحصول على تفاصيل إضافية حول كيفية الحصول على هذه الرعاية.
 - لقاحات الإنفلونزا أو لقاحات الالتهاب الرئوي.
 - خدمات غسيل الكلى التي تحصل عليها في مرفق غسيل كلى معتمد من Medicare عند تواجذك مؤقتاً خارج منطقة خدمة الخطّة.
 - الفحص الروتيني للعين والنظارات الروتينية. يُرجى مراجعة الفصل 4، القسم 2 للحصول على تفاصيل إضافية حول كيفية الحصول على هذه الرعاية.
 - إذا كنت بحاجة إلى رعاية طبية يتطلب برنامج Medicare أن تغطيها خطتنا، ولم يتمكن مقدمو الخدمة ضمن شبكتنا من تقديم هذه الرعاية، فيمكنك الحصول عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة. ينبغي الحصول على تفويض مسبق من قبل خطتنا قبل طلب الرعاية. يتحمل مقدم الخدمة مسؤولية طلب التفويض قبل تقديم الخدمات إليك. إذا تم الحصول على التفويض، فستدفع التكلفة نفسها كما لو كنت قد حصلت على الرعاية من مقدم خدمة ضمن الشبكة.

القسم 3 كيفية الحصول على الخدمات في حالة الطوارئ أو الكوارث أو الحاجة العاجلة للرعاية

القسم 3.1 الحصول على الرعاية إذا كانت لديك حالة طبية طارئة

- الحالة الطبية الطارئة** هي الحالة التي تعتقد فيها أنت أو أي شخص آخر عادي متزن يتمتع بقدر متوسط من المعرفة في مجال الصحة والعلاج أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب رعاية طبية فورية لمنع الوفاة (ومنع فقدان الجنين في حالة الحمل) أو فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان أو تدهور خطير في وظيفة جسدية. قد تكون الأعراض الطبية الشعور بالتعب أو التعرض لإصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.
- إذا كانت لديك حالة طبية طارئة:

- **احصل على المساعدة بأسرع وقت ممكن.** اتصل على الرقم 911 لطلب المساعدة أو توجه إلى أقرب غرفة طوارئ أو مستشفى. اتصل بالإسعاف إذا كنت بحاجة إليه. لست بحاجة إلى الحصول على موافقة مسبقة أو إحالة من مقدم الرعاية الأولية. لست مضطراً إلى استخدام طبيب ضمن الشبكة. يمكنك الحصول على الرعاية الطبية الطارئة متى احتجت إليها، في أي مكان داخل الولايات المتحدة أو أراضيها، ومن أي مقدم خدمة لديه ترخيص ساري من الولاية حتى لو لم يكن ضمن شبكتنا.

الخدمات المغطاة في حالة الطوارئ الطبية

تغطي خطتنا خدمات الإسعاف في الحالات التي قد يشكل الوصول إلى غرفة الطوارئ بأي وسيلة أخرى خطراً على صحتك. نغطي أيضاً الخدمات الطبية المقدمة في أثناء الطوارئ.

سيحدد الأطباء الذين يقدمون لك الرعاية الطارئة متى تصبح حالتك مستقرة ومتى تنتهي حالة الطوارئ.

بعد انتهاء الطوارئ، يحق لك الحصول على رعاية متابعة للتأكد من أن حالتك ما زالت مستقرة. سيواصل أطباؤك علاجك إلى أن يتواصلوا معنا ويضعوا خطة للرعاية الإضافية. وستغطي خطتنا رعاية المتابعة.

إذا تلقيت الرعاية الطارئة من مقدمي خدمات خارج الشبكة، سنسعى لترتيب انتقال رعايتك إلى مقدمي خدمات ضمن الشبكة بمجرد أن تسمح حالتك الطبية والظروف بذلك.

ماذا لو لم تكن حالة طوارئ؟

في بعض الأحيان قد يكون من الصعب معرفة ما إذا كانت لديك حالة طبية طارئة أم لا. على سبيل المثال، قد تذهب للحصول على رعاية طارئة معتقداً أن صحتك في خطر جسيم، ثم يخبرك الطبيب أنها لم تكن حالة طوارئ. إذا اتضح أنها لم تكن حالة طوارئ، فطالما أنك اعتقدت بشكل منطقي أن صحتك في خطر جسيم، فسنعطي رعايتك.

لكن، بعد أن يقرر الطبيب أنها لم تكن طارئة، سنغطي الرعاية الإضافية فقط إذا حصلت عليها بإحدى الطريقتين الآتيتين:

- أن تذهب إلى مقدم خدمة ضمن الشبكة للحصول على الرعاية الإضافية؛
- أن تعتبر الرعاية الإضافية خدمات عاجلة ضرورية وتتبع القواعد أدناه للحصول على هذه الرعاية العاجلة.

القسم 3.2 الحصول على الرعاية عند الحاجة العاجلة إلى الخدمات

الخدمة التي تحتاج إلى رعاية طبية فورية (لكنها ليست حالة طارئة) تُعد خدمة عاجلة سواء كنت خارج منطقة تغطية الخطة مؤقتاً أو كان من غير المعقول وفقاً لوقتك ومكانك وظروفك الحصول على الخدمة من مقدم خدمات داخل الشبكة. من أمثلة الخدمات المطلوبة بشكل عاجل الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقمات غير المتوقعة للحالات المرضية القائمة. ومع ذلك، لا تُعد زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية، مثل الفحوصات السنوية، ضرورية بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج نطاق تغطية خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتاً.

إذا كانت لديك حالة طبية عاجلة، فيمكنك التواصل مع مقدم الرعاية الأولية الخاص بك، و/أو الاتصال بخط التمريض للإرشاد الطبي على الرقم 503-574-6520 أو 1-800-700-0481، و/أو الحصول على خدمات من مقدم رعاية عاجلة. يُرجى مراجعة الفصل 4، القسم 2 لمزيد من التفاصيل عن تقاسم التكاليف.

خطتنا لا تغطي خدمات الطوارئ أو الخدمات العاجلة أو أي خدمات أخرى يتم الحصول عليها خارج الولايات المتحدة وأراضيها.

القسم 3.3 الحصول على الرعاية في أثناء الكوارث

إذا أعلن حاكم ولايتك أو وزير الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكي أو رئيس الولايات المتحدة حالة كارثة أو طوارئ في منطقتك الجغرافية، يظل من حقك الحصول على الرعاية ضمن خطتنا.

يمكنك زيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/disastercare للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على الرعاية اللازمة في أثناء الكوارث.

إذا لم تتمكن من استخدام مقدم خدمة ضمن الشبكة في أثناء الكوارث، فستسمح لك خطتنا بالحصول على الرعاية من مقدمي خدمات خارج الشبكة بقيمة تقاسم التكاليف نفسها الخاصة بمقدمي خدمات ضمن الشبكة. وإذا لم تتمكن من استخدام صيدلية ضمن الشبكة في أثناء الكوارث، فقد تتمكن من صرف أدويةك الموصوفة من صيدلية خارج الشبكة. انتقل إلى الفصل 5 القسم 2.5.

القسم 4 ماذا تفعل إذا تمت محاسبتك مباشرة على التكلفة الكاملة للخدمات المغطاة

لا يمكن لخطّة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) أن تسدد إلا مقابل الخدمات المغطاة من Medicare، وليس الخدمات المغطاة من Medicaid. إذا تمت الموافقة على طلبك لاسترداد المبلغ، فسيغطي الدفع إليك فقط المبلغ المسموح به من Medicare (أي ما ندفعه عادةً إلى مقدم الخدمة مقابل هذه الخدمة)، ولن يشمل أي جزء مغطى من Medicaid مثل التأمين المشترك أو المبالغ المستقطعة من Medicare.

إذا دفعت مقابل خدماتك المغطاة، أو إذا تلقيت فاتورة عن خدمات طبية مغطاة، فيمكنك أن تطلب منا دفع حصتنا من تكلفة الخدمات المغطاة. انتقل إلى الفصل 7 لمعرفة ما يجب فعله.

القسم 4.1 الخدمات غير المغطاة من قبل خطتنا

تغطي خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) جميع الخدمات الطبية الضرورية طبيًا كما هو مدرج في جدول المزايا الطبية في الفصل 4. إذا حصلت على خدمات غير مغطاة ضمن خطتنا، أو حصلت على خدمات خارج الشبكة من دون الحصول على تفويض، فستتحمل المسؤولية عن دفع التكلفة الكاملة لتلك الخدمات.

أما بالنسبة إلى الخدمات المغطاة التي لها حد أقصى للمزايا، فستدفع أيضًا التكلفة الكاملة لأي خدمات إضافية تحصل عليها بعد استنفاد حد المزايا لهذا النوع من الخدمات المغطاة. بمجرد بلوغ حد المزايا لخدمة معينة، لن تُحتسب أي تكاليف إضافية تتحملها لتلك الخدمة ضمن الحد الأقصى للنفقات المباشرة في خطتك. يمكنك الاتصال بخدمة العملاء عندما ترغب في معرفة مقدار ما استهلكته بالفعل من الحد الأقصى للمزايا الخاص بك.

يُرجى الملاحظة: بصفتك عضوًا مزدوج الأهلية (لأنك مشمول في تغطية كل من برنامج Medicare وخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid))، قد تتم تغطية بعض المزايا غير المشمولة في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ضمن مزايا خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid). راجع قسم "ملخص الخدمات المغطاة من خلال خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid)" في ملخص المزايا الخاص بك لمعرفة تغطيتك ضمن خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) ولمزيد من المعلومات. قبل الدفع، تأكد من مراجعة خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).

القسم 5 الخدمات الطبية في دراسة بحثية سريرية

القسم 5.1 مفهوم الدراسة البحثية السريرية

الدراسة البحثية السريرية (وتسمى أيضًا التجربة السريرية) هي وسيلة يختبر بها الأطباء والعلماء أنواعًا جديدة من الرعاية الطبية، مثل اختبار مدى فعالية دواء جديد لعلاج السرطان. بعض الدراسات البحثية السريرية تكون معتمدة من Medicare. عادةً تطلب الدراسات البحثية السريرية المعتمدة من Medicare متطوعين للمشاركة فيها. عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية، يمكنك أن تبقى مسجلًا في خطتنا وتستمر في تلقي بقية رعايتك (الرعاية غير المتعلقة بالدراسة) من خلال خطتنا.

إذا شاركت في دراسة معتمدة من Medicare، فإن برنامج Original Medicare يدفع معظم تكاليف الخدمات المغطاة التي تحصل عليها كجزء من الدراسة. إذا أخبرتنا بأنك مشارك في تجربة سريرية مؤهلة، فستحمل فقط مبلغ تقاسم التكاليف داخل الشبكة للخدمات المغطاة في تلك التجربة. وإذا كنت قد دفعت أكثر بالفعل—على سبيل المثال، إذا كنت قد دفعت مبلغ تقاسم التكاليف الخاص ببرنامج Original Medicare—فسنعيد إليك الفرق بين ما دفعته ومبلغ تقاسم التكاليف داخل الشبكة. وستحتاج إلى تقديم مستندات تثبت لنا المبلغ الذي دفعته.

إذا كنت ترغب في المشاركة في أي دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، فلست بحاجة إلى إبلاغنا أو الحصول على موافقتنا أو موافقة مقدم الرعاية الأولية الخاص بك. إن مقدمي الخدمات الذين يقدمون إليك الرعاية كجزء من الدراسة البحثية السريرية ليس من الضروري أن يكونوا ضمن شبكة خطتنا. (هذا لا ينطبق على المزايا المغطاة التي تتطلب تجربة سريرية أو تسجيلاً لتقييم المزايا، بما في ذلك بعض المزايا التي تتطلب تغطية مشروطة بتطوير الأدلة (NCDS-CED) ودراسات استثناء الأجهزة قيد البحث (IDE). وقد تخضع هذه المزايا أيضاً لتفويض مسبق وقواعد أخرى خاصة بالخطة).

مع أنك لست بحاجة إلى إذن من خطتنا للمشاركة في دراسة بحثية سريرية، إلا أننا نشجعك على إبلاغنا مسبقاً عند اختيارك المشاركة في تجارب سريرية مؤهلة ضمن Medicare.

إذا شاركت في دراسة غير معتمدة من Medicare، فستتحمل المسؤولية عن دفع جميع تكاليف مشاركتك في تلك الدراسة.

القسم 5.2 من يدفع تكلفة الخدمات في الدراسة البحثية السريرية؟

بمجرد انضمامك إلى دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare، يغطي Original Medicare العناصر والخدمات الروتينية التي تحصل عليها كجزء من الدراسة، بما في ذلك:

- تكاليف الإقامة والإعاشة في أثناء المكوث في المستشفى التي يدفع Medicare تكاليفها حتى لو لم تكن مشاركاً في دراسة.
- عملية جراحية أو أي إجراء طبي آخر إذا كان جزءاً من الدراسة البحثية.
- علاج الآثار الجانبية والمضاعفات الناتجة عن الرعاية الجديدة.

بعد أن يدفع Medicare حصته من تكلفة هذه الخدمات، ستدفع خطتنا المبلغ المتبقي. وكما هو الحال في جميع الخدمات المغطاة، لن تدفع شيئاً مقابل الخدمات المغطاة التي تحصل عليها ضمن الدراسة البحثية السريرية.

عند مشاركتك في دراسة بحثية سريرية، لن يدفع Medicare ولا خطتنا مقابل أي مما يأتي:

- بوجه عام، لن يدفع Medicare مقابل العنصر أو الخدمة الجديدة التي يتم اختبارها في الدراسة، ما لم يكن Medicare سيغطي العنصر أو الخدمة حتى لو لم تكن مشاركاً في دراسة.
- العناصر أو الخدمات المقدمة فقط لجمع البيانات وليست مستخدمة في رعايتك الصحية المباشرة. على سبيل المثال: لن يدفع Medicare مقابل الأشعة المقطعية (CT) الشهرية التي تُجرى كجزء من الدراسة إذا كانت حالتك الطبية تتطلب عادةً إجراء أشعة واحدة فقط.
- العناصر والخدمات التي تقدمها الجهة الراعية للدراسة مجاناً إلى المشاركين 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 من خلال منشور Medicare بعنوان:

Medicare and Clinical Research Studies (Medicare والدراسات السريرية البحثية) المتاح على الرابط:

[www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)

[studies.pdf](http://www.Medicare.gov/sites/default/files/2019-09/02226-medicare-and-clinical-research-studies.pdf)). يمكنك أيضاً الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 (1-800-633-4227). على مستخدمي خدمة TTY

الاتصال على 1-877-486-2048.

القسم 6 القواعد الخاصة بالحصول على الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية

القسم 6.1 ما مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية؟

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية هي منشأة تقدم رعاية لحالة كان من المعتاد علاجها في مستشفى أو في مرفق ترميز ماهر. إذا كان الحصول على الرعاية في المستشفى أو مرفق الترميز الماهر يتعارض مع المعتقدات الدينية للعضو، فسنقوم بدلاً من ذلك بتغطية الرعاية في مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية. يتم تقديم هذه الميزة فقط لخدمات المرضى الداخليين ضمن الجزء A (خدمات الرعاية الصحية غير الطبية).

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

للحصول على الرعاية من مؤسسة رعاية صحية دينية غير طبية، يجب أن توقع على وثيقة قانونية تفيد بأنك تعارض من منطلق ضميرك تلقي العلاج الطبي غير المستثنى.

- **العلاج الطبي غير المستثنى** هو أي رعاية أو علاج طبي/اختياري وغير مطلوب بموجب أي قانون فيدرالي أو قانون للولاية أو قانون محلي.
- **العلاج الطبي المستثنى** هو الرعاية أو العلاج الطبي الذي لا يكون اختياريًا أو الذي يُطلب بموجب القانون الفيدرالي أو قانون الولاية أو القانون المحلي.

لكي تتم تغطية الرعاية من قبل خطتنا، يجب أن تستوفي الرعاية التي تحصل عليها من مؤسسة صحية دينية غير طبية الشروط الآتية:

- يجب أن تكون المنشأة المقدمة للرعاية معتمدة من برنامج Medicare.
 - تغطي خطتنا فقط الجوانب غير الدينية من الرعاية.
 - إذا حصلت على الخدمات من هذه المؤسسة المقدمة إليك في مرفق، فتنطبق الشروط الآتية:
 - يجب أن تكون لديك حالة طبية تتيح لك الحصول على خدمات مغطاة لرعاية المرضى الداخليين بالمستشفى أو رعاية مرفق الترميز الماهر؛
 - كما يجب أن تحصل على موافقة مسبقة من خطتنا قبل دخولك إلى المرفق، وإلا فلن تتم تغطية إقامتك.
- لا يوجد حد لعدد الأيام المغطاة من قبل الخطة لكل إقامة بالمستشفى. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاطلاع على صف "رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى" في جدول المزايا الطبية الموجود في الفصل 4، القسم 2 من هذا المستند.

القسم 7 القواعد المتعلقة بملكية المعدات الطبية المعمرة

القسم 7.1 لن تمتلك بعض المعدات الطبية المعمرة بعد سداد عدد معين من الدفعات في إطار خطتنا

تشمل المعدات الطبية المعمرة (DME) عناصر مثل أجهزة ومستلزمات الأكسجين، والكراسي المتحركة، والمشايات، وأنظمة المراتب التي تعمل بالطاقة، والعكازات، ومستلزمات مرضى السكري، وأجهزة توليد الكلام، ومضخات الحقن الوريدي، وأجهزة الاستنشاق، وأسرة المستشفى التي يطلبها الطبيب للاستخدام المنزلي. دائمًا ما يمتلك العضو بعض عناصر المعدات الطبية المستديمة مثل الأطراف الصناعية. بينما يجب استئجار أنواع أخرى من عناصر المعدات الطبية المستديمة.

في Original Medicare، الأشخاص الذين يستأجرون أنواعًا معينة من المعدات الطبية المستديمة يمتلكونها بعد سداد 13 دفعة اشتراك. أما بصفقتك عضوًا في خطة **Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)**، فعادةً لن تحصل على ملكية المعدات المستديمة المستأجرة بغض النظر عن عدد الدفعات التي قمت بسدادها في أثناء عضويتك في الخطة. ولن تحصل على الملكية حتى لو كنت قد سددت 12 دفعة متتالية للمعدات في برنامج Original Medicare قبل الانضمام إلى خطتنا. في بعض الظروف المحدودة، سننقل ملكية عناصر المعدات الطبية المستديمة إليك. لمزيد من المعلومات، اتصل بخدمات الرعاية المنزلية على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (على مستخدمي خدمة TTY الاتصال على 711).

ماذا يحدث للمدفوعات التي قمت بسدادها مقابل المعدات الطبية المعمرة إذا غيرت تأمينك إلى برنامج **Original Medicare**؟

إذا لم تحصل على ملكية المعدات المستديمة في أثناء عضويتك في خطتنا، فسيجب عليك سداد 13 دفعة جديدة متتالية بعد الانتقال إلى برنامج Original Medicare للحصول على ملكية المعدات المستديمة. ولا تُحتسب الدفعات التي سددتها في أثناء عضويتك في خطتنا ضمن هذه الدفعات الـ 13.

المثال 1: إذا كنت قد سددت 12 دفعة متتالية أو أقل للمعدات في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا، فلن تُحتسب المدفوعات التي سددتها في Original Medicare.

مثال 2: إذا كنت قد سددت 12 دفعة متتالية أو أقل للمعدات في Original Medicare ثم انضمت إلى خطتنا، ولم تحصل على ملكية المعدات في أثناء وجودك في خطتنا، ثم عدت مرة أخرى إلى Original Medicare، فسيتم عليك دفع 13 دفعة متتالية جديدة لامتلاك المعدات عند إعادة انضمامك إلى Original Medicare. وأي مدفوعات كنت قد سددتها سابقًا (سواء لخطتنا أو لبرنامج Original Medicare) لن تُحتسب.

القواعد الخاصة بمعدات الأكسجين ومستلزماته وصيانتها

إذا كنت مؤهلاً لتغطية معدات الأكسجين ضمن Medicare، فإن خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ستغطي:

- استئجار معدات الأكسجين
- توصيل الأكسجين ومحتوياته
- الأنابيب والملحقات المرتبطة بالأكسجين الخاصة بتوصيل الأكسجين ومحتوياته
- صيانة معدات الأكسجين وإصلاحها

إذا تركت خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) أو لم تعد بحاجة طبيًا إلى معدات الأكسجين، فيجب إعادة المعدات.

ماذا يحدث إذا تركت خطتنا وعدت إلى **Original Medicare**؟

يتطلب Original Medicare من مورّد الأكسجين تقديم الخدمة إليك لمدة 5 سنوات. خلال أول 36 شهرًا، تدفع إيجار المعدات. خلال الـ 24 شهرًا المتبقية، يوفر المورّد المعدات والصيانة (مع استمرار تحمل المسؤولية عن الدفع المشترك لتكلفة الأكسجين). بعد 5 سنوات، يمكنك الاستمرار مع الشركة نفسها أو اختيار شركة أخرى. في هذه المرحلة، تبدأ دورة جديدة مدتها 5 سنوات حتى إذا واصلت التعامل مع الشركة نفسها، ويطلب منك مجددًا دفع التكاليف المشتركة خلال أول 36 شهرًا. وإذا انضمت إلى خطتنا أو غادرتها، فتبدأ الدورة التي مدتها 5 سنوات من جديد.

الفصل 4:

جدول المزايا الطبية (نطاق التغطية)

القسم 1 التعرف على الخدمات المغطاة

يعرض جدول المزايا الطبية الخدمات المغطاة لك كعضو في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). يُقدّم هذا القسم أيضًا معلومات حول الخدمات الطبية غير المغطاة ويشرح الحدود على بعض الخدمات. يُرجى التواصل مع خدمة العملاء للحصول على معلومات حول الاستثناءات أو القيود غير المدرجة في دليل التغطية هذا.

القسم 1.1 لن تدفع شيئًا مقابل خدماتك المغطاة

بالنسبة إلى أعضاء خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) المشمولين في باقة المزايا "خطة أوريغون للرعاية الصحية مع تغطية محدودة للأدوية (OHP with Limited Drug)"، قد تغطي Medicaid فقط مبالغ تقاسم التكاليف للخدمات التي تغطيها Medicaid عادةً. يُرجى الاتصال بخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) أو منظمة الرعاية المنسقة لمزيد من المعلومات. أعضاء خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) المسجلون في Medicaid من خلال Health Share of Oregon/Providence لن يتحملوا أي نفقات مباشرة مقابل أي خدمات طبية يغطيها Medicare. ولا تزال مبالغ تقاسم تكاليف الأدوية الموصوفة طبيًا سارية.

وبسبب حصولك على المساعدة من Medicaid، لن تدفع شيئًا مقابل خدماتك المغطاة طالما أنك تتبع قواعد خطتنا للحصول على الرعاية. (انتقل إلى الفصل 3 لمزيد من المعلومات عن قواعد خطتنا للحصول على الرعاية).

القسم 1.2 ما الحد الأقصى لما ستدفعه مقابل الخدمات الطبية المغطاة؟

ملاحظة: نظرًا إلى أن أعضاءنا يحصلون أيضًا على المساعدة من Medicaid، فإن عددًا قليلًا جدًا منهم يصلون إلى هذا الحد الأقصى للنفقات المباشرة. أنت لست مسؤولاً عن دفع أي نفقات من مالك الخاص ضمن الحد الأقصى لما يتحمله الشخص للخدمات المشمولة بتغطية الجزأين A و B.

تضع خطط Medicare Advantage حدودًا للمبلغ الذي يجب أن تدفعه مباشرة سنويًا مقابل الخدمات الطبية المغطاة من قبل خطتنا. يُطلق على هذا الحد اسم الحد الأقصى للنفقات المباشرة (MOOP) للخدمات الطبية. بالنسبة إلى عام 2026، يبلغ الحد الأقصى للنفقات المباشرة 9250 دولارًا.

تُحتسب المبالغ التي تدفعها مقابل الخدمات المغطاة ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص. أما المبالغ التي تدفعها مقابل أدوية الجزء D فلا تُحتسب ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص. وإذا وصلت إلى الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص البالغ 9250 دولارًا، فلن تضطر إلى دفع أي تكاليف من مالك الخاص لبقية العام مقابل الخدمات المغطاة. ولكن، يجب أن تواصل دفع قسط Medicare الجزء B (إلا إذا كان قسط الجزء B يُدفع عنك من قبل Medicaid أو طرف آخر).

القسم 2 جدول المزايا الطبية الذي يوضح مزاياك الطبية وتكاليفك

يعرض جدول المزايا الطبية في الصفحات التالية الخدمات التي تغطيها خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). (تغطية أدوية الجزء D موجودة في الفصل 5). لا تغطي الخدمات المدرجة في جدول المزايا الطبية إلا عند استيفاء الشروط الآتية:

- يجب أن تُقدّم خدماتك المغطاة من Medicare وفقاً لإرشادات تغطية Medicare.
 - يجب أن تكون خدماتك (بما في ذلك الرعاية الطبية والخدمات والمستلزمات والمعدات وأدوية الجزء B) ضرورية طبيًا. والمقصود بالضرورة الطبية أن تكون الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية مطلوبة للوقاية أو التشخيص أو علاج حالتك الطبية، وأن تستوفي معايير الممارسة الطبية المعتمدة.
 - بالنسبة إلى المشتركين الجدد، يجب أن توفرّ خطتك للرعاية المنسقة ضمن (MA) Medicare Advantage فترة انتقالية لا تقل عن 90 يومًا، وخلال هذه الفترة لا يجوز للخطة الجديدة ضمن Medicare Advantage أن تشترط الحصول على تفويض مسبق لأي برنامج علاج نشط، حتى لو كان برنامج العلاج لخدمة بدأت بالفعل لدى مقدم خدمة خارج الشبكة.
 - يجب أن تحصل على الرعاية من مقدم خدمة ضمن الشبكة. في معظم الحالات، الرعاية التي تحصل عليها من مقدم خدمة خارج الشبكة لن تكون مغطاة، إلا في حالات الطوارئ أو الحالات العاجلة أو إذا منحتك خطتنا أو أحد مقدمي الخدمات ضمن الشبكة إحالة. وهذا يعني أنك ستدفع إلى مقدم الخدمة كامل التكاليف الخاصة بالخدمات التي تحصل عليها خارج الشبكة.
 - يجب أن يكون لديك مقدم رعاية أولية (PCP) يتولى تقديم رعايتك والإشراف عليها.
 - بعض الخدمات المدرجة في جدول المزايا الطبية تتم تغطيتها فقط إذا حصل طبيبك أو مقدم خدمة آخر ضمن الشبكة على موافقة مسبقة منا (ويُشار إليها أحيانًا باسم تفويض مسبق). ويتم تمييز الخدمات المغطاة التي تتطلب موافقة مسبقة في جدول المزايا الطبية بعلامة النجمة (*).
 - إذا منحت خطة الرعاية المنسقة الخاصة بك موافقة على طلب تفويض مسبق لبرنامج علاجي، فيجب أن تظل هذه الموافقة سارية المفعول طالما كان ذلك معقولاً وضرورياً من الناحية الطبية لتجنب انقطاع الرعاية، وذلك وفقاً لمعايير التغطية المعمول بها وسجلك الطبي وتوصية مقدم الرعاية المعالج.
- أمر مهم آخرى يجب معرفتها عن تغطيتنا:

- تكاليفك مغطاة من خلال كل من Medicare و Medicaid. يغطي Medicare الرعاية الصحية والأدوية الموصوفة طبيًا. ويغطي Medicaid التكاليف المشتركة الخاصة بخدمات Medicare. كما أن Medicaid يغطي أيضًا الخدمات التي لا يغطيها Medicare، مثل الرعاية طويلة الأمد والخدمات المنزلية والمجتمعية.
- مثل جميع خطط Medicare الصحية، نحن نغطي كل ما يغطيه برنامج Original Medicare. (للتعرف على المزيد عن التغطية والتكاليف الخاصة ببرنامج Original Medicare، انتقل إلى دليل Medicare & You 2026. يمكنك مشاهدته عبر الإنترنت على www.Medicare.gov أو طلب نسخة بالاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)). (يمكن لمستخدمي خدمة TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).
- بالنسبة إلى الخدمات الوقائية المغطاة مجانًا بموجب Original Medicare، نغطي أيضًا تلك الخدمات مجانًا لك.
- إذا أضاف Medicare أي خدمات جديدة خلال عام 2026، فسيغطي إما Medicare أو خطتنا تلك الخدمات.

- إذا كنت ضمن فترة الشهر الواحد التي تُعد فيها مؤهلاً للاستمرار وفق خطتنا، فسنستمر في توفير جميع مزايا Medicare Advantage المغطاة بموجب Medicare. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، قد لا تستمر خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) في تغطية مزايا Medicaid المندرجة ضمن خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) التابعة للولاية، وقد لا تدفع أقساط Medicare أو التكاليف المشتركة التي قد تكون خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) مسؤولة عنها بخلاف ذلك. ولا تتغير مبالغ تقاسم التكاليف الخاصة ببرنامج Medicare للمزايا الأساسية والتكميلية لبرنامج Medicare خلال هذه الفترة.
- لن تدفع أي شيء مقابل الخدمات المدرجة في جدول المزايا الطبية، طالما أنك تستوفي متطلبات التغطية الموضحة أعلاه.

معلومات مهمة عن المزايا للأشخاص المؤهلين للحصول على المساعدة الإضافية

- إذا كنت تحصل على مساعدة إضافية لدفع تكاليف تغطية الأدوية ضمن Medicare، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا أخرى تكميلية مستهدفة و/أو تخفيضات مستهدفة في التكاليف المشتركة.
- معلومات مهمة عن المزايا للمُسجلين المصابين بحالات مرضية مزمنة
- إذا تم تشخيصك بأي من الحالات المرضية المزمنة المدرجة أدناه وتستوفي معايير معينة، فقد تكون مؤهلاً للحصول على مزايا إضافية خاصة بالمصابين بالأمراض المزمنة.
- قائمة الأمراض المزمنة:

- (1) اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) الأخرى.
- (2) اضطرابات المناعة الذاتية:

- (1) التهاب الشرايين العقدي.
- (2) ألم العضلات الروماتيزمي.
- (3) التهاب العضلات المتعدد.
- (4) التهاب الجلد والعضلات.
- (5) التهاب المفاصل الروماتويدي.
- (6) الذئبة الحمامية الجهازية.
- (7) التهاب المفاصل الصدفي.
- (8) تصلب الجلد.
- (3) السرطان.
- (4) اضطرابات القلب والأوعية الدموية:

- (1) اضطراب نظم القلب.
- (2) مرض الشريان التاجي.
- (3) مرض الأوعية الدموية المحيطية.
- (4) مرض صمامات القلب.
- (5) فشل القلب المزمن.
- (6) الخرف.
- (7) داء السكري.
- (8) زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة الأيض.
- (9) أمراض الجهاز الهضمي المزمنة:

- (1) أمراض الكبد المزمنة.
- (2) مرض الكبد الدهني غير الكحولي (NAFLD).
- (3) التهاب الكبد الوبائي ب.
- (4) التهاب الكبد الوبائي ج.

- (5) التهاب البنكرياس.
- (6) متلازمة القولون العصبي.
- (7) مرض الأمعاء الالتهابي.
- (10) مرض الكلى المزمن (CKD):
- (1) مرض الكلى المزمن الذي يتطلب غسيل كلوي/مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD).
- (2) مرض الكلى المزمن الذي لا يتطلب غسيل كلوي.
- (11) اضطرابات الدم الشديدة:
- (1) فقر الدم اللاتنسجي.
- (2) الهيموفيليا.
- (3) فرقرية نقص الصفيحات المناعية.
- (4) متلازمة خلل التنسج النقوي.
- (5) مرض الخلايا المنجلية (باستثناء السمة المنجلية).
- (6) اضطراب الانصمام الخثاري الوريدي المزمن.
- (12) فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز.
- (13) أمراض الرئة المزمنة:
- (1) الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن.
- (2) التليف الكيسي.
- (3) النفاخ الرئوي.
- (4) التليف الرئوي.
- (5) ارتفاع ضغط الدم الرئوي.
- (6) مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD).
- (14) الأمراض النفسية المزمنة المسببة للإعاقة:
- (1) الاضطراب الثنائي القطب.
- (2) الاضطراب الاكتئابي الكبير.
- (3) الاضطراب الزوراني.
- (4) الفصام.
- (5) الاضطراب الفصامي العاطفي.
- (6) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD).
- (7) اضطرابات الأكل.
- (8) اضطرابات القلق.
- (15) الاضطرابات العصبية:
- (1) التصلب الجانبي الضموري (ALS).
- (2) الصرع.
- (3) الشلل الواسع (مثل: شلل نصفي، شلل رباعي، شلل سفلي، شلل أحادي).
- (4) مرض هنتنغتون.
- (5) التصلب المتعدد.
- (6) مرض باركنسون.
- (7) اعتلال الأعصاب المتعدد.
- (8) الألم العضلي الليفي.
- (9) متلازمة التعب المزمن.
- (10) إصابات الحبل الشوكي.

- (11) التضيق الشوكي.
 - (12) العجز العصبي الناتج عن السكتة الدماغية.
 - (16) السكتة الدماغية.
 - (17) رعاية ما بعد زراعة الأعضاء.
 - (18) اضطرابات نقص المناعة واضطرابات تثبيط المناعة.
 - (19) الأمراض المرتبطة بالضعف الإدراكي:
 - (1) مرض الزهايمر.
 - (2) الإعاقات الذهنية والنمائية.
 - (3) إصابات الدماغ الرضحية.
 - (4) الأمراض النفسية المسببة للإعاقة المرتبطة بالضعف الإدراكي.
 - (5) الضعف الإدراكي البسيط.
 - (20) الأمراض المصاحبة للتحديات الوظيفية والتي تتطلب خدمات مشابهة، بما في ذلك:
 - (1) إصابات الحبل الشوكي.
 - (2) الشلل.
 - (3) فقدان الأطراف.
 - (4) السكتة الدماغية.
 - (5) التهاب المفاصل.
 - (21) الحالات المزمنة التي تضعف البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم.
 - (22) الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة ليتمكن الأفراد من الحفاظ على قدراتهم الوظيفية.
- لا يُطلب من الأعضاء أي إجراء من أجل التأهل. سنحدد الأهلية تلقائيًا بواسطة:
 - استخدام تقييم المخاطر الصحية (HRA) للأعضاء الجدد كعامل محدد للأهلية.
 - استخراج رموز التشخيص أسبوعيًا على مدار العام للمساعدة على تحديد أهلية الأعضاء الذين قاموا بالتجديد أو الأعضاء الذين تم تشخيصهم في منتصف العام.
 - سنرسل خطاب الموافقة إلى الأعضاء المؤهلين مع التعليمات حول كيفية تنشيط مزايا الأعضاء الإضافية.
- لمزيد من التفاصيل، انتقل إلى صف المزايا الإضافية الخاصة بالمصابين بأمراض مزمنة في جدول المزايا الطبية أدناه.
 - تواصل معنا لمعرفة المزايا الدقيقة التي قد تكون مؤهلاً للحصول عليها.

تُظهر أيقونة التفاحة هذه الخدمات الوقائية في جدول المزايا الطبية. 🍏

- بالنسبة إلى مزايا خطة أوريغون الصحية (Medicaid)، يُرجى الرجوع إلى جدول المزايا في المستند الخاص بملخص مزايا خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

جدول المزايا الطبية

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 فحص تمدد الأوعية الدموية الأبهرى البطني فحص بالموجات فوق الصوتية يُجرى مرة واحدة للأشخاص المعرضين للخطر. لا تشمل خطتنا هذا الفحص إلا إذا كنت تعاني من بعض عوامل الخطورة وإذا أحالك الطبيب أو مساعد الطبيب أو الممرض الممارس أو اختصاصي التمريض السريري المتابع لحالتك لإجرائه.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأعضاء المؤهلين لهذا الفحص الوقائي.
الوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة* تتضمن الخدمات المغطاة: يتم شمول ما يصل إلى 12 زيارة في 90 يومًا في الحالات الآتية: لأعراض هذه الميزة، يُشخص ألم أسفل الظهر المزمن بأنه: • مستمر مدة 12 أسبوعًا أو أكثر؛ • غير نوعي، بمعنى أنه لا يرتبط بسبب جهازى محدد (أي غير مرتبط بمرض نقلي أو التهابي أو معدٍ أو غيره)؛ • غير مرتبط بجراحة؛ • وغير مرتبط بالحمل. سيتم شمول 8 جلسات إضافية للمرضى الذين يُظهرون تحسنًا. ولن يتم منح أكثر من 20 علاجًا بالوخز بالإبر سنويًا. يجب إيقاف العلاج إذا لم تتحسن حالة المريض أو تراجعت.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لعلاج آلام أسفل الظهر المزمنة بالوخز بالإبر. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الوخز بالإبر لآلام أسفل الظهر المزمنة (تابع) متطلبات مقدم الرعاية: يجوز للأطباء (كما هو محدد في القسم (1)(r) 1861 من قانون الضمان الاجتماعي) تقديم علاج الوخز بالإبر بما يتفق مع المتطلبات المعمول بها في الولاية. يجوز لمساعدى الأطباء (PAS) والمرضى الممارسين (NPs)/اختصاصيي التمريض السريري (CNSs) (كما هو محدد في القسم (5)(aa) 1861 من القانون) والموظفين المساعدين تقديم علاج الوخز بالإبر في حال استيفائهم جميع المتطلبات المعمول بها في الولاية وحصولهم على: • درجة الماجستير أو الدكتوراه في الوخز بالإبر أو الطب الشرقي من مؤسسة تعليمية معتمدة من قبل لجنة الاعتماد المعنية بالوخز بالإبر والطب الشرقي (ACAOM)؛ • وترخيص قائم وكامل وفعال وغير مقيّد لمزاولة الوخز بالإبر في إحدى الولايات أو الأقاليم أو الكومنولث (مثل بورتوريكو) التابعة للولايات المتحدة، أو في مقاطعة كولومبيا. يجب أن يخضع الموظفون المساعدون الذين يؤدون الوخز بالإبر لمستوى مناسب من الإشراف من طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/اختصاصي في التمريض السريري، كما هو مطلوب بموجب لوائحنا في المادتين 410.26 و 410.27 CFR §§. يقدم مقدمو الرعاية طلبات مراجعة الحاجة الطبية إلى خدمات الوخز بالإبر عبر وكيل مخول لإخطار Providence Health Assurance ببدء تقديم خدمات الوخز بالإبر. * قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	

ما ستدفعه	الخدمة المغطاة
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع عن كل رحلة إسعاف بري باتجاه واحد يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع عن كل رحلة إسعاف جوي باتجاه واحد يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الإسعاف المقدمة عبر نظام الاستجابة الطبية للطوارئ 911 عندما تتلقى العلاج من دون ركوب سيارة الإسعاف. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لرحلة نقل بالإسعاف مصرح بها باتجاه واحد من مرفق خارج شبكة التأمين إلى مرفق ضمن شبكة التأمين.	خدمات الإسعاف* تتضمن خدمات الإسعاف سواء لحالة طارئة أو غير طارئة، خدمات الإسعاف الجوي بالطائرات ذات الجناح الثابت أو الجناح الدوار وخدمات الإسعاف البري، وذلك إلى أقرب مرفق مناسب يمكنه تقديم الرعاية، إذا قُدمت إلى عضو حالته الطبية من شأنها أن تجعل وسائل النقل الأخرى خطرة على صحته أو إذا كانت مصرحًا بها من خطتنا. إذا كانت خدمات الإسعاف المغطاة غير مخصصة لحالة طارئة، فيجب توثيق أن حالة العضو من شأنها أن تجعل وسائل النقل الأخرى خطرة على صحته وأن النقل بالإسعاف مطلوب من الناحية الطبية. *قد تنطبق قواعد التصريح المسبق لخدمات النقل في الحالات غير الطارئة، بما في ذلك من المرافق خارج شبكة التأمين إلى المرافق ضمن شبكة التأمين. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للفحص البدني الروتيني السنوي.	 الفحص البدني الروتيني السنوي تشمل خطتنا فحصًا بدنيًا روتينيًا سنويًا إضافةً إلى الزيارة الوقائية السنوية التي يشملها برنامج Medicare. تتيح لك هذه الميزة زيارة مقدم الرعاية من دون شكوى طبية محددة وتتضمن فحصًا بدنيًا شاملاً مرة كل سنة تقويمية. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 الزيارة الوقائية السنوية إذا كنت مشتركًا في الجزء B لمدة تزيد على 12 شهرًا، فيمكنك الحصول على زيارة وقائية سنوية لوضع خطة وقائية مخصصة أو تحديثها بناءً على حالتك الصحية وعوامل الخطورة الحالية. يتم شمول ذلك مرة واحدة كل 12 شهرًا. يُرجى ملاحظة ما يأتي: لا يمكنك القيام بالزيارة الوقائية السنوية الأولى في غضون 12 شهرًا من الزيارة الوقائية/التعريفية ببرنامج Medicare. ومع ذلك، لست بحاجة إلى القيام بالزيارة التعريفية ببرنامج Medicare لتحصل على الزيارات الوقائية السنوية بعد مرور 12 شهرًا على اشتراكك في الجزء B. يُرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للزيارة الوقائية السنوية.
 قياس كتلة العظام بالنسبة إلى الأشخاص المؤهلين (بشكل عام، يشير ذلك إلى الأشخاص المعرضين لفقدان كتلة عظام أو المعرضين لخطر الإصابة بهشاشة العظام)، يتم شمول الخدمات الآتية كل 24 شهرًا أو بشكل متكرر إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية: إجراءات لتحديد كتلة العظام أو اكتشاف فقدان كتلة عظام أو تحديد جودة العظام، بما في ذلك شرح الطبيب للنتائج. يُرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لقياس كتلة العظام الذي يشمل برنامج Medicare.
 فحص سرطان الثدي (فحوصات تصوير الثدي بالأشعة السينية) تتضمن الخدمات المغطاة: • فحص واحد أساسي لتصوير الثدي بالأشعة السينية بين سن 35 و39 عامًا • فحص واحد لتصوير الثدي بالأشعة السينية كل 12 شهرًا للسيدات بعمر 40 عامًا وأكبر • فحوصات سريرية للثدي مرة كل 24 شهرًا يُرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحوصات تصوير الثدي بالأشعة السينية المغطاة.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات إعادة تأهيل القلب يتم شمول البرامج الشاملة لخدمات إعادة تأهيل القلب التي تتضمن التمارين والتثقيف والإرشاد للأعضاء الذين يستوفون شروطاً معينة وفقاً لتعليمات الطبيب. تشمل خطتنا أيضاً برامج إعادة تأهيل القلب المكثفة التي عادةً ما تكون أكثر دقة أو كثافة من برامج إعادة تأهيل القلب. تقتصر زيارات إعادة تأهيل القلب على 36 جلسة خلال فترة 36 أسبوعاً. وإذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية، فقد تتلقى ما يصل إلى 36 جلسة إضافية. تقتصر زيارات إعادة تأهيل القلب المكثفة على 36 جلسة خلال فترة 36 أسبوعاً. وإذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية، فقد تتلقى ما يصل إلى 36 جلسة إضافية.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل خدمة إعادة تأهيل القلب يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل خدمة مكثفة لإعادة تأهيل القلب يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).
 زيارة الحد من مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية (علاج أمراض القلب والأوعية الدموية) نقوم بتغطية زيارة واحدة في السنة لطبيب الرعاية الأولية المتابع لحالتك لمساعدتك على الحد من مخاطر أمراض القلب والأوعية الدموية. أثناء هذه الزيارة، قد يقترح طبيبك استخدام الأسبرين (إذا كان مناسباً) ويفحص ضغط الدم لديك ويقدم إليك نصائح للحرص على تناولك طعاماً صحياً. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجاً أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لميزة العلاج السلوكي المكثف للوقاية من أمراض القلب والأوعية الدموية.
 اختبارات فحص أمراض القلب والأوعية الدموية اختبارات الدم لاكتشاف أمراض القلب والأوعية الدموية (أو الاضطرابات المرتبطة بارتفاع خطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية) مرة كل 5 سنوات (60 شهراً). يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجاً أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لاختبار أمراض القلب والأوعية الدموية الذي تتم تغطيته مرة كل 5 سنوات.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 فحص سرطان عنق الرحم وسرطان المهبل تتضمن الخدمات المغطاة: • لجميع السيدات: تتم تغطية فحوصات عنق الرحم والحوض مرة كل 24 شهرًا • إذا كنتِ معرضة لخطر مرتفع للإصابة بسرطان عنق الرحم أو سرطان المهبل أو كنتِ في سن الإنجاب وكانت نتيجة اختبار عنق الرحم غير طبيعية خلال آخر 3 سنوات: اختبار واحد لعنق الرحم كل 12 شهرًا يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحوصات عنق الرحم والحوض الوقائية التي يشملها برنامج Medicare.
خدمات المعالجة اليدوية* تتضمن الخدمات المغطاة: • العلاج اليدوي (أي، باستخدام اليدين) للعمود الفقري لتقويم خلع جزئي (عندما تتحرك واحدة أو أكثر من عظام العمود الفقري من موضعها) إذا حصلت على هذه الخدمة من اختصاصي المعالجة اليدوية أو مقدم رعاية آخر مؤهل. العلاج اليدوي عبارة عن علاج يعتمد على الضغط اليدوي لتحريك المفاصل والأنسجة برفق. لا يشمل برنامج Medicare أي خدمة أخرى بخلاف العلاج اليدوي لعلاج الخلع الجزئي، بما في ذلك: • علاج المداومة. تُعد المعالجة اليدوية علاجًا للمداومة عندما لا يُتوقع من الرعاية المستمرة تحقيق تحسنات سريرية إضافية، وتصبح المعالجة عندها علاجًا داعمًا لا تصحيحيًا. • رسوم إضافية عند استخدام اختصاصي المعالجة جهازًا يدويًا محمولاً باليد لإضافة ضغط مضبوط أثناء العلاج. • الأشعة السينية والعلاج بالتدليك والوخز بالإبر (ما لم يكن الوخز بالإبر لعلاج آلام أسفل الظهر المزمنة). يجب أن تكون الخدمات ضرورية من الناحية الطبية وتخضع للمراجعة والحصول على الموافقة على التغطية ضمن شبكة التأمين. يقدم مقدمو الرعاية طلبات مراجعة الحاجة الطبية إلى خدمات المعالجة اليدوية عبر وكيل مخول لإخطار Providence Health Assurance ببدء تقديم خدمات المعالجة اليدوية. * قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة معالجة يدوية يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات إدارة الآلام المزمنة وعلاجها يتم شمول خدمات شهرية للأشخاص الذين يعانون من آلام مزمنة (آلام مستمرة أو متكررة تدوم لأكثر من 3 شهور). قد تتضمن الخدمات تقييم الألم وإدارة الأدوية وتنسيق الرعاية والتخطيط لها.	سيختلف مبلغ تقاسم التكاليف لهذه الخدمة بناءً على الخدمات الفردية المقدمة أثناء فترة العلاج. لا تُفرض أي مبالغ دفع مشترك عند زيارة مقدم الرعاية الأولية وزيارة الطبيب المختص.
فحص سرطان القولون والمستقيم  يتم شمول اختبارات الفحوصات الآتية: - لا يشترط حد أدنى أو أقصى للعمر لإجراء تنظير القولون وهو مشمول بالتغطية مرة كل 120 شهرًا (10 سنوات) للمرضى غير المعرضين لخطورة عالية أو 48 شهرًا بعد تنظير سيني مرن سابق للمرضى غير المعرضين لخطورة عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم ومرة كل 24 شهرًا للمرضى المعرضين لخطورة عالية بعد فحص سابق بتنظير القولون. - التصوير المقطعي المحوسب للقولون للمرضى بعمر 45 عامًا وأكبر غير المعرضين لخطورة عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم وهو مشمول بالتغطية عند مرور 59 شهرًا على الأقل بعد الشهر الذي أجري فيه فحص التصوير المقطعي المحوسب للقولون الأخير أو مرور 47 شهرًا بعد الشهر الذي أجري فيه فحص التنظير السيني المرن أو تنظير القولون الأخير. وبالنسبة إلى المرضى المعرضين لخطورة عالية للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، يمكن دفع تكاليف فحص التصوير المقطعي المحوسب للقولون الذي يتم إجراؤه بعد مرور 23 شهرًا على الأقل من الشهر الذي أجري فيه فحص التصوير المقطعي المحوسب للقولون الأخير أو فحص تنظير القولون الأخير. - التنظير السيني المرن للمرضى بعمر 45 عامًا وأكبر. مرة كل 120 شهرًا للمرضى غير المعرضين لخطورة عالية بعد خضوع المريض لفحص تنظير القولون. مرة كل 48 شهرًا للمرضى المعرضين لخطورة عالية من تاريخ التنظير السيني المرن أو التصوير المقطعي المحوسب للقولون الأخير. - اختبارات لفحص وجود دم خفي في البراز للمرضى بعمر 45 عامًا وأكبر. مرة كل 12 شهرًا. - الاختبار المتعدد الأهداف للحمض النووي في البراز للمرضى بعمر 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير الخطورة المرتفعة. مرة كل 3 سنوات. - اختبارات المؤشرات الحيوية القائمة على الدم للمرضى بعمر 45 إلى 85 عامًا ولا يستوفون معايير الخطورة المرتفعة. مرة كل 3 سنوات. - تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم متابعة عن طريق فحص تنظير القولون بعد الحصول على نتيجة إيجابية للاختبار غير الباضع القائم على البراز لفحص سرطان القولون والمستقيم الذي يشمل برنامج Medicare.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحص سرطان القولون والمستقيم الذي يشمل برنامج Medicare. إذا وجد الطبيب سلبية أو نسيجيًا آخر وأزاله أثناء تنظير القولون أو التنظير السيني المرن، فسيصبح فحص الكشف فحصًا تشخيصيًا.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
فحص سرطان القولون والمستقيم (تابع) - تتضمن اختبارات فحص سرطان القولون والمستقيم فحص تنظير سيني مرن أو فحصاً لتنظير القولون مقررًا يشتمل على إزالة نسيج أو مواد أخرى أو إجراء آخر يتم أثناء الفحص أو نتيجةً له وفي الزيارة الطبية نفسها. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	
خدمات علاج الأسنان* بشكل عام، لا يشمل برنامج Original Medicare خدمات علاج الأسنان الوقائية (مثل التنظيف وفحوصات الأسنان الروتينية والأشعة السينية للأسنان). ولكن يدفع برنامج Medicare تكاليف خدمات علاج الأسنان في عدد محدود من الحالات، خاصةً عندما تكون هذه الخدمة جزءًا لا يتجزأ من علاج محدد لحالة الشخص الطبية الأساسية. تتضمن الأمثلة إعادة بناء الفك بعد كسر أو إصابة أو خلع الأسنان تمهيدًا للعلاج الإشعاعي في حالات سرطان الفك أو الفحوصات الفموية قبل زراعة الأعضاء. إضافةً إلى ذلك، نقوم بتغطية:	
خدمات علاج الأسنان التي يشملها برنامج Medicare: جراحة الفك أو العظام ذات الصلة وتثبيت كسور الفك أو عظام الوجه وخلع الأسنان لتهيئة الفك للعلاج الإشعاعي في حالات الأمراض الورمية وخدمات علاج الفك أو الأسنان الأخرى التي يُجريها طبيب.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة لمعالجة الأسنان يشملها برنامج Medicare.
خدمات علاج الأسنان الأخرى: - نمنحك بطاقة خصم مزودة برصيد مسبقًا لسداد تكاليف علاج الأسنان. يمكنك استخدام الرصيد الموجود في هذه البطاقة لأي خدمات علاج أسنان ترغب فيها، بدءًا من التنظيف والأشعة السينية إلى الحشو وتيجان الأسنان. ولكن لا يمكن استخدام هذه البطاقة للخدمات غير المرتبطة بعلاج الأسنان. - يبلغ البديل الموجود في البطاقة 900 دولار ويمكنك استخدامه من الساعة 12:00 صباحًا بتاريخ 1 يناير 2026 وحتى الساعة 11:59 مساءً بتاريخ 31 ديسمبر 2026. يُرجى ملاحظة أن في حالة عدم استخدام رصيد بطاقتك بالكامل خلال هذا الإطار الزمني، ستنتهي صلاحيته ولن يتم ترحيله للعام الآتي. - يمكن استخدام هذه البطاقة في أي عيادة أسنان من اختيارك. - إذا استخدمت رصيد البطاقة بالكامل لخدمة أو إجراء واحد لعلاج الأسنان، فستحتاج إلى دفع التكلفة الكاملة لأي رعاية أسنان مستقبلية تتلقاها في السنة الميلادية نفسها. - يمكن استخدام هذا البديل للخدمات التي لا تشملها خطة أوريغون الصحية (Medicaid). إذا كانت لديك أي أسئلة حول بطاقة الخصم الخاصة بك أو مزايا علاج الأسنان، فيُرجى الاتصال بقسم خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340. ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	تحصل على بدل بقيمة 450 دولارًا كل ستة شهور يمكن استخدامه لأي خدمات لعلاج الأسنان من اختيارك.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 فحص الاكتئاب نقوم بتغطية فحص واحد للاكتئاب في السنة. يجب إجراء الفحص في مرفق الرعاية الأولية يمكنه تقديم متابعة علاجية و/أو إحالات. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لزيارة فحص الاكتئاب السنوية.
 فحص داء السكري نقوم بتغطية هذا الفحص (يشتمل على اختبارات فحص الجلوكوز أثناء الصيام) إذا كنت تعاني من أي من عوامل الخطورة الآتية: ارتفاع ضغط الدم (ضغط الدم المرتفع) أو سجل باضطراب مستويات الكوليسترول والدهون الثلاثية (اضطراب دهون الدم) أو السمنة أو سجل بارتفاع سكر الدم (الغلوكوز). قد يتم أيضًا تغطية الاختبارات في حالة استيفاء متطلبات أخرى، مثل زيادة الوزن ووجود سجل عائلي بالإصابة بداء السكري. قد تكون مؤهلاً لما يصل إلى فحصين لداء السكري كل 12 شهرًا من تاريخ أحدث اختبار لفحص داء السكري. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لاختبارات فحص داء السكري التي يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 التدريب على الإدارة الذاتية لداء السكري وخدمات داء السكري ومستلزماته* بالنسبة إلى جميع الأشخاص المصابين بداء السكري (مستخدمي الإنسولين وغير مستخدميه)، يتم تغطية الخدمات الآتية: • مستلزمات لمراقبة غلوكوز الدم: جهاز لمراقبة غلوكوز الدم وشرائط لاختبار غلوكوز الدم وأجهزة وأدوات للوخز ومحاليل معيارية للغلوكوز للتحقق من دقة الشرائط وأجهزة القياس. • بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بداء السكري ويعانون من حالة متقدمة من القدم السكري: زوج واحد من الأحذية العلاجية المخصصة (يشتمل على نعال لهذا الحذاء) لكل سنة تقويمية وزوجان إضافيان من النعال أو زوج واحد من الأحذية العميقة و3 أزواج من النعال (لا يشتمل على النعال غير المخصصة القابلة للإزالة المرفقة مع هذا الحذاء). تشمل التغطية خدمة تحديد القياس. • تتم تغطية التدريب على الإدارة الذاتية لداء السكري في حالات محددة. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لمستلزمات مراقبة داء السكري التي يشملها برنامج Medicare. تقتصر شرائط الاختبار وأجهزة قياس الغلوكوز على الشركات المصنعة المفضلة المعتمدة في الخطة. يجب توفير جميع المستلزمات و/أو الأجهزة الخاصة بداء السكري وترتيبها من خلال شبكة صيدليات البيع بالتجزئة أو أي مزود آخر ضمن الشبكة. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأحذية أو النعال العلاجية التي يشملها برنامج Medicare. يجب توفير جميع المعدات الطبية المعمرة (DME) وترتيبها من خلال شبكة صيدليات البيع بالتجزئة أو خدمات الرعاية المنزلية أو مقدم خدمات آخر معتمد في الخطة. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لتدريب الإدارة الذاتية لداء السكري الذي يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
المعدات الطبية المعمرة (DME) والمستلزمات ذات الصلة* (للحصول على تعريف المعدات الطبية المعمرة، انتقل إلى الفصل 12 والفصل 3) تضمن العناصر المشمولة بالتغطية، على سبيل المثال لا الحصر، الكراسي المتحركة والعكازات وأنظمة المراتب الكهربائية ومستلزمات داء السكري وأسرّة المستشفيات التي وصفها مزود الرعاية الصحية للاستخدام المنزلي ومضخات التسريب الوريدي وأجهزة توليد الكلام وأجهزة الأكسجين وأجهزة الاستنشاق والمشايات. نقوم بتغطية جميع المعدات الطبية المعمرة الضرورية من الناحية الطبية بواسطة Original Medicare. إذا كان المورد في منطقتك لا يوفر علامة تجارية أو شركة مصنعة معينة، فيمكنك أن تطلب منه توفيرها لك بطلب خاص. كما أن أحدث قائمة بالموردين متاحة على موقعنا الإلكتروني عبر www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider مورّد المعدات الطبية المعمرة في منطقتك هو خدمات الرعاية المنزلية. تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة. في حال عدم موافقتك أنت (أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك) على قرار الخطة بشأن التغطية، فيمكنك أنت أو مقدم الرعاية الصحية تقديم طلب استئناف. يمكنك أيضًا تقديم طلب استئناف إذا كنت لا توافق على قرار مقدم الرعاية الصحية بشأن المنتج أو العلامة التجارية المناسبة لحالتك الطبية. (لمزيد من المعلومات حول طلبات الاستئناف، انتقل إلى الفصل 9). *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للمعدات الطبية المعمرة والمستلزمات ذات الصلة التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لأجهزة الأكسجين التي يشملها برنامج Medicare. لن يتغير مبلغ تقاسم التكاليف بعد التسجيل لمدة 36 شهرًا. يجب توفير جميع الأجهزة الطبية المعمرة (DME) مثل أجهزة المراقبة المستمرة للغلوكوز (CGMs) ومضخات الإنسولين والكراسي المتحركة من خلال شبكة صيدليات البيع بالتجزئة أو خدمات الرعاية المنزلية أو أي مقدم خدمات آخر ضمن الشبكة. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية الطوارئ تشير رعاية الطوارئ إلى الخدمات الآتية: - الخدمات التي يقدمها مقدم رعاية صحية مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ - والخدمات اللازمة لتقييم حالة طبية طارئة أو استقرارها. الحالة الطبية الطارئة هي الحالة التي تعتقد فيها أنت أو أي شخص آخر عادي متزن يتمتع بقدر متوسط من المعرفة في مجال الصحة والعلاج أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب رعاية طبية فورية لمنع الوفاة (ومنع فقدان الجنين إذا كان الشخص امرأة حاملاً) أو فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفة أحد الأطراف. قد تكون الأعراض الطبية الشعور بالتعب أو التعرض لإصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة. مبلغ تقاسم التكاليف لخدمات الطوارئ الضرورية التي تحصل عليها خارج الشبكة هو نفسه عند حصولك على هذه الخدمات ضمن الشبكة. تنطبق تغطية رعاية الطوارئ داخل الولايات المتحدة وأقاليمها فقط.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة لغرفة الطوارئ يشملها برنامج Medicare. إذا دخلت المستشفى في غضون 24 ساعة من زيارتك لغرفة الطوارئ، فلن تكون ملزماً بدفع المبلغ المشترك الخاص بغرفة الطوارئ. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid). إذا تلقيت رعاية الطوارئ في مستشفى خارج الشبكة واحتجت إلى رعاية داخل المستشفى بعد استقرار حالتك الطارئة، فيجب أن تتم الموافقة على رعايتك داخل المستشفى التي خارج الشبكة من خلال خطتنا، وستكون تكلفتك هي مبلغ تقاسم التكاليف نفسه الذي تدفعه في مستشفى ضمن الشبكة. راجع قسم "خدمات المستشفى للمرضى الداخليين" في جدول المزايا الطبية هذا للحصول على معلومات حول تقاسم تكاليف المرضى الداخليين.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
مزايا اللياقة البدنية يستمتع أعضاء Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) بارتياح الصالات الرياضية ضمن الشبكة لمساعدتك على إدارة صحتك والشعور بأفضل حال. بوصفك عضواً، تحصل على ما يأتي بتكاليف منخفضة أو مجاناً: • صالات اللياقة البدنية: يمكنك ارتياح العديد من الصالات الرياضية المحلية. يمكنك تحديد موقع أحد مراكز اللياقة البدنية في نطاق 40 ميلاً من خلال زيارة الموقع الإلكتروني للياقة البدنية. • اللياقة البدنية عبر الإنترنت: الحصص متاحة، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني للياقة البدنية للاطلاع على جداول الحصص. إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة للعثور على مركز لياقة بدنية مشاركون أو تريد التسجيل أو معرفة المزيد حول البرنامج، فيمكنك التواصل مع مسؤول المزايا. تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لمزايا اللياقة البدنية.
خدمات السمع تتم تغطية تقييمات السمع والتوازن التشخيصية التي يجريها مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي على أنها رعاية للمرضى الخارجيين عندما تتلقاها من طبيب أو اختصاصي سمع أو مقدم رعاية صحية آخر مؤهل. بشكل عام، فحوصات السمع الإضافية وأجهزة السمع غير مغطاة في المزايا.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحوصات السمع التشخيصية التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 فحص فيروس نقص المناعة البشرية بالنسبة إلى الأشخاص الذين يطلبون اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية أو الأشخاص المعرضين لخطورة عالية للإصابة بعدوى فيروس نقص المناعة البشرية، نقوم بتغطية: • فحص واحد كل 12 شهرًا • إذا كنتِ حاملاً، فنقوم بتغطية: • ما يصل إلى 3 فحوصات أثناء الحمل يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأعضاء المؤهلين لفحص فيروس نقص المناعة البشرية الوقائي الذي يشمل برنامج Medicare.
خدمات الرعاية المقدمة من وكالة الرعاية المنزلية* قبل الحصول على خدمات الرعاية المنزلية، يجب أن يقر الطبيب بأنك بحاجة إلى خدمات الرعاية المنزلية وأن يطلب تقديم هذه الخدمات من خلال إحدى وكالات الرعاية المنزلية. يجب أن تكون ملازمًا للمنزل، أي أن مغادرته تتطلب جهدًا كبيرًا. تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات التمريض المتخصصة الجزئية أو المتقطعة وخدمات مساعد الرعاية المنزلية (لتنم تغطيتها ضمن مزايا الرعاية المنزلية، يجب ألا يتجاوز مجموع ساعات خدمات التمريض المتخصصة ومساعد الرعاية المنزلية 8 ساعات في اليوم و35 ساعة في الأسبوع) • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق • الخدمات الطبية والاجتماعية • المعدات والمستلزمات الطبية *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة للرعاية المنزلية يشملها برنامج Medicare. ولكن، سينطبق مبلغ تقاسم التكاليف المطبق والموضح في جزء آخر في جدول المزايا الطبية إذا كانت الخدمة مغطاة ضمن ميزة أخرى. على سبيل المثال، لا تقدم وكالة الرعاية المنزلية المعدات الطبية المعمرة. يجب أن تقدم خدمات الرعاية المنزلية أو مقدم خدمات آخر ضمن الشبكة جميع الخدمات والرعاية المنزلية.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
العلاج المنزلي بالتسريب* يتضمن العلاج المنزلي بالتسريب إعطاء الأدوية أو المواد البيولوجية عبر الوريد أو تحت الجلد للشخص في المنزل. وتتضمن المكونات اللازمة لإجراء التسريب في المنزل الدواء (على سبيل المثال، مضادات الفيروسات والغلوبولين المناعي) والمعدات (على سبيل المثال، مضخة) والمستلزمات (على سبيل المثال، الأنابيب والقسطرات). تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: • الخدمات الاحترافية، بما فيها خدمات التمريض المقدمة وفقًا لخطة الرعاية الخاصة بنا • لا تتم تغطية تدريب المريض وتثقيفه ضمن مزايا المعدات الطبية المعمرة المراقبة عن بُعد • خدمات المراقبة لتقديم العلاج المنزلي بالتسريب وأدوية التسريب في المنزل بواسطة مقدم مؤهل لخدمات العلاج المنزلي بالتسريب قد تخضع الأدوية غير المفضلة ضمن الجزء B للعلاج التدريجي. يمكن العثور على أحدث قائمة بأدوية الجزء B التي تخضع للعلاج التدريجي على موقعنا الإلكتروني، www.ProvidenceHealthAssurance.com/formulary. يرجى ملاحظة ما يأتي: قد ينطبق مبلغ منفصل لتقاسم التكاليف على الأتعاب المهنية. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للعلاج المنزلي بالتسريب الذي يشمل برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لأدوية العلاج الكيميائي ضمن الجزء B وخدمات إعطائها التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لأدوية الجزء B الأخرى وخدمات إعطائها التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للمعدات الطبية المعمرة والأجهزة التعويضية والمستلزمات الطبية ذات الصلة التي يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية المحتضرين ستكون مؤهلاً لمزايا رعاية المحتضرين إذا قَدِّمَ إليك طبيبك أو المدير الطبي لرعاية المحتضرين تشخيصاً نهائياً يؤكد أنك مصاب بمرض عضال ومتوقع أن تعيش 6 شهور أو أقل في حال تطور مرضك بشكل طبيعي. يمكنك الحصول على الرعاية من أي برنامج لرعاية المحتضرين معتمد من برنامج Medicare. تلتزم خطتنا بمساعدتك على الحصول على برامج رعاية المحتضرين المعتمدة من برنامج Medicare في منطقة الخدمة الخاصة بخطتنا، بما في ذلك البرامج التي نملكها أو تخضع لرقابتنا أو لنا مصلحة مالية فيها. يمكن أن يكون طبيب رعاية المحتضرين الخاص بك ضمن الشبكة أو خارجها. تتضمن الخدمات المغطاة: • أدوية السيطرة على الأعراض وتخفيف الألم • الرعاية المؤقتة قصيرة الأمد • الرعاية المنزلية عند انضمامك إلى برنامج رعاية المحتضرين، يحق لك البقاء ضمن خطتنا؛ وإذا اخترت البقاء في خطتنا، فيجب عليك الاستمرار في دفع أقساط الخطة. بالنسبة إلى خدمات رعاية المحتضرين والخدمات التي يشملها الجزء A أو B من برنامج Medicare المرتبطة بتشخيصك النهائي: سيدفع برنامج Original Medicare (وليس خطتنا) تكاليف خدمات رعاية المحتضرين وأي خدمات يشملها الجزء A وB مرتبطة بتشخيصك النهائي إلى مقدم خدمات رعاية المحتضرين الخاص بك. عند انضمامك إلى برنامج رعاية المحتضرين، سيدفع مقدم رعاية المحتضرين الفواتير إلى برنامج Original Medicare عن الخدمات التي يدفع هذا البرنامج تكاليفها. ستحاسب على مبلغ تقاسم التكاليف في Original Medicare.	عند التسجيل في برنامج معتمد لرعاية المحتضرين من برنامج Medicare، سيدفع Original Medicare وليس Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) تكاليف خدمات رعاية المحتضرين والخدمات التي يشملها الجزء A أو B المرتبطة بتشخيصك النهائي. يجب عليك الحصول على الرعاية من مقدم لرعاية المحتضرين معتمد من Medicare. قد ينطبق مبلغ تقاسم تكاليف إضافي على خدمات الاستشارة في رعاية المحتضرين المقدمة أثناء الإقامة في المستشفى. قد ينطبق مبلغ تقاسم تكاليف منفصل على الأدوية والرعاية المؤقتة. تغطي خطتنا خدمات الاستشارة في رعاية المحتضرين (مرة واحدة فقط) للشخص المصاب بمرض عضال الذي لم يختَر الاستفادة من مزايا رعاية المحتضرين. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الاستشارة في رعاية المحتضرين التي تتلقاها في عيادة مقدم الرعاية الأولية أو عيادة المتخصص.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية المحتضرين (تابع) بالنسبة إلى الخدمات التي يشملها الجزء A أو B من برنامج Medicare غير المرتبطة بتشخيصك النهائي: إذا كنت بحاجة إلى خدمات غير طارئة وغير عاجلة يشملها الجزء A أو B من برنامج Medicare وغير مرتبطة بتشخيصك النهائي، فستعتمد تكاليف هذه الخدمات على استعانتك بمقدم رعاية ضمن شبكة خطتنا واتباعك قواعد الخطة (مثل وجود شرط الحصول على تصريح مسبق). • إذا حصلت على الخدمات المغطاة من مقدم رعاية ضمن الشبكة واتبعت قواعد الخطة في الحصول على الخدمة، فستدفع فقط مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخطتنا للخدمات ضمن الشبكة • إذا حصلت على الخدمات المغطاة من مقدم رعاية خارج الشبكة، فستدفع مبلغ تقاسم التكاليف الخاص ببرنامج Original Medicare بالنسبة إلى الخدمات التي تغطيها خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ولكن لا يغطيها الجزء A أو B من خطة Medicare: ستستمر خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) في تغطية الخدمات المغطاة في الخطة ولا يغطيها الجزء A أو B سواء كانت مرتبطة بتشخيصك النهائي أم لا. وستدفع مبلغ تقاسم التكاليف الخاص بخطتنا لهذه الخدمات. بالنسبة إلى الأدوية التي قد تغطيها مزايا الجزء D في خطتنا: إذا كانت الأدوية غير مرتبطة بحالة الاحتضار النهائية، فستدفع مبلغ تقاسم التكاليف. أما إذا كانت مرتبطة بحالة الاحتضار النهائية، فستدفع مبلغ تقاسم التكاليف الخاص ببرنامج Original Medicare. لا تتم أبداً تغطية الأدوية بكل من برنامج رعاية المحتضرين وخطتنا في الوقت نفسه. لمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 5، القسم 9.4. ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى رعاية غير مرتبطة برعاية المحتضرين (رعاية غير مرتبطة بتشخيصك النهائي)، فتواصل معنا لترتيب هذه الخدمات. تغطي خطتنا خدمات الاستشارة في رعاية المحتضرين (مرة واحدة فقط) للشخص المصاب بمرض عضال الذي لم يختار الاستفادة من مزايا رعاية المحتضرين.	بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 اللقاحات تتضمن الخدمات التي يغطيها الجزء B من برنامج Medicare: • لقاحات الالتهاب الرئوي • جرعات (أو لقاحات) الأنفلونزا، مرة واحدة في موسم الأنفلونزا في الخريف والشتاء، مع جرعات (أو لقاحات) إضافية للأنفلونزا إذا كانت ضرورية من الناحية الطبية • لقاحات التهاب الكبد الوبائي ب إذا كنت معرضًا لخطورة عالية أو متوسطة للإصابة بالتهاب الكبد الوبائي ب • لقاحات كوفيد-19 • لقاحات أخرى إذا كنت معرضًا للخطورة وكانت مستوفية لقواعد تغطية الجزء B من برنامج Medicare نقوم أيضًا بتغطية معظم اللقاحات الأخرى للبالغين ضمن ميزة الأدوية الخاصة بالجزء D. لمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 6، القسم 8. يُرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للقاحات الالتهاب الرئوي والأنفلونزا والتهاب الكبد الوبائي ب وكوفيد-19. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لجميع لقاحات الجزء B الأخرى التي يشملها برنامج Medicare. يجب عليك زيارة مقدم الرعاية التابع لبرنامج Medicare لتلقي جرعة الأنفلونزا و/أو الالتهاب الرئوي. يمكنك الحصول على معظم التطعيمات من الصيدلية المحلية.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية المرضى الداخليين في المستشفى* تتضمن رعاية المرضى الداخليين للحالات الحادة وخدمات التأهيل للمرضى الداخليين ومستشفيات الرعاية طويلة الأمد وغيرها من أنواع خدمات المستشفيات للمرضى الداخليين. تبدأ رعاية المرضى الداخليين في المستشفى منذ اليوم الذي تُقبل فيه رسميًا في المستشفى بناءً على أمر الطبيب. اليوم السابق لخروجك من المستشفى هو آخر يوم لك كمريض داخلي في المستشفى. تشمل التغطية عددًا غير محدود من أيام الإقامة بالمستشفى للمرضى الداخليين التي يشملها برنامج Medicare حسب فترة الاستحقاق. باستثناء حالات الطوارئ، يجب على مقدم الرعاية الخاص بك إبلاغنا بأنك ستدخل المستشفى. تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: • غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية) • الوجبات، بما فيها وجبات الأنظمة الغذائية الخاصة • خدمات التمريض المنتظمة • تكاليف وحدات الرعاية الخاصة (مثل وحدة الرعاية المركزة أو وحدة الرعاية التاجية) • الأدوية والعلاجات • اختبارات المختبر • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة • المستلزمات الجراحية والطبية الضرورية • استخدام الأجهزة الطبية، مثل الكراسي المتحركة • تكاليف غرفة العمليات والإفاقة • العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق واللغة • خدمات علاج الإدمان للمرضى الداخليين • في حالات معينة، تتم تغطية أنواع عمليات زراعة الأعضاء الآتية: القرنية والكلى والكلية والبنكرياس والقلب والكبد والرئة والقلب والرئة ونخاع العظام والخلايا الجذعية والأمعاء وزراعة الأعضاء المتعددة. إذا كنت بحاجة إلى زراعة عضو، فسنقوم بترتيب مراجعة حالتك في مركز زراعة معتمد من Medicare وسيقرر ما إذا كنت مرشحًا لإجراء عملية الزراعة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع عن كل يوم من اليوم الأول حتى اليوم 90 بما في ذلك "أيام الإقامة الاحتياطية المتاحة مدى الحياة". ستدفع جميع التكاليف التي تتجاوز "أيام الإقامة الاحتياطية المتاحة مدى الحياة". تواصل مع خدمة العملاء إذا كانت لديك أسئلة بشأن هذه الميزة.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية المرضى الداخليين في المستشفى * (تابع) يمكن أن تكون جهات عمليات زراعة الأعضاء محلية أو من خارج منطقة الخدمة. إذا كانت خدمات زراعة الأعضاء ضمن شبكتنا تقع خارج نطاق نمط الرعاية المجتمعي، فيمكنك اختيار جهة محلية بشرط أن يكون مقدمو خدمات الزراعة المحليون على استعداد لقبول السعر المحدد من Original Medicare. إذا كانت خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) تقدم خدمات زراعة الأعضاء في موقع يقع خارج نمط الرعاية المعتاد لزراعة الأعضاء في مجتمعك، واخترت إجراء عملية الزراعة في ذلك الموقع البعيد، فسوف نتكفل بترتيب أو دفع تكاليف الإقامة ووسائل النقل المناسبة لك ولمرافق واحد. تعتمد نفقات السفر على التصريح المسبق وأهلية متلقي الخدمة. يبلغ الحد الأقصى للتعويض المسموح به عن تكاليف السفر لعمليات الزرع 5,000 دولار. وتقتصر مصاريف الطعام والإقامة على 150 دولارًا في اليوم، وتحتسب ضمن الحد الأقصى البالغ 5,000 دولار. • الدم - بما في ذلك تخزينه ونقله إلى المريض. تبدأ التغطية الخاصة بالدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة مع أول وحدة دم تحتاج إليها. وتتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من أول وحدة. • خدمات الطبيب ملاحظة: لتُعد مريضًا داخليًا، يتعين على مقدم الرعاية إصدار أمر رسمي بقبولك كمريض داخلي بالمستشفى. حتى إذا أقمت في المستشفى ليلة واحدة، فقد تُعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا من أنك مريض داخلي أو مريض خارجي، فاسأل موظفي المستشفى. يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من نشرة معلومات Medicare بعنوان <i>مزايا المستشفى ضمن Medicare</i>. نشرة المعلومات متاحة عبر www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على 1-877-486-2048. * قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	يُرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت مستلزمات للاستخدام المنزلي أو أي مواد غير مرتبطة بالحالة التي تُعالج منها، فقد تتحمل تكاليفها. تبدأ فترة الاستحقاق من اليوم الذي تزر فيه مستشفى أو مرفقًا للمريض المتخصص. وتنتهي فترة الاستحقاق عندما لا تتلقى رعاية للمرضى الداخليين في المستشفى (أو رعاية متخصصة في مرفق للمريض المتخصص) مدة 60 يومًا على التوالي. إذا زرت مستشفى أو مرفقًا للمريض المتخصص بعد انتهاء فترة استحقاق، فستبدأ فترة استحقاق جديدة. لا يوجد حد أقصى لعدد فترات الاستحقاق. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid). تعتمد مزايا المرضى الداخليين على تاريخ دخول المريض. إذا حصلت على رعاية مصرح بها للمرضى الداخليين في مستشفى خارج الشبكة بعد استقرار حالتك الطارئة، فستكون تكلفتك هي مبلغ تقاسم التكاليف الذي تدفعه في مستشفى ضمن الشبكة.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات المرضى الداخليين في مستشفى الأمراض النفسية* تتضمن الخدمات المغطاة خدمات رعاية الصحة النفسية التي تتطلب الإقامة في المستشفى. تحصل على ما يصل إلى 190 يومًا من الرعاية النفسية في المستشفى للمرضى الداخليين المغطاة ببرنامج Medicare طوال حياتك. يُرجى ملاحظة أن عدد أيام الإقامة بالمستشفى المغطاة مدى الحياة لا تتجدد أبدًا. على سبيل المثال، إذا تحمل برنامج Medicare سابقًا تكاليف إقامتك في مستشفى للأمراض النفسية للمرضى الداخليين لمدة 100 يوم، فستتحمل خطتك تكاليف ما يصل إلى 90 يومًا فقط من إقامة مستقبلية. ولا ينطبق الحد البالغ 190 يومًا على خدمات الصحة النفسية للمرضى الداخليين المقدمة في وحدة أمراض نفسية في مستشفى عام. باستثناء حالات الطوارئ، يجب على مقدم الرعاية الخاص بك إبلاغنا بأنك ستدخل المستشفى. تتولى Providence Health Assurance خدمات الصحة النفسية. ويجب التواصل مع Providence Health Assurance للحصول على التصاريح. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع عن كل يوم من اليوم الأول حتى اليوم 90 بما في ذلك "أيام الإقامة الاحتياطية المتاحة مدى الحياة". ستدفع جميع التكاليف التي تتجاوز "أيام الإقامة الاحتياطية المتاحة مدى الحياة". تواصل مع خدمة العملاء إذا كانت لديك أسئلة بشأن هذه الميزة تبدأ فترة الاستحقاق من اليوم الذي تزور فيه مستشفى وتنتهي عندما لا تتلقى رعاية للمرضى الداخليين في المستشفى مدة 60 يومًا على التوالي. إذا زرت مستشفى بعد انتهاء فترة استحقاق، فستبدأ فترة استحقاق جديدة. تُحتسب جميع فترات الإقامة في المستشفى للرعاية النفسية للمرضى الداخليين ضمن فترة الاستحقاق بغض النظر عن الحالة. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
إقامة المرضى الداخليين: الخدمات المغطاة التي تحصل عليها في مستشفى أو مرفق للمريض المتخصص أثناء الإقامة غير المغطاة للمرضى الداخليين* إذا استنفدت مزاياك كمريض داخلي أو إذا لم تكن الإقامة في المستشفى معقولة وضرورية، فلن نغطي إقامتك كمريض داخلي. في بعض الحالات، سنقوم بتغطية بعض الخدمات التي تحصل عليها في المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص (SNF). تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات الطبيب • الاختبارات التشخيصية (مثل اختبارات المختبر) • الأشعة السينية والعلاج بالراديو والنظائر، بما في ذلك المواد والخدمات الفنية • الضمادات الجراحية • الجبائر والجبس الطبي والأجهزة الأخرى المستخدمة في ردّ حالات الكسر والخلع • الأجهزة التعويضية والتقويمية (غير المرتبطة بالأسنان) التي تُستخدم لاستبدال عضو داخلي كليًا أو جزئيًا (بما في ذلك الأنسجة المتصلة به)، أو لاستبدال كلي أو جزئي لوظيفة عضو داخلي متوقف بشكل دائم عن العمل أو به خلل، بما في ذلك استبدال هذه الأجهزة أو إصلاحها • دعائم الساق والذراع والظهر والعنق وأحزمة الفتق والأرجل والأذرع والعيون الصناعية بما في ذلك عمليات التعديل والإصلاح والاستبدال الناتجة عن الكسر أو التلف أو فقدان أو التغير في الحالة الجسدية للمريض • العلاج الطبيعي وعلاج النطق والعلاج الوظيفي *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	ستستمر تغطية الخدمات والمستلزمات المدرجة في الجهة اليسرى وفقًا لتقاسم التكاليف الموضح في الأقسام الخاصة بها من هذا الجدول الخاص بالمزايا الطبية. على سبيل المثال، ستتم تغطية العلاج الطبيعي وفقًا لمبلغ تقاسم التكاليف الوارد ضمن "خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين".

ما ستدفعه	الخدمة المغطاة
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لبرنامج توصيل الوجبات الذي لا يشمل برنامج Medicare. تقتصر التغطية على وجبتين في اليوم لمدة 28 يومًا (إجمالي 56 وجبة) بعد كل إقامة في المستشفى للمرضى الداخليين.	برنامج توصيل الوجبات (بعد الخروج من المستشفى فقط) نقوم بتغطية ما يصل إلى 56 وجبة تُقدم في 28 يومًا. يمكن الاستفادة من هذه الميزة مباشرة بعد الخروج من مستشفى الرعاية الحادة للمرضى الداخليين أو مستشفى الأمراض النفسية للمرضى الداخليين أو مرفق التمريض المتخصص (إذا كان الحدث السابق عبارة عن إقامة مؤهلة في مستشفى للمرضى الداخليين). سيتم توصيل جميع الوجبات إلى منزلك مباشرة وقد كنت مؤهلًا لتلقي الوجبات لمساعدتك على إدارة حالات صحية أو إصابات محددة أو التعافي منها. إرشادات الميزة: • قد يستغرق توصيل أول وجبة ما يصل إلى ثلاثة أيام عمل بعد طلبها • لا تؤهلك الإقامة الخاصة بالملاحظة للحصول على ميزة الوجبات هذه • يجب طلب الوجبات عبر مورد خدمات توصيل الوجبات الخاص بنا • قد تنطبق بعض القيود والضوابط لا يلزم منك القيام بأي إجراء لبدء الاستفادة من هذه الميزة، حيث إننا سنتواصل مباشرة مع الأعضاء المؤهلين. تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة.
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأعضاء المؤهلين لخدمات العلاج بالتغذية الطبية التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأعضاء المؤهلين لخدمات العلاج بالتغذية الطبية التي يطلبها الطبيب ولا يشملها برنامج Medicare.	العلاج بالتغذية الطبية  هذه الميزة مخصصة للأشخاص المصابين بداء السكري أو بمرض كلوي (ولكن غير الخاضعين للغسيل الكلوي) أو بعد زراعة الكلى وذلك بناءً على توصية من الطبيب. نقوم بتغطية 3 ساعات من خدمات الاستشارة الفردية أثناء أول سنة تحصل فيها على خدمات العلاج بالتغذية الطبية ضمن برنامج Medicare (يشمل ذلك خططنا وأيًا من خطط Medicare Advantage الأخرى أو Original Medicare) وساعتين كل سنة بعد ذلك. إذا تغيرت حالتك أو علاجك أو تشخيصك، فقد تتمكن من الحصول على ساعات إضافية من العلاج بتوصية من الطبيب. يجب أن يصف الطبيب هذه الخدمات ويجدد طلبها سنويًا إذا كان علاجك ضروريًا للسنة الميلادية التالية. نقوم بتغطية العلاج بالتغذية الطبية الذي يصفه الطبيب بغض النظر عن حالتك أو تشخيصك. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 برنامج Medicare للوقاية من داء السكري (MDPP) خدمات برنامج Medicare للوقاية من داء السكري مغطاة للأشخاص المؤهلين ضمن جميع خطط Medicare الصحية. برنامج Medicare للوقاية من داء السكري عبارة عن تدخل منظم لتغيير السلوك الصحي يقدم تدريباً عملياً على إحداث تغيير طويل الأمد في النظام الغذائي وزيادة في النشاط البدني وإستراتيجيات لحل المشكلات للتغلب على التحديات المتعلقة بالالتزام بفقدان الوزن واتباع نمط حياة صحي.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لميزة برنامج Medicare للوقاية من داء السكري.
أدوية الجزء B من برنامج Medicare* هذه الأدوية مغطاة ضمن الجزء B من Original Medicare. يحصل الأعضاء المشتركون في خطتنا على تغطية لهذه الأدوية عبر خطتنا. تتضمن الأدوية المغطاة: • الأدوية التي لا يعطيها المريض لنفسه وتُحقن أو تُعطى بالتنسريب أثناء تلقي خدمات الطبيب أو خدمات المستشفى للمرضى الداخليين أو خدمات مركز جراحة اليوم الواحد • الإنسولين المقدم عبر جزء في المعدات الطبية المعمرة (مثل مضخة الإنسولين الضرورية من الناحية الطبية) • الأدوية الأخرى التي تتلقاها باستخدام المعدات الطبية المعمرة (مثل أجهزة الاستنشاق) التي تسمح بها خطتنا • دواء Leqembi® لعلاج الزهايمر (اسمه العام ليكانيماب) الذي يُعطى عبر الوريد. بالإضافة إلى تكاليف الأدوية، قد تحتاج إلى فحوصات واختبارات إضافية قبل و/أو أثناء العلاج، ما قد يزيد من إجمالي التكاليف. تحدث إلى طبيبك حول الفحوصات والاختبارات التي قد تحتاج إليها كجزء من علاجك. • عوامل التجلط التي تعطيها لنفسك عن طريق الحقن إذا كنت مصاباً بالهيموفيليا • أدوية زراعة الأعضاء/الأدوية المثبطة للمناعة: يغطي برنامج Medicare أدوية زراعة الأعضاء إذا كان قد تحمل تكاليف عملية زراعة العضو. يجب أن تكون مشتركاً في الجزء A في وقت عملية زراعة العضو المغطاة ويجب أن تكون مشتركاً في الجزء B في وقت تلقي الأدوية المثبطة للمناعة. تشمل تغطية أدوية الجزء D من برنامج Medicare الأدوية المثبطة للمناعة إذا كان الجزء B لا يغطيها • أدوية هشاشة العظام القابلة للحقن إذا كنت ملازمة للمنزل ومصابة بكسر في العظام أقر الطبيب بأنه متعلق بهشاشة العظام بعد انقطاع الطمث ولا تستطيع إعطاء الدواء لنفسك • بعض المستضدات: يغطي برنامج Medicare المستضدات إذا أعدها الطبيب وقام شخص مدرب بالشكل المناسب بإعطائها (قد يكون ذلك الشخص أنت، المريض) تحت إشراف ملائم	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لأدوية العلاج الكيميائي والإشعاعي ضمن الجزء B وأدوية الجزء B الأخرى التي يشملها برنامج Medicare. قد ينطبق مبلغ تقاسم تكاليف منفصل على إعطاء الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن الجزء B من برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid). قد تخضع الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن الجزء B من برنامج Medicare للعلاج التدريجي. تخضع مشاركة التكاليف الخاصة بالإنسولين لحد أقصى قدره 35 دولاراً مقابل توفير الإنسولين مدة شهر واحد.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الأدوية الموصوفة المغطاة ضمن الجزء B من برنامج Medicare* (تابع) • بعض الأدوية الفموية المضادة للسرطان: يغطي برنامج Medicare بعض أدوية السرطان الفموية إذا كان الدواء نفسه متاحًا على هيئة تركيبة قابلة للحقن أو كان الدواء عبارة عن دواء أولي (تركيبة فموية من الدواء تتحلل عند تناولها إلى المكون الفعال نفسه الموجود في الدواء القابل للحقن) للدواء القابل للحقن. عند توفر أدوية فموية جديدة لعلاج السرطان، قد يغطيها الجزء B. إذا لم يغطيها الجزء B، فسيغطيها الجزء D • الأدوية الفموية المضادة للغثيان: يغطي برنامج Medicare الأدوية الفموية المضادة للغثيان وتستخدمها كجزء من نظام العلاج الكيميائي المضاد للسرطان إذا كانت تُعطى قبل أو في غضون 48 ساعة من العلاج الكيميائي أو إذا كانت تُستخدم كبديل علاجي كامل لدواء مضاد للغثيان يُعطى عن طريق الوريد • بعض الأدوية الفموية لمرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) التي يغطيها الجزء B من برنامج Medicare • الأدوية المحاكية للكالسسيوم وأدوية الحد من امتصاص الفوسفات ضمن نظام الدفع الخاص بمرض الكلى في المرحلة النهائية، بما في ذلك الدواء الوريدي Parsabiv® والدواء الفموي Sensipar® • بعض الأدوية الخاصة بالغسيل الكلوي المنزلي، بما في ذلك الهيبارين والترياق المضاد للهيبارين عندما يكون ضروريًا من الناحية الطبية والمخدرات الموضعية • العوامل المحفزة لتكوّن كريات الدم الحمراء: يغطي برنامج Medicare الإريثروبويتين الذي يُعطى عن طريق الحقن في حالة الإصابة بمرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) أو الحاجة إلى هذا الدواء لعلاج فقر الدم المرتبط بحالات أخرى (مثل Epogen® أو Procrit® أو Retacrit® أو إيبويتين ألفا أو Aranesp® أو داربيويتين ألفا أو Mircera® أو ميثوكسي بولي إيثيلين غليكول-إيبويتين بيتا) • الغلوبولين المناعي الذي يُعطى عن طريق الوريد للعلاج المنزلي لأمراض نقص المناعة الأولية • التغذية الوريدية والمعوية (التغذية عن طريق الوريد والتغذية عن طريق الأنبوب) سينقلك هذا الرابط إلى قائمة أدوية الجزء B التي قد تخضع للعلاج التدريجي: www.ProvidenceHealthAssurance.com/Formulary نقوم أيضًا بتغطية بعض اللقاحات ضمن الجزء B ومعظم لقاحات البالغين ضمن ميزة الأدوية الخاصة بالجزء D. يوضح الفصل 5 ميزة الأدوية الخاصة بالجزء D، بما في ذلك القواعد التي عليك اتباعها لضمان تغطية الوصفات الطبية. ويوضح الفصل 6 ما ستدفعه مقابل أدوية الجزء D من خلال خطتنا. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خط استشارات التمريض هل تواجه حالة طبية من المحتمل أن تكون عاجلة؟ خط استشارات التمريض متاح على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. سيساعدك الممرضون المسجلون على تحديد الخطوات التالية، بدءًا من تناول مسكن للألم وصولاً إلى زيارة موقع الرعاية العاجلة. سواء كان اتصالك متعلقًا بك أو بطفلك، يمكن لممرضينا المساعدة. تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخط استشارات التمريض.
فحص السمنة وعلاجها لتعزيز فقدان الوزن المستدام إذا كان مؤشر كتلة جسمك يبلغ 30 أو أكثر، فنقوم بتغطية الاستشارة المكثفة لمساعدتك على فقدان الوزن. وتتم تغطية هذه الاستشارة إذا حصلت عليها في مرفق للرعاية الأولية، حيث يمكن تنسيقها مع خطة الوقاية الشاملة الخاصة بك. تحدث إلى طبيب أو ممارس الرعاية الأولية الخاص بك لمعرفة المزيد من المعلومات. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحص السمنة الوقائي وعلاجها.
خدمات البرنامج العلاجي لتعاطي المواد الأفيونية* يحصل الأعضاء المشتركون في خطتنا الذين يعانون من اضطراب تعاطي المواد الأفيونية (OUD) على تغطية لخدمات علاج هذا الاضطراب من خلال البرنامج العلاجي لتعاطي المواد الأفيونية (OTP) الذي يتضمن الخدمات الآتية: • الأدوية المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للعلاج بمساعدة الأدوية (MAT) باستخدام ناهضات ومناهضات المواد الأفيونية. • صرف علاجات العلاج بمساعدة الأدوية (MAT) وإعطائها (عند الاقتضاء) • الاستشارة المتعلقة بتعاطي المخدرات • العلاج الفردي والجماعي • اختبار السموم • أنشطة جمع معلومات المريض • التقييمات الدورية يرجى ملاحظة ما يأتي: قد ينطبق مبلغ منفصل لنقاسم التكاليف إذا تم تقديم خدمات إضافية. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات علاج تعاطي المواد الأفيونية التي يقدمها مقدم رعاية مسجل في برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات البرنامج العلاجي لتعاطي المواد الأفيونية التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
اختبارات المرضى الخارجيين التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية* تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: • الأشعة السينية • العلاج الإشعاعي (الراديوم والنظائر) بما في ذلك المواد والمستلزمات الفنية • إجراءات التصوير الخاصة مثل فحوصات التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) والأشعة المقطعية (CT) والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET). يجب على مقدم الرعاية تنسيق جميع إجراءات التصوير الخاصة التي يطلبها من خلال المسؤول عن ميزة التصوير. • الاختبارات التشخيصية الخاصة، مثل فحوصات الموجات فوق الصوتية وجهاز هولتر • المستلزمات الجراحية، مثل الضمادات • الجبائر والجبس الطبي والأجهزة الأخرى المستخدمة في ردّ حالات الكسر والخلع	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأشعة السينية التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الإشعاع العلاجية ومستلزماتها التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل إجراء تصوير خاص واختبار تشخيصي خاص يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للمستلزمات الجراحية أو الجبس الطبي الذي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للضمادات والمستلزمات والجبائر والجبس الطبي والأجهزة الأخرى المستخدمة في ردّ حالات الكسر والخلع التي يشملها برنامج Medicare. يجب أن تقدمها خدمات الرعاية المنزلية من Providence أو مقدم خدمات آخر ضمن الشبكة.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
اختبارات المرضى الخارجيين التشخيصية والخدمات والمستلزمات العلاجية* (تابع) - اختبارات المختبر - الدم - بما في ذلك تخزينه ونقله إلى المريض. لا تبدأ التغطية الخاصة بالدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة إلا مع رابع وحدة دم تحتاج إليها، ويجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 وحدات دم تحصل عليها في سنة تقويمية أو الحصول على الدم عن طريق تبرع منك أو من شخص آخر. وتتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءًا من أول وحدة مستخدمة. - الاختبارات التشخيصية غير المرتبطة بالمختبر مثل فحوصات الأشعة المقطعية (CT) والتصوير بالرنين المغناطيسي (MRIs) وتخطيط كهربية القلب (EKGs) والتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني (PET) عندما يطلبها الطبيب أو غيره من مقدمي الرعاية الصحية لعلاج مشكلة طبية. - الاختبارات والإجراءات التشخيصية الأخرى للمرضى الخارجيين تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات المختبر التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الدم. يستند تقاسم التكاليف إلى مزايا Original Medicare ويعتمد على عملية تجهيز الدم والتعامل معه. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للاختبارات والإجراءات التشخيصية التي يشملها برنامج Medicare. إذا تلقيت خدمات بالإضافة إلى اختبارات/إجراءات المختبر أو الدم أو غيرها من الاختبارات/الإجراءات التشخيصية التي يشملها برنامج Medicare، فقد ينطبق مبلغ منفصل لتقاسم التكاليف على هذه الخدمة. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
ملاحظة المرضى الخارجيين بالمستشفى* خدمات الملاحظة عبارة عن خدمات مقدمة إلى المرضى الخارجيين في المستشفى لتحديد الحاجة إلى دخول المستشفى كمرضى داخلي أو إمكانية الخروج من المستشفى. لتغطية خدمات ملاحظة المرضى الخارجيين بالمستشفى، يجب أن تستوفي معايير برنامج Medicare وأن تُعد معقولة وضرورية. لا تُغطي خدمات الملاحظة إلا عندما تُقدم بأمر من الطبيب أو شخص آخر مصرح له بموجب قانون الترخيص في الولاية ولوائح موظفي المستشفى لإدخال المرضى إلى المستشفى أو طلب اختبارات للمرضى الخارجيين. ملاحظة: ما لم يُصدر مقدم الرعاية أمرًا بإدخالك المستشفى كمرضى داخلي، فإنك تُعد مريضًا خارجيًا وستدفع مبالغ تقاسم التكاليف لخدمات المستشفى الخاصة بالمرضى الخارجيين. حتى إذا أقيمت في المستشفى ليلة واحدة، فقد تُعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا من أنك مريض خارجي، فاسأل موظفي المستشفى. يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات من نشرة معلومات Medicare بعنوان <i>مزايا المستشفى ضمن Medicare</i>. نشرة المعلومات متاحة عبر www.Medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على 1-877-486-2048. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الملاحظة التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفى* نقوم بتغطية الخدمات الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها في قسم للمرضى الخارجيين في المستشفى لتشخيص مرض أو إصابة أو علاجها. تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: • خدمات قسم الطوارئ أو عيادة المرضى الخارجيين، مثل خدمات الملاحظة أو جراحة المرضى الخارجيين يرجى ملاحظة ما يأتي: قد ينطبق مبلغ منفصل لتقاسم التكاليف على الأتعاب المهنية. • اختبارات المختبر والاختبارات التشخيصية التي يصدر المستشفى فاتورة بها • رعاية الصحة النفسية، بما في ذلك الرعاية في برنامج للإقامة الجزئية في المستشفى، إذا أكد الطبيب أنه من دونها سيكون من الضروري تلقي العلاج كمريض داخلي	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة لغرفة الطوارئ يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الملاحظة التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لجراحة المرضى الخارجيين التي يشملها برنامج Medicare. لا توجد رسوم لاستخدام المرافق لزيارات العيادات للمرضى الخارجيين. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات المختبر التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للاختبارات والإجراءات التشخيصية التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات برنامج الإقامة الجزئية في المستشفى التي يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفى* (تابع) • الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي يصدر المستشفى فاتورة بها • المستلزمات الطبية مثل الجبائر والجبس الطبي • بعض الأدوية والمواد البيولوجية التي لا يمكنك إعطاؤها لنفسك ملاحظة: ما لم يُصدر مقدم الرعاية أمرًا بإدخالك المستشفى كمريض داخلي، فإنك تُعد مريضًا خارجيًا وستدفع مبالغ تقاسم التكاليف لخدمات المستشفى الخاصة بالمرضى الخارجيين. حتى إذا أقيمت في المستشفى ليلة واحدة، فقد تُعد مريضًا خارجيًا. إذا لم تكن متأكدًا من أنك مريض خارجي، فاسأل موظفي المستشفى. يمكنك أيضًا العثور على مزيد من المعلومات في نشرة معلومات Medicare بعنوان هل أنت مريض داخلي أم خارجي بالمستشفى؟ إذا كنت مشتركًا في برنامج Medicare، فاستفسر! نشرة المعلومات هذه متاحة على الويب عبر https://es.medicare.gov/publications/11435-Medicare-Hospital-Benefits.pdf أو من خلال الاتصال على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك الاتصال على هذه الأرقام مجانًا على مدار الساعة طوال الأسبوع. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأشعة السينية وخدمات الأشعة التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل إجراء تصوير خاص واختبار تشخيصي خاص يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لأدوية العلاج الكيميائي والإشعاعي ضمن الجزء B وأدوية الجزء B الأخرى التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية الصحة النفسية للمرضى الخارجيين* تتضمن الخدمات المغطاة: خدمات الصحة النفسية التي يقدمها طبيب نفسي أو طبيب مرخص من الولاية أو اختصاصي نفسي إكلينيكي أو اختصاصي اجتماعي إكلينيكي أو اختصاصي تمريض إكلينيكي أو مستشار مهني مرخص (LPC) أو اختصاصي مرخص في العلاج الأسري والزوجي (LMFT) أو ممرض ممارس (NP) أو مساعد طبيب (PA) أو أي متخصص آخر في رعاية الصحة النفسية مؤهل من Medicare على النحو الذي تسمح به القوانين المعمول بها في الولاية. تتولى Providence Health Assurance خدمات الصحة النفسية. ويجب التواصل مع Providence Health Assurance للحصول على التصاريح. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة علاج نفسي فردية أو جماعية يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات برنامج الإقامة الجزئية في المستشفى التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).
خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين* تتضمن الخدمات المغطاة: العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق واللغة. تقدم خدمات إعادة التأهيل للمرضى الخارجيين في مرافق مختلفة للمرضى الخارجيين، مثل أقسام المستشفى المخصصة للمرضى الخارجيين وعيادات المعالجين المستقلة ومرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORFs). يلزم الحصول على تصريح لجميع خدمات العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي عند تقديمها في مرفق للمرضى الخارجيين. يجب على وكيل مخول إكمال إخطارات خدمات إعادة التأهيل نيابة عن Providence Health Assurance. الإخطار عبارة عن طلب أولي يُقدم إلى الوكيل المخول لإبلاغ Providence Health Assurance بأنك ستبدأ خدمات العلاج الطبيعي و/أو العلاج الوظيفي. ويحدد الوكيل المخول الموافقة على الطلبات أو الحاجة إلى مراجعة لتقييم الحاجة الطبية. *قد يلزم الحصول على إذن سابق لخدمات إعادة التأهيل الأولية والزيارات اللاحقة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة علاج وظيفي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة علاج طبيعى وزيارة لعلاج النطق واللغة يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات اضطراب تعاطي المخدرات للمرضى الخارجيين* تتضمن مستويات الرعاية المغطاة لاضطراب تعاطي المخدرات: • الإقامة الجزئية في المستشفى/العلاج النهاري • العلاج المكثف للمرضى الخارجيين • علاج المرضى الخارجيين تتضمن الخدمات المغطاة: • التقييمات التشخيصية وفحوصات التقييم ووضع خطة العلاج • العلاج و/أو الإجراءات • إدارة الدواء والعلاجات الأخرى ذات الصلة • العلاج الفردي والأسري والجماعي • خدمات إدارة الحالة التي يقدمها مقدم الرعاية • التدخل في حالات الأزمات يُرجى ملاحظة ما يأتي: يجب تلقي جميع خدمات علاج اضطراب تعاطي المخدرات كخدمات خارجية في مستشفى أو مرفق بديل أو عيادة مقدم الرعاية. بالإضافة إلى ذلك، يجب أن تُقدم هذه الخدمات على يد ممارس مختص في الصحة السلوكية مؤهل بشكل مناسب أو تحت إشرافه. تتولى Providence Health Assurance خدمات الصحة النفسية. ويجب التواصل مع Providence Health Assurance للحصول على التصاريح.* قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات برنامج الإقامة الجزئية في المستشفى التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة علاجية مكثفة للمرضى الخارجيين يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة علاج نفسي فردية أو جماعية يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).
جراحة المرضى الخارجيين، بما في ذلك الخدمات المقدمة في مرافق المستشفى المخصصة للمرضى الخارجيين ومراكز جراحة اليوم الواحد* ملاحظة: إذا كنت ستخضع لجراحة في مرفق تابع لمستشفى، فيجب عليك التحقق من مزود الرعاية بشأن ما إذا ستكون مريضًا داخليًا أم مريضًا خارجيًا. ما لم يُصدر مقدم الرعاية أمرًا بإدخالك المستشفى كمريض داخلي، فإنك تُعد مريضًا خارجيًا وستدفع مبالغ تقاسم التكاليف لجراحة المرضى الخارجيين. حتى إذا أقيمت في المستشفى ليلة واحدة، فقد تُعد مريضًا خارجيًا. يُرجى ملاحظة ما يأتي: قد ينطبق مبلغ منفصل لتقاسم التكاليف على الأتعاب المهنية. * قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة لمركز جراحة اليوم الواحد يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للجراحة التي يخضع لها المرضى الخارجيين في المستشفى ويشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الملاحظة التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

ما ستدفعه	الخدمة المغطاة
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للمستلزمات المتاحة من دون وصفة طبية. لديك بدل بقيمة 35 دولارًا كل ثلاثة شهور (لطلب المستلزمات المتاحة من دون وصفة طبية عبر البطاقة الخاصة بالبيع بالتجزئة أو الكتالوج أو عبر الإنترنت أو البريد أو الهاتف). سيتم ترحيل الدولارات غير المنفقة من ربع إلى آخر، ثم تنتهي صلاحيتها مع نهاية السنة التقويمية 2026. لا يمكن شراء المستلزمات المتاحة من دون وصفة طبية إلا من الكتالوج الخاص بنا أو بائعي التجزئة المعتمدين. للحصول على نسخة من الكتالوج، يُرجى التواصل مع المسؤول عن الميزة في Providence أو خدمة عملائها.	من دون وصفة طبية (OTC) نمنحك بطاقة خصم مزودة مسبقًا ببدل يبلغ 40 دولارًا كل ثلاثة شهور لشراء مستلزمات الصحة والعافية المتاحة من دون وصفة طبية (OTC). يتم ترحيل البدل كل ثلاثة شهور، وتنتهي صلاحيته بعد الساعة 11:59 مساءً من يوم 31 ديسمبر سنويًا. يمكنك شراء مستلزمات الصحة المؤهلة المتاحة من دون وصفة طبية من صيدليات البيع بالتجزئة المشاركة في منطقتك. أو للحصول على تجربة خالية من التلامس، يمكنك الطلب من الكتالوج عبر الهاتف أو الموقع الإلكتروني أو البريد. يُرجى ملاحظة أن المنتجات الموجودة في الكتالوج متاحة للتوصيل المنزلي فقط. بالإضافة إلى ذلك، لا يجوز شراء المنتجات من خلال أي موردين آخرين أو قنوات أخرى غير تلك الموضحة أعلاه. للحصول على المساعدة أو الحصول على قائمة بالمنتجات المصرح بها وصيديات البيع بالتجزئة، تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts لنطرح جميع الأسئلة أو المخاوف الأخرى، يُرجى الاتصال بشركة Providence Health Assurance على الرقم 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 ويمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711.
لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات الإقامة الجزئية في المستشفى التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).	خدمات الإقامة الجزئية في المستشفى وخدمات المرضى الخارجيين المكثفة* <i>الإقامة الجزئية في المستشفى عبارة عن برنامج منظم للعلاج النفسي النشط يُقدم كخدمة للمرضى الخارجيين في المستشفى أو بواسطة مركز مجتمعي للصحة النفسية وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج النفسي أو اختصاصي العلاج الأسري والزوجي (LMFT) أو المستشار المهني المرخص وهو بديل للإقامة في المستشفى كمرضى داخلي.</i> <i>خدمة المرضى الخارجيين المكثفة عبارة عن برنامج منظم للعلاج السلوكي (النفسي) النشط يُقدم في قسم مخصص للمرضى الخارجيين في مستشفى أو مركز مجتمعي للصحة النفسية أو مركز صحي مؤهل على المستوى الفيدرالي أو عيادة صحية في منطقة ريفية وهو أكثر كثافة من الرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج النفسي أو اختصاصي العلاج الأسري والزوجي (LMFT) أو المستشار المهني المرخص وهو أقل كثافة من الإقامة الجزئية في المستشفى.</i> تتولى Providence Health Assurance خدمات الصحة النفسية. ويجب التواصل مع Providence Health Assurance للحصول على التصاريح. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
نظام الاستجابة الشخصية للطوارئ (PERS) يمنحك نظام الاستجابة الشخصية للطوارئ (PERS) إمكانية الحصول على المساعدة في حالات الطوارئ على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ما عليك سوى الضغط على الزر في جهازك للتحدث إلى مُشغِّل مدرب ينسق توجيه فرق الطوارئ إلى موقعك. تتضمن الخدمات المغطاة: • شحن الجهاز المحمول ووحدة القاعدة وتسليمه • تقنية نظام تحديد المواقع لتحديد موقعك في أثناء حالة الطوارئ • تقنية الاكتشاف التلقائي للسقوط يُرجى ملاحظة ما يأتي: لا تتم تغطية المراقبة عن بُعد عبر الفيديو. للتواصل مع خدمة العملاء أو التسجيل، تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات نظام الاستجابة الشخصية للطوارئ (PERS).
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب تتضمن الخدمات المغطاة: • خدمات الرعاية الطبية أو الجراحة الضرورية من الناحية الطبية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو مركز معتمد لجراحة اليوم الواحد أو قسم مخصص للمرضى الخارجيين في مستشفى أو أي موقع آخر • الاستشارة والتشخيص والعلاج بواسطة اختصاصي	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة لمقدم الرعاية الأولية يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة اختصاصي يشملها برنامج Medicare. لمعرفة مبلغ تقاسم التكاليف لفحص السمع والتوازن، يُرجى الاطلاع على قسم "خدمات السمع" في جدول المزايا الطبية هذا.
• فحوصات السمع والتوازن الأساسية التي يجريها مقدم الرعاية الأولية أو الاختصاصي، إذا طلبها طبيبك لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي	

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك: الرعاية الأولية والمتخصصة ورعاية الصحة النفسية وعلاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية و المخدرات والتمارين الرياضية الخاضعة للإشراف والعلاج الوظيفي والعلاج الطبيعي وخدمات أمراض النطق واللغة والتنقيف بشأن أمراض الكلى والإدارة الذاتية لداء السكري والاستشارة وزيارات المتابعة بعد البقاء في المستشفى أو الخضوع لجراحة أو زيارة قسم الطوارئ. ○ يمكنك اختيار الحصول على هذه الخدمات من خلال الزيارة الشخصية أو عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد. وإذا اخترت الحصول على إحدى هذه الخدمات عن طريق الرعاية الصحية عن بُعد، فيجب عليك التعامل مع مقدم رعاية ضمن الشبكة يقدم الخدمة عن بُعد. ○ سيتم تقديم الخدمات عن طريق التواصل التفاعلي عبر الصوت والفيديو عندما يرى مقدم الخدمة ضمن الشبكة ذلك مناسباً من الناحية السريرية. • بعض خدمات الرعاية الصحية عن بُعد، بما في ذلك الاستشارة والتشخيص والعلاج بواسطة طبيب أو ممارس، للمرضى في بعض المناطق الريفية أو المواقع الأخرى المعتمدة من برنامج Medicare • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للزيارات الشهرية المرتبطة بمرض الكلى في المرحلة النهائية للأعضاء المشتركين في الغسيل الكلوي المنزلي، سواء في مركز للغسيل الكلوي موجود في مستشفى أو مستشفى للوصول الحرج أو مرفق للغسيل الكلوي أو منزل العضو • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص أعراض السكتة الدماغية أو تقييمها أو علاجها، بغض النظر عن موقعك • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد للأعضاء الذين يعانون من اضطراب تعاطي المخدرات أو اضطراب نفسي مصاحب، بغض النظر عن موقعهم • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لتشخيص اضطرابات الصحة النفسية أو تقييمها أو علاجها في الحالات الآتية: ○ إذا قمت بزيارة شخصية خلال 6 شهور قبل زيارتك الأولى عن بُعد ○ إذا كنت تقوم بزيارة شخصية كل 12 شهرًا في أثناء تلقي خدمات الرعاية الصحية عن بُعد هذه ○ يمكن تطبيق استثناءات على ما ورد أعلاه في حالات معينة • خدمات الرعاية الصحية عن بُعد لزيارات الصحة النفسية التي تقدمها العيادات الصحية في المناطق الريفية والمراكز الصحية المؤهلة على المستوى الفيدرالي • المتابعات الافتراضية (على سبيل المثال، عبر الهاتف أو محادثة الفيديو) مع طبيبك لمدة 5 إلى 10 دقائق إذا: ○ لم تكن مريضًا جديدًا و ○ لم تكن المتابعة مرتبطة بزيارة للعيادة في آخر 7 أيام و ○ لم تكن المتابعة ستؤدي إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل خدمات الرعاية الصحية الإضافية عن بُعد التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات الطبيب/الممارس، بما في ذلك زيارات عيادة الطبيب (تابع) - تقديم الفيديو و/أو الصور التي ترسلها إلى طبيبك، مع تقديم الطبيب التفسير اللازم والمتابعة خلال 24 ساعة إذا: - لم تكن مريضًا جديدًا و - لم يكن التقييم مرتبطًا بزيارة للعيادة في آخر 7 أيام و - لم يكن التقييم سيؤدي إلى زيارة العيادة خلال 24 ساعة أو في أقرب موعد متاح - الاستشارة التي يجريها طبيبك مع أطباء آخرين عبر الهاتف أو الإنترنت أو السجل الصحي الإلكتروني - الحصول على رأي ثانٍ من مقدم رعاية آخر ضمن الشبكة قبل الخضوع لجراحة - تقنية الوصول عن بُعد غير المشمولة بتغطية برنامج Medicare: نقدم إمكانية الوصول إلى مقدمي الرعاية ضمن الشبكة عبر - الاستشارات الهاتفية لخدمات الأدوية وإدارة المرض، مثل الاتصال بخط استشارات التمريض - رسائل البريد الإلكتروني من خلال تطبيق، مثل إرسال رسالة إلى فريق الرعاية المتابع لحالتك في MyChart - تغطي هذه الميزة رسوم خدمة مقدم الرعاية فقط، وليس أي رسوم منطبقة على العيادة أو المرفق. قد تنطبق عدة مبالغ لتقاسم التكاليف حسب الخدمات المقدمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات تقنية الوصول عن بُعد التي لا يشملها برنامج Medicare.
خدمات علاج القدمين تتضمن الخدمات المغطاة: - التشخيص والعلاج الطبي أو الجراحي لإصابات وأمراض القدمين (مثل إصبع القدم المطرقية أو الشوكة العظمية) - العناية الروتينية بالقدم للأعضاء المصابين بحالات طبية معينة تؤثر في الأطراف السفلية يُرجى ملاحظة ما يأتي: قد ينطبق مبلغ منفصل لتقاسم التكاليف إذا تم تقديم خدمات إضافية و/أو إذا تم تقديم خدمات علاج القدمين المغطاة في مرفق مخصص للمرضى الخارجيين في المستشفى أو مركز جراحة اليوم الواحد.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة خاصة بعلاج القدمين يشملها برنامج Medicare. يُرجى الرجوع إلى "جراحة المرضى الخارجيين، بما في ذلك الخدمات المقدمة في المرافق المخصصة للمرضى الخارجيين في المستشفيات ومراكز جراحة اليوم الواحد" لمعرفة الخدمات المقدمة في مرافق المرضى الخارجيين. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادة ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) للوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية إذا لم تكن مصابًا بفيروس نقص المناعة البشرية، ولكن حدد طبيبك أو ممارس آخر للرعاية الصحية أنك معرض لخطورة عالية للإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية، فسنقوم بتغطية أدوية العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP) والخدمات ذات الصلة. إذا كنت مؤهلاً، فستضمن الخدمات المغطاة: • الأدوية الفموية أو القابلة للحقن المعتمدة من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية للعلاج الوقائي قبل التعرض. إذا كنت تتلقى دواءً قابلاً للحقن، فسنقوم أيضًا بتغطية رسوم حقن الدواء. • ما يصل إلى 8 جلسات استشارية (بما في ذلك تقييم خطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية وتقليل خطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية والالتزام بالأدوية) كل 12 شهرًا. • ما يصل إلى 8 فحوصات لفيروس نقص المناعة البشرية كل 12 شهرًا. فحص واحد لفيروس التهاب الكبد الوبائي ب.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لميزة العلاج الوقائي قبل التعرض (PrEP).
 فحوصات سرطان البروستاتا للرجال بعمر 50 عامًا وأكبر، تتضمن الخدمات المغطاة ما يأتي، مرة واحدة كل 12 شهرًا: • فحص المستقيم الرقمي • اختبار مستضد البروستاتا النوعي (PSA) يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لاختبار مستضد البروستاتا النوعي (PSA) السنوي. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحص المستقيم الرقمي الذي يشمل برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الأجهزة التعويضية والتقويمية والمستلزمات ذات الصلة الأجهزة (غير المرتبطة بالأسنان) التي تُستخدم لاستبدال عضو من أعضاء الجسم أو وظيفة من وظائفه كليًا أو جزئيًا. يتضمن ذلك على سبيل المثال لا الحصر: اختبار الأجهزة التعويضية والتقويمية وتحديد قياسها والتدريب على استخدامها، بالإضافة إلى: أكياس فغر القولون والمستلزمات المرتبطة مباشرةً بعناية فغر القولون وأجهزة تنظيم ضربات القلب والدعامات والأحذية التعويضية والأطراف الصناعية والثدي الصناعي (بما في ذلك حمالة الصدر الجراحية بعد استئصال الثدي). يتضمن ذلك بعض المستلزمات المرتبطة بالأجهزة التعويضية والتقويمية وإصلاح هذه الأجهزة و/أو استبدالها. كما يتضمن بعض التغطية بعد إزالة المياه البيضاء أو جراحة المياه البيضاء، انتقل إلى رعاية البصر لاحقًا في هذا الجدول لمزيد من التفاصيل. يجب على خدمات الرعاية المنزلية من Providence أو مقدم خدمات آخر ضمن الشبكة توفير جميع الأجهزة التعويضية والمستلزمات المرتبطة بها. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأجهزة الصناعية والمستلزمات المرتبطة بها التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للضمادات والمستلزمات المنزلية والجبانر والأجهزة الأخرى المستخدمة في ردّ حالات الكسر والخلع التي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).
خدمات إعادة التأهيل الرئوي تتم تغطية برامج إعادة التأهيل الرئوي الشاملة للأعضاء المصابين بدرجات متوسطة إلى شديدة جدًا من داء الانسداد الرئوي المزمن (COPD) ولديهم أمر بالحصول على إعادة التأهيل الرئوي من الطبيب المعالج لمرض الجهاز التنفسي المزمن هذا. تقتصر زيارات إعادة التأهيل الرئوي على 36 جلسة خلال فترة 36 أسبوعًا. وإذا كان ذلك ضروريًا من الناحية الطبية، فقد تتلقى ما يصل إلى 36 جلسة إضافية.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة إعادة تأهيل رئوي يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).
تقنية الوصول عن بُعد نقدم إمكانية الوصول إلى مقدمي الرعاية ضمن الشبكة عبر • الاستشارات الهاتفية لخدمات الأدوية وإدارة المرض، مثل الاتصال بـ ProvRN • رسائل البريد الإلكتروني من خلال تطبيق، مثل إرسال رسالة إلى فريق الرعاية المتابع لحالتك في MyChart • منصة مخصصة مستندة إلى الويب لتحديد مواعيد الرعاية الطارئة في اليوم نفسه عند زيارة ExpressCare Virtual من Providence على جهاز لوحي أو هاتف ذكي أو كمبيوتر	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لخدمات تقنية الوصول عن بُعد التي لا يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 الفحص والإرشاد للحد من تعاطي الكحول نقوم بتغطية فحص واحد لتعاطي الكحول للبالغين (بمن فيهم السيدات الحوامل) الذين يتعاطون الكحول ولكن غير مدمنين له. إذا كانت نتيجة فحص تعاطي الكحول إيجابية، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى 4 جلسات إرشاد موجزة وجهًا لوجه كل عام (إذا كنت واعيًا ومتزنًا في أثناء جلسات الإرشاد) يقدمها طبيب أو ممارس مؤهل في الرعاية الأولية في مرفق الرعاية الأولية. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للميزة الوقائية الخاصة بفحص وإرشاد الحد من تعاطي الكحول التي يشملها برنامج Medicare.
 فحص الكشف عن سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة (LDCT)* تتم تغطية التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة كل 12 شهرًا للأشخاص المؤهلين. يشمل الأعضاء المؤهلون: الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 50 و77 عامًا ولا تظهر عليهم علامات أو أعراض الإصابة بسرطان الرئة، ولكن لديهم سجل بتدخين التبغ بما لا يقل عن 20 علبة/سنة سواء كانوا ما زالوا يدخنون أو أوقفوا عن التدخين خلال آخر 15 عامًا وحصلوا على أمر بالخضوع للتصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة في أثناء زيارة استشارية لفحص سرطان الرئة تتضمن اتخاذ قرار مشترك تستوفي معايير برنامج Medicare الخاصة بهذا النوع من الزيارات وقد قدمها طبيب أو ممارس مؤهل من غير الأطباء. بالنسبة إلى فحوصات سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة بعد فحص التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة الأولي: يجب أن يحصل الأعضاء على أمر للخضوع لفحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب الذي قد يُقدم في أثناء أي زيارة مناسبة لطبيب أو ممارس مؤهل من غير الأطباء. إذا قرر الطبيب أو الممارس المؤهل من غير الأطباء تقديم زيارة استشارية لفحص سرطان الرئة تتضمن اتخاذ قرار مشترك لفحوصات سرطان الرئة اللاحقة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب، فيجب أن تستوفي الزيارة معايير برنامج Medicare الخاصة بهذا النوع من الزيارات. يجب على مقدم الرعاية الذي طلب التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة تنسيقه من خلال المسؤول عن ميزة التصوير. تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة. *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لزيارة فحص سرطان الرئة الاستشارية التي تتضمن اتخاذ قرار مشترك أو لفحص التصوير المقطعي المحوسب المنخفض الجرعة الذي يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 فحص عدوى فيروس التهاب الكبد الوبائي ج نقوم بتغطية فحص التهاب الكبد الوبائي ج إذا طلبه طبيب الرعاية الأولية أو مقدم رعاية مؤهل آخر وكنت تستوفي أحد الشروط الآتية: • إذا كنت معرضًا لخطورة عالية لأنك تستخدم أو استخدمت عقاقير غير مشروعة عن طريق الحقن. • إذا خضعت لنقل الدم قبل 1992. • إذا كان تاريخ ميلادك بين 1945 و 1965. إذا كان تاريخ ميلادك بين 1945 و 1965 ولا تُعد معرضًا لخطورة عالية، فسنتحمل تكاليف الفحص مرة واحدة. إذا كنت معرضًا لخطورة عالية (على سبيل المثال، استمرت في استخدام عقاقير غير مشروعة عن طريق الحقن منذ اختبار فحص التهاب الكبد الوبائي ج السلبي السابق) فسنقوم بتغطية تكاليف الفحوصات السنوية.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحص فيروس التهاب الكبد الوبائي ج الذي يشملته برنامج Medicare.
 فحص العدوى المنقولة جنسيًا (STIs) والإرشاد للوقاية منها نقوم بتغطية فحوصات العدوى المنقولة جنسيًا (STI) لداء المتدثرة ومرض السيلان ومرض الزهري و التهاب الكبد الوبائي ب. تشمل التغطية هذه الفحوصات للسيدات الحوامل وبعض الأشخاص المعرضين لخطورة عالية للإصابة بعدوى منقولة جنسيًا عندما يطلب مقدم رعاية أولية الاختبارات. نقوم بتغطية هذه الاختبارات مرة كل 12 شهرًا أو في أوقات معينة في أثناء الحمل. نقوم أيضًا بتغطية ما يصل إلى جلستين من جلسات الإرشاد السلوكية المكثفة والمقدمة وجهًا لوجه مدة تتراوح بين 20 و 30 دقيقة كل عام للبالغين النشطين جنسيًا المعرضين لخطورة عالية للإصابة بالأمراض المنقولة جنسيًا. نقوم بتغطية جلسات الإرشاد هذه كخدمة وقائية فقط في حال قدمها مقدم رعاية أولية في مرفق للرعاية الأولية، مثل عيادة الطبيب. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للميزة الوقائية الخاصة بفحص الأمراض المنقولة جنسيًا والإرشاد الخاص بها التي يشملها برنامج Medicare.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
خدمات علاج أمراض الكلى* تتضمن الخدمات المغطاة: • خدمات التنقيف بأمراض الكلى لتعليم كيفية العناية بالكلى ومساعدة الأعضاء على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن رعايتهم الصحية. عندما يحيل الطبيب الأعضاء المصابين بالمرحلة الرابعة من مرض الكلى المزمن، نقوم بتغطية ما يصل إلى 6 جلسات من خدمات التنقيف بشأن أمراض الكلى طوال حياة العضو • علاجات الغسيل الكلوي للمرضى الخارجيين (بما في ذلك علاجات الغسيل الكلوي عندما يكون المريض خارج منطقة الخدمة بشكل مؤقت، على النحو الموضح في الفصل 3 أو عندما يكون مقدم الرعاية غير متاح بشكل مؤقت) • علاجات الغسيل الكلوي للمرضى الداخليين (إذا دخلت المستشفى كمريض داخلي للحصول على رعاية خاصة) • يُرجى الرجوع إلى قسم "رعاية المرضى الداخليين بالمستشفى" في جدول المزايا الطبية هذا لمعرفة مبالغ تقاسم التكاليف للإقامة في المستشفى كمريض داخلي. • التدريب على الغسيل الكلوي الذاتي (بما في ذلك تدريبك وتدريب الآخرين الذين يقدمون إليك المساعدة في علاجات الغسيل الكلوي المنزلي) • معدات الغسيل الكلوي المنزلي ومستلزماته • بعض خدمات الدعم المنزلي (على سبيل المثال، زيارات من كوادر مدربة على الغسيل الكلوي عند الضرورة لمتابعة الغسيل الكلوي المنزلي والمساعدة في حالات الطوارئ وفحص معدات الغسيل الكلوي المنزلي وإمدادات المياه) تتم تغطية بعض أدوية الغسيل الكلوي ضمن الجزء B من برنامج Medicare. للحصول على المعلومات بشأن التغطية لأدوية الجزء B، انتقل إلى أدوية الجزء B من برنامج Medicare في هذا الجدول. *قد تتطلب بعض الخدمات تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل خدمة تنقيف بشأن أمراض الكلى يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لعلاج الغسيل الكلوي الذي يشملها برنامج Medicare. لا توجد تكاليف إضافية لعلاجات الغسيل الكلوي التي تحصل عليها في أثناء الإقامة في المستشفى كمريض داخلي التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للتدريب على الغسيل الكلوي الذاتي الذي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لمعدات الغسيل الكلوي المنزلي ومستلزماته التي يشملها برنامج Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة للرعاية المنزلية يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خط أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
رعاية مرفق التمريض المتخصص (SNF)* (للحصول على تعريف رعاية مرفق التمريض المتخصص، انتقل إلى الفصل 12. يُشار أحياناً إلى مرافق التمريض المتخصص بالاختصار SNFs). تغطي خطتك ما يصل إلى 100 يوم في كل فترة استحقاق. لا يشترط وجود إقامة سابقة في المستشفى. تتضمن الخدمات المغطاة على سبيل المثال لا الحصر: ● غرفة شبه خاصة (أو غرفة خاصة إذا كان ذلك ضرورياً من الناحية الطبية) ● الوجبات، بما فيها وجبات الأنظمة الغذائية الخاصة ● خدمات التمريض المتخصص ● العلاج الطبيعي والعلاج الوظيفي وعلاج النطق ● الأدوية التي تُعطى لك كجزء من خطة الرعاية الخاصة بنا (يشمل ذلك المواد الموجودة بشكل طبيعي في الجسم، مثل عوامل تجلط الدم). ● الدم - بما في ذلك تخزينه ونقله إلى المريض. لا تبدأ التغطية الخاصة بالدم الكامل وخلايا الدم الحمراء المعبأة إلا مع رابع وحدة دم تحتاج إليها، ويجب عليك إما دفع تكاليف أول 3 وحدات دم تحصل عليها في سنة تقويمية أو الحصول على الدم عن طريق تبرع منك أو من شخص آخر. وتتم تغطية جميع مكونات الدم الأخرى بدءاً من أول وحدة مستخدمة. ● المستلزمات الجراحية والطبية التي عادةً ما تقدمها مرافق التمريض المتخصص ● اختبارات المختبر التي عادةً ما تقدمها مرافق التمريض المتخصص ● الأشعة السينية وغيرها من خدمات الأشعة التي عادةً ما تقدمها مرافق التمريض المتخصص ● استخدام الأجهزة الطبية، مثل الكراسي المتحركة التي عادةً ما تقدمها مرافق التمريض المتخصص ● خدمات الطبيب/الممارس بشكل عام، تحصل على رعاية مرفق التمريض المتخصص من المرافق الموجودة ضمن الشبكة. في بعض الحالات المذكور أدناه، قد تتمكن من دفع مبلغ تقاسم التكاليف للرعاية ضمن الشبكة لمرفق ليس من مقدمي الرعاية ضمن الشبكة، إذا وافق المرفق على مبالغ الدفع المحددة في خطتنا. ● دار الرعاية أو مجتمع التقاعد للرعاية المستمرة الذي كنت تعيش فيه قبل دخول المستشفى (ما دام يقدم رعاية مرفق التمريض المتخصص) ● مرفق التمريض المتخصص الذي يعيش فيه زوجك أو شريكك في الوقت الذي تغادر فيه المستشفى *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحاً مسبقاً. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع عن اليوم الأول حتى اليوم 100 من فترة الاستحقاق. تبدأ فترة الاستحقاق من اليوم الذي تزور فيه مرفقاً للتمريض المتخصص وتنتهي عندما لا تتلقى أي رعاية متخصصة في مرفق التمريض المتخصص هذا مدة 60 يوماً على التوالي. إذا زرت مرفقاً للتمريض المتخصص بعد انتهاء فترة استحقاق، فستبدأ فترة استحقاق جديدة. تُحتسب جميع فترات الإقامة في مرفق التمريض المتخصص ضمن فترة الاستحقاق بغض النظر عن الحالة. تستند مزايا مرفق التمريض المتخصص إلى التاريخ الميلادي. لا يوجد حد أقصى لعدد فترات الاستحقاق. إذا تم إدخالك إلى المرفق في عام 2026 ولم تخرج منه حتى عام 2027، فقد يختلف مبلغ الدفع المشترك عن كل يوم. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
 الإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ (الإرشاد للتوقف عن التدخين أو التبغ) تتم تغطية الإرشاد الخاص بالإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ للمرضى الخارجيين والمرضى المقيمين في المستشفى الذين يستوفون المعايير الآتية: • أن يتعاطوا التبغ، سواء ظهرت عليهم علامات أو أعراض للإصابة بمرض مرتبط بتعاطي التبغ أم لا • أن يكونوا واعين ومتزنيين في أثناء جلسات الإرشاد • أن يقدم طبيب مؤهل أو ممارس آخر معتمد من Medicare الإرشاد نقوم بتغطية محاولتين للإقلاع في السنة (قد تتضمن كل محاولة 4 جلسات متقطعة أو مكثفة بحد أقصى، بحيث يحصل المريض على 8 جلسات في السنة). يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة. نقوم بتغطية البرنامج الهاتفي للإقلاع عن التدخين، بما في ذلك مستلزمات البرنامج مثل العلاج البديل للنيكوتين. هل أنت مستعد للحصول على الدعم لمدة 12 شهرًا؟ تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للميزة الوقائية الخاصة بالإقلاع عن التدخين وتعاطي التبغ التي يشملها برنامج Medicare.
 المزايا الإضافية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) الشخص المسجل المصاب بمرض مزمن هو فرد: • يعاني من حالة واحدة أو أكثر من الحالات المزمنة المعقدة طبيًا والمصحوبة بأمراض أخرى (15 حالة مذكورة أدناه)، وتكون مهددة للحياة أو تقيد بشكل كبير الصحة العامة أو قدرة الشخص المسجل على القيام بوظائفه؛ • معرض بشكل كبير لدخول المستشفى أو حدوث نتائج صحية سلبية أخرى؛ • ويحتاج إلى تنسيق مكثف لخدمات الرعاية الصحية. قائمة الأمراض المزمنة: (1) اضطراب تعاطي الكحول المزمن واضطرابات تعاطي المخدرات (SUD) الأخرى. (2) اضطرابات المناعة الذاتية: (1) التهاب الشرايين العقدي. (2) ألم العضلات الروماتيزمي. (3) التهاب العضلات المتعدد.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للبرنامج الهاتفي للإقلاع عن التدخين.
 المزايا الإضافية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) (تابع)	

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
(4) التهاب الجلد والعضلات. (5) التهاب المفاصل الروماتويدي. (6) الذئبة الحمامية الجهازية. (7) التهاب المفاصل الصدفي. (8) تصلب الجلد. (3) السرطان. (4) اضطرابات القلب والأوعية الدموية: (1) اضطراب نظم القلب. (2) مرض الشريان التاجي. (3) مرض الأوعية الدموية المحيطية. (4) مرض صمامات القلب. (5) فشل القلب المزمن. (6) الخرف. (7) داء السكري. (8) زيادة الوزن والسمنة ومتلازمة الأيض. (9) أمراض الجهاز الهضمي المزمنة: (1) أمراض الكبد المزمنة. (2) مرض الكبد الدهني غير الكحولي (NAFLD). (3) التهاب الكبد الوبائي ب. (4) التهاب الكبد الوبائي ج. (5) التهاب البنكرياس. (6) متلازمة القولون العصبي. (7) مرض الأمعاء الالتهابي. (10) مرض الكلى المزمن (CKD): (1) مرض الكلى المزمن الذي يتطلب غسيل كلوي/مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD). (2) مرض الكلى المزمن الذي لا يتطلب غسيل كلوي. (11) اضطرابات الدم الشديدة: (1) فقر الدم اللاتنسجي. (2) الهيموفيليا. (3) فرقية نقص الصفائح المناعية. (4) متلازمة خلل التنسج النقوي. (5) مرض الخلايا المنجلية (باستثناء السمة المنجلية). (6) اضطراب الانصمام الخثاري الوريدي المزمن. (12) فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز. (13) أمراض الرئة المزمنة: (1) الربو، التهاب الشعب الهوائية المزمن. (2) التليف الكيسي. المزايا الإضافية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) (تابع)	

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
(3) النفاخ الرئوي. (4) التليف الرئوي. (5) ارتفاع ضغط الدم الرئوي. (6) مرض الانسداد الرئوي المزمن (COPD). (14) الأمراض النفسية المزمنة المسببة للإعاقة: (1) الاضطراب الثنائي القطب. (2) الاضطراب الاكتئابي الكبير. (3) الاضطراب الزوراني. (4) الفصام. (5) الاضطراب الفصامي العاطفي. (6) اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD). (7) اضطرابات الأكل. (8) اضطرابات القلق. (15) الاضطرابات العصبية: (1) التصلب الجانبي الضموري (ALS). (2) الصرع. (3) الشلل الواسع (مثل: شلل نصفي، شلل رباعي، شلل سفلي، شلل أحادي). (4) مرض هنتنغتون. (5) التصلب المتعدد. (6) مرض باركنسون. (7) اعتلال الأعصاب المتعدد. (8) الألم العضلي الليفي. (9) متلازمة التعب المزمن. (10) إصابات الحبل الشوكي. (11) التضيق الشوكي. (12) العجز العصبي الناتج عن السكتة الدماغية. (16) السكتة الدماغية. (17) رعاية ما بعد زراعة الأعضاء. (18) اضطرابات نقص المناعة واضطرابات تثبيط المناعة. (19) الأمراض المرتبطة بالضعف الإدراكي: (1) مرض الزهايمر. (2) الإعاقات الذهنية والنمائية. (3) إصابات الدماغ الرضحية. (4) الأمراض النفسية المسببة للإعاقة المرتبطة بالضعف الإدراكي. (5) الضعف الإدراكي البسيط.	

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
المزايا الإضافية الخاصة للمصابين بأمراض مزمنة (SSBCI) (تابع) (20) الأمراض المصاحبة للتحديات الوظيفية والتي تتطلب خدمات مشابهة، بما في ذلك: (1) إصابات الحبل الشوكي. (2) الشلل. (3) فقدان الأطراف. (4) السكتة الدماغية. (5) التهاب المفاصل. (21) الحالات المزمنة التي تضعف البصر والسمع (الصمم) والتذوق واللمس والشم. (22) الحالات التي تتطلب خدمات علاجية مستمرة ليتمكن الأفراد من الحفاظ على قدراتهم الوظيفية. ميزة الأغذية والمنتجات الطازجة يمكنك استخدام البديل في متاجر معتمدة مثل Walgreens و Safeway و Fred Meyer و QFC و CVS و Walmart و Dollar General / Family Dollar. قد تتغير متاجر التجزئة في أي وقت. سنتلقى إشعارًا بذلك عند الضرورة. تتضمن الأمثلة على الأغذية والمنتجات الطازجة ما يأتي: الخبز ومنتجات الألبان والفواكه والخضراوات واللحوم والمأكولات البحرية والأرز والمعكرونة والبيض وبدائل البيض. خدمات النقل للأغراض غير الطبية النقل للأغراض غير الطبية هو النقل الذي لا يتعلق بمواعيد طبية، مثل الرحلات من المواقع الآتية وإليها: ○ مراكز اللياقة البدنية (الصالات الرياضية) والأنشطة الاجتماعية المرتبطة بالعافية مثل أماكن الترفيه والمراكز المجتمعية والحدائق ومراكز التسوق التي تُستخدم لممارسة المشي. ○ الصيدليات ○ متاجر البقالة ○ بنوك الطعام ○ مراكز كبار السن ○ الكنائس ○ البنوك ومؤسسات الشؤون المالية ○ صالونات الحلاقة والتجميل ○ زيارة العائلة تتم تغطية 24 رحلة باتجاه واحد من رحلات النقل للأغراض غير الطبية. هل تريد جدولاً رحلة لنشاط قادم؟ تفضل بزيارة www.ProvidenceHealthAssurance.com/partnercontacts للحصول على معلومات التواصل بشأن الميزة.	يحصل الأعضاء المؤهلون على بدل بقيمة 200 دولار كل ثلاثة شهور يمكن استخدامه للأغذية والمنتجات الطازجة. سيتم ترحيل الدولارات غير المنفقة من ربع إلى آخر، ثم تنتهي صلاحيتها مع نهاية السنة الميلادية 2026. بالنسبة إلى العضو المؤهل، لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لما يصل إلى 24 رحلة باتجاه واحد (بحد أقصى 25 ميلاً لكل اتجاه) في السنة الميلادية.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف (SET) تتم تغطية العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف للأعضاء الذين يعانون من مرض الشريان المحيطي (PAD) المصحوب بأعراض). تتم تغطية ما يصل إلى 36 جلسة على مدار 12 أسبوعًا في حالة استيفاء متطلبات برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف. يجب أن يتميز برنامج العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف بما يأتي: • أن يشتمل على جلسات مدتها 30 إلى 60 دقيقة ويحتوي على برنامج تدريبي علاجي لمرض الشريان المحيطي لدى المرضى الذين يعانون من العرج • أن يُجرى في مرفق مخصص للمرضى الخارجيين في مستشفى أو عيادة طبيب • أن تقدمه كواحد مساعدة مؤهلة ممن تلقوا تدريبًا في العلاج بالتمارين الرياضية لمرض الشريان المحيطي لضمان أن تكون الفوائد أكبر من المخاطر • أن يخضع لإشراف مباشر من طبيب أو مساعد طبيب أو ممرض ممارس/اختصاصي تمرير إكلينيكي يجب أن يكون مدربًا على أساليب دعم الحياة الأساسية والمتقدمة يمكن تغطية العلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف لأكثر من 36 جلسة خلال 12 أسبوعًا، بما يصل إلى 36 جلسة إضافية على فترة زمنية ممتدة، إذا وجد مقدم الرعاية ذلك ضروريًا من الناحية الطبية.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل خدمة متعلقة بالعلاج بالتمارين الرياضية تحت الإشراف يشملها برنامج Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات التي يغطيها برنامج Medicare وعادةً ما تغطيها خطة ولاية أوريغون الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الخدمات العاجلة تُعد الخدمة التي تغطيها الخطة والتي تتطلب رعاية طبية فورية، والتي لا تُعد حالة طارئة، خدمة مطلوبة بشكل عاجل إذا كنت خارج نطاق تغطية خطتنا مؤقتًا، أو حتى إذا كنت داخل نطاق تغطية خطتنا، وكان من غير المعقول، بالنظر إلى وقتك ومكانك وظروفك، الحصول على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعة للشبكة. يجب أن تغطي خطتنا الخدمات العاجلة وأن تُطبق عليك فقط رسوم تقاسم التكاليف التابعة للشبكة. من أمثلة الخدمات العاجلة الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفافكات غير المتوقعة للحالات المرضية القائمة. من الناحية الطبية، لا تُعد زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية (مثل الفحوصات السنوية) ضرورية بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج نطاق تغطية خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا. تُطبق تغطية الرعاية العاجلة داخل الولايات المتحدة وأراضيها فقط. نحن نقدم إمكانية الوصول إلى مقدمي خدمات الرعاية العاجلة التابعين للشبكة من خلال منصة مخصصة على الويب للمواعيد الطبية في اليوم نفسه. قم بزيارة Providence ExpressCare Virtual على جهازك اللوحي أو هاتفك الذكي أو الكمبيوتر.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل زيارة رعاية عاجلة مشمولة بتغطية Medicare. إذا تم إدخالك إلى المستشفى خلال 24 ساعة من زيارتك لمركز الرعاية العاجلة، فلن يتعين عليك سداد الدفع المشترك الخاص بزيارة مركز الرعاية العاجلة. إذا كنت تتلقى رعاية عاجلة في مستشفى خارج الشبكة وتحتاج إلى رعاية داخلية بمجرد استقرار حالتك، فيجب عليك الحصول على موافقة الخطة على هذه الرعاية الداخلية. في حالة الموافقة، ستكون التكلفة هي نفسها كما لو كنت قد تلقيت الرعاية الداخلية من مستشفى تابعة للشبكة. راجع قسم "خدمات المستشفى للمرضى الداخليين" في مخطط المزايا الطبية هذا للحصول على معلومات حول تقاسم تكاليف المرضى الداخليين. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات المشمولة بتغطية Medicare وعادةً ما تغطيها خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الرعاية البصرية تتضمن الخدمات المشمولة بالتغطية: • خدمات الطبيب الخارجي لتشخيص أمراض وإصابات العين وعلاجها، بما في ذلك علاج الضمور البقعي المرتبط بالعمر. لا يغطي Original Medicare فحوصات العين الروتينية (انكسار العين) للنظارات/العصاة اللاصقة •  بالنسبة إلى الأشخاص المعرضين لخطر كبير للإصابة بالجلوكوما، فإننا نغطي تكلفة فحص واحد للجلوكوما كل عام. الأشخاص المعرضون لخطر الإصابة بالجلوكوما هم: الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما، والأشخاص المصابين بمرض السكري، والأمريكيين من أصل أفريقي الذين تبلغ أعمارهم 50 عامًا أو أكثر، والأمريكيين من أصل إسباني الذين تبلغ أعمارهم 65 عامًا أو أكثر • بالنسبة إلى الأشخاص المصابين بمرض السكري، تتم تغطية تكلفة فحص اعتلال الشبكية السكري مرة واحدة في السنة	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لكل فحص مشمول بتغطية Medicare لتشخيص أمراض وحالات العين وعلاجها. يرجى ملاحظة: قد يتم تطبيق تقاسم تكاليف منفصل إذا تم تقديم خدمات إضافية، مثل الأدوية التي يتم إعطاؤها في أثناء زيارتك. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للفحص الوقائي السنوي للجلوكوما المشمول بتغطية Medicare. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحص اعتلال الشبكية السكري المشمول بتغطية Medicare واحدة لكل سنة تقويمية.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الرعاية البصرية (تابع) مستلزمات الرؤية • بعد عملية إعتام عدسة العين: تغطي خطتك تكلفة زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة بعد كل جراحة إعتام عدسة العين، بما في ذلك تركيب عدسة داخل العين. (إذا خضعت لعمليتي إعتام عدسة عين منفصلتين، فلا يمكنك الاحتفاظ بميزة التغطية بعد الجراحة الأولى وشراء نظارتين بعد الجراحة الثانية.) • مستلزمات الرؤية الطبية*: تُدرج مستلزمات الرؤية الطبية ضمن ميزة "الأجهزة الاصطناعية واللوازم ذات الصلة". *قد تتطلب هذه الخدمة تصريحًا مسبقًا. راجع القسم 2 من هذا الفصل للحصول على التفاصيل.	لا يوجد تأمين مشترك، أو دفع مشترك، أو مبلغ مستقطع على زوج واحد من النظارات أو العدسات اللاصقة المشمولة بتغطية Medicare بعد كل جراحة إعتام عدسة العين. لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للأجهزة الاصطناعية والإمدادات ذات الصلة المشمولة بتغطية Medicare. بالنسبة إلى بعض الأعضاء، قد تدفع خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) فقط المبالغ الخاصة بتقاسم التكاليف للخدمات المشمولة بتغطية Medicare وعادةً ما تغطيها خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).
الرعاية البصرية (روتينية غير مشمولة بتغطية Medicare) تتضمن الخدمات المشمولة بالتغطية: • فحص العين الروتيني: تغطي خطتنا فحصًا روتينيًا واحدًا لانكسار العين سنويًا. الغرض من هذا الفحص هو التحقق من رؤيتك لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى نظارات تصحيحية أو نظارات طبية محدثة أو وصفات عدسات لاصقة. فحص الانكسار هو الجزء من الزيارة الطبية الذي يُحدّد فيه مقاس نظارتك الطبية. يتم تضمين كلتا الخدمتين ضمن مزايا فحص العين الروتيني. لا تشمل هذه الميزة الفحوصات الخاصة بأمراض مثل التهاب الملتحمة، أو جفاف العين، أو الجلوكوما، أو إعتام عدسة العين. لا تعد هذه الخدمات جزءًا من الفحص الروتيني لانكسار العين كما هو محدد في هذه الميزة وستتم تغطيتها ضمن المزايا الطبية للجزء B. يرجى الرجوع إلى صف "الرعاية البصرية" أعلاه للحصول على تفاصيل حول مزايا الرعاية الطبية البصرية.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع لفحص العين الروتيني الواحد لكل سنة تقويمية. لا تقتصر خدماتك على مزود شبكة واحد، ما يعني أنه يمكنك رؤية أي مزود مؤهل لإجراء فحص روتيني للعين.

الخدمة المغطاة	ما ستدفعه
الرعاية البصرية (روتينية غير مشمولة بتغطية Medicare) (تابع) • مستلزمات الرؤية الروتينية: + تشمل خطتك النظارات الطبية أو العدسات اللاصقة الروتينية كل عام. + لا يُحتسب مبلغ تقاسم تكاليف أجهزة الرؤية الروتينية ضمن الحد الأقصى للنفقات المباشرة لخطتك.	لديك مخصص يصل إلى 150 دولارًا أمريكيًا سنويًا لكل مجموعة من العدسات اللاصقة الطبية الروتينية، و/أو العدسات الطبية الروتينية، و/أو إطارات الرؤية الروتينية، و/أو الترقيات، مثل الصبغ. وهذا يعني أننا سندفع ما يصل إلى 150 دولارًا سنويًا مقابل مستلزمات الرؤية الروتينية. يتم تضمين خدمات تركيب العدسات اللاصقة الطبية الروتينية ضمن مزايا مستلزمات الرؤية الروتينية. أي مبلغ يُحصله مقدم الخدمة فوق الحد المسموح به فسيكون على مسؤوليتك. أنت لست مقيدًا بمقدم خدمة معتمد من الشبكة. يمكنك الحصول على مستلزمات الرؤية الروتينية من أي مقدم خدمة معتمد. يرجى العلم أن الحد المسموح به أعلاه هو نفسه لجميع مقدمي الخدمة. يرجى أن تطلب من مقدم الخدمة الخاص بك أن يرسل لنا فاتورة مقابل الخدمات باستخدام عنوان المطالبات الموجود على ظهر بطاقة هوية العضوية الخاصة بك. يمكنك أيضًا طلب استرداد الأموال منا.
 مرحباً بكم في زيارة الرعاية الوقائية من Medicare تغطي خطتنا الزيارة الوقائية لمرة واحدة مرحباً بكم في زيارة الرعاية الوقائية من Medicare. تشمل الزيارة مراجعة حالتك الصحية، بالإضافة إلى التثقيف والإرشاد بشأن الخدمات الوقائية التي تحتاجها (بما في ذلك فحوصات معينة وحقن وإحالات إلى رعاية أخرى إذا لزم الأمر). مهم: نحن نغطي تكلفة الزيارة الوقائية مرحباً بكم في Medicare فقط خلال أول 12 شهرًا من اشتراكك في الجزء B من Medicare. عند حجز موعدك، أخبر مكتب طبيبك أنك ترغب في تحديد موعد لزيارتك الوقائية مرحباً بكم في Medicare. يرجى ملاحظة ما يأتي: إذا تلقيت علاجًا أو متابعة لحالة طبية قائمة خلال الزيارة التي تحصل فيها على هذه الخدمة الوقائية، فقد ينطبق الدفع المشترك أو التأمين المشترك على الرعاية المتعلقة بالحالة الطبية القائمة.	لا يوجد تأمين مشترك أو دفع مشترك أو مبلغ مستقطع للزيارة الوقائية مرحباً بكم في Medicare.

القسم 3 الخدمات المغطاة خارج Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)؟

لا تتم تغطية الخدمات الآتية بواسطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) ولكنها متاحة من خلال خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid):

- مزايا خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) غير المشمولة بتغطية Medicare
- الرعاية الطويلة الأمد والخدمات المنزلية والمجتمعية

للحصول على قائمة مفصلة بمزايا خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid)، يرجى الرجوع إلى مستند ملخص المزايا لبرنامج Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) و/أو الاتصال بخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) أو منظمة الرعاية المنسقة لخطة أوريغون للرعاية الصحية.

القسم 4 الخدمات غير المغطاة من قبل خطتنا؟

يخبرك هذا القسم بالخدمات المستبعدة.

يوضح الرسم البياني أدناه الخدمات والعناصر التي لا تغطيها خطتنا تحت أي ظرف من الظروف أو تغطيها خطتنا فقط تحت ظروف محددة.

إذا كنت تحصل على خدمات مستبعدة (غير مشمولة بالتغطية)، فيجب عليك دفع ثمنها بنفسك باستثناء الشروط المحددة المذكورة أدناه. حتى لو حصلت على الخدمات المستبعدة في مرفق طوارئ، فإن الخدمات المستبعدة لا تزال غير مشمولة بالتغطية ولن تدفع خطتنا ثمنها. الاستثناء الوحيد هو الخدمة التي يتم استئنافها والقرار بشأن الاستئناف بأنها خدمة طبية كان ينبغي لنا أن ندفع ثمنها أو نغطيها بسبب حالتك المحددة. (للحصول على معلومات حول الاستئناف على القرار الذي اتخذناه بعدم تغطية الخدمة الطبية، انتقل إلى الفصل 9، القسم 6.3.)

الخدمات غير المشمولة بتغطية Medicare	تتم تغطيتها فقط في حالات معينة
الوخز بالإبر	متاح للأشخاص الذين يعانون من آلام أسفل الظهر المزمنة في ظل ظروف معينة.
جميع التكاليف المرتبطة بالأمومة البديلة	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
مطالبات الإسعاف في حالة رفض النقل (لا يوجد علاج)	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الأجهزة والمعدات واللوازم المستخدمة في المقام الأول للراحة أو الرفاهية، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، مكيفات الهواء، وأجهزة الترطيب، وحفاضات سلس البول	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
التشريح والخدمات المتعلقة به	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
رسوم المواعيد الفائتة أو استكمال نماذج المطالبة	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الحمل بالوسائل الاصطناعية، مثل التلقيح الصناعي، ونقل البويضات الملقحة داخل قناة فالوب، ونقل الأمشاج داخل قناة فالوب (GIFT)	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف

الخدمات غير المشمولة بتغطية Medicare	تتم تغطيتها فقط في حالات معينة
الجراحة أو الإجراءات التجميلية	- تتم تغطيتها في حالات الإصابة العرضية أو لتحسين وظيفة أحد أعضاء الجسم المشوهة. - تتم تغطيتها في جميع مراحل إعادة بناء الثدي بعد استئصاله، وكذلك الثدي غير المصاب للحصول على مظهر متماثل.
الرعاية الوصائية	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الرعاية الوصائية هي رعاية شخصية لا تتطلب الاهتمام المستمر من قبل طاقم طبي أو مساعد طبي مدرب، مثل الرعاية التي تساعدك على أداء أنشطة الحياة اليومية، مثل الاستحمام أو ارتداء الملابس.	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الاختبارات المباشرة للمستهلك (وتُعرف أيضًا بالاختبارات الذاتية أو الاختبارات المنزلية أو الاختبارات المتاحة من دون وصفة طبية) هي اختبارات تُباع مباشرة للأفراد عبر الإنترنت أو التليفزيون أو الإعلانات المطبوعة أو غيرها من المواد التسويقية	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الإجراءات أو الخدمات التجميلية الاختيارية أو الطوعية	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الإجراءات الطبية والجراحية التجريبية والمعدات والأدوية.	قد تتم تغطيتها بواسطة Original Medicare بموجب دراسة بحثية سريرية معتمدة من Medicare أو من خلال خطتنا. (انتقل إلى الفصل 3، القسم 5 لمزيد من المعلومات حول الدراسات البحثية السريرية.)
وتُعرف العناصر والإجراءات التجريبية بأنها تلك التي يعتبرها Original Medicare غير مقبولة بشكل عام من قبل المجتمع الطبي.	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الرسوم التي يتقاضاها أقاربك المباشرون أو أفراد أسرته مقابل الرعاية	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
رعاية تمريضية بدوام كامل في منزلك وجبات الضيوف في المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
وجبات يتم توصيلها إلى المنزل	تتم تغطيتها بعد الإقامة المؤهلة في المستشفى للمرضى الداخليين.
تشمل خدمات رعاية المنزل المساعدة المنزلية الأساسية، بما في ذلك أعمال التنظيف الخفيفة أو إعداد وجبات خفيفة.	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
إضافات العدسات لأجهزة إعتام عدسة العين (أي الصيغات، والطلاء المضاد للانعكاس، والعدسات التقدمية، والعدسات كبيرة الحجم، وما إلى ذلك)، ما لم تكن ضرورية طبيًا	تتم تغطيتها فقط عندما يكون ذلك ضروريًا من الناحية الطبية.
الأدوية الموصوفة من Medicare الجزء B للسفر خارج الولايات المتحدة وأراضيها	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
خدمات العلاج الطبيعي (تستخدم العلاجات الطبيعية أو البديلة)	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف

الخدمات غير المشمولة بتغطية Medicare	تتم تغطيتها فقط في حالات معينة
وسائل النقل في الحالات غير الطارئة	تتم تغطية تكاليف وسائل النقل الطبية في الحالات غير الطارئة من خلال خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) إلى المواعيد الطبية المشمولة بالتغطية والصيدليات مع الحصول على موافقة مسبقة من خدمة النقل.
العناية بالأسنان غير الروتينية	قد تتم تغطية تكاليف رعاية الأسنان المطلوبة لعلاج المرض أو الإصابة كـ رعاية للمرضى الداخليين أو الخارجيين.
يمكنك استخدام بطاقة الخصم المباشر الخاصة بك لدفع تكاليف رعاية الأسنان غير الروتينية إذا اخترت ذلك. لمزيد من المعلومات، راجع صف "خدمات طب الأسنان*" في مخطط المزايا الطبية في القسم 2 من هذا الفصل.	الأحذية التقويمية أو الأجهزة الداعمة للقدمين
الأحذية التي تشكل جزءًا من دعامة الساق ويتم تضمينها في تكلفة الدعامة. أحذية تقويم العظام أو الأحذية العلاجية للأشخاص المصابين بمرض القدم السكري.	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الأغراض الشخصية الموجودة في غرفتك في المستشفى أو مرفق التمريض المتخصص، مثل الهاتف أو التلفزيون	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
ممرضات الخدمة الخاصة	تتم تغطيتها فقط عندما يكون ذلك ضروريًا من الناحية الطبية.
غرفة خاصة في المستشفى	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
برامج الإثراء النفسي أو المساعدة الذاتية للأفراد الأصحاء عقليًا	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
التقارير أو التقييمات أو الفحوصات البدنية الروتينية التي تُجرى أساسًا لأغراض التأمين أو الترخيص أو التوظيف أو لأغراض أخرى تخص أطرافًا ثالثة ولا تتعلق بالوقاية	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
عكس إجراءات التعقيم و/أو مستلزمات منع الحمل غير الموصوفة طبيًا، بما في ذلك وسائل منع الحمل المزروعة	قد تتم تغطية مستلزمات منع الحمل من خلال خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).
الرعاية الروتينية لتقويم العمود الفقري	تتم تغطية التعديل اليدوي للعمود الفقري لتصحيح الخلع الجزئي.
العناية الروتينية بالأسنان، مثل الحشوات أو أطقم الأسنان	تتم تغطية خدمات طب الأسنان الوقائية من خلال خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).
فحوصات العين الروتينية، والنظارات الطبية، وجراحة قطع القرنية الشعاعية، وجراحة الليزك، وغيرها من الوسائل المساعدة لضعف البصر.	تتم تغطية زوج واحد من النظارات ذات الإطارات القياسية (أو مجموعة واحدة من العدسات اللاصقة) بعد كل جراحة إعتام عدسة عين يتم فيها زرع عدسة داخل العين.
العناية الروتينية بالقدم	تتوفر تغطية محدودة وفقًا لإرشادات Medicare (على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من مرض السكري)

الخدمات غير المشمولة بتغطية Medicare	تتم تغطيتها فقط في حالات معينة
فحوصات السمع الروتينية، أو أجهزة تقوية السمع، أو الفحوصات اللازمة لتركيب أجهزة تقوية السمع	تغطي خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) أجهزة تقوية السمع والبطاريات الخاصة بها، بالإضافة إلى خدمات التوزيع والتركيب والإصلاح. كما أنها تغطي خدمات السمع التي يقدمها طبيب مرخص أو اختصاصي سمع أو اختصاصي أجهزة سمعية. لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الخدمات التي تُعد غير معقولة أو غير ضرورية وفقاً لمعايير Original Medicare	قد تغطي خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الخدمات التي لا تغطيها Medicare.
الخدمات غير المشمولة بتغطية Medicare	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
الخدمات المقدمة في مرافق شؤون المحاربين القدامى (VA)	قد تغطي خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) تكاليف خدمات اللولب الرحمي (IUD).
الخدمات المتعلقة باللولب الرحمي (IUD)، بما في ذلك إدخاله وتكاليف الجهاز نفسه	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
لا تتم تغطية الخدمات، مثل المطالبات المتعلقة بالأدوية، إذا تم طلبها أو وصفها أو تقديمها من قبلك لمصلحتك الشخصية، أو من قبل شخص يقيم في منزلك، أو من قبل أحد أفراد عائلتك. في هذا السياق، يُقصد بـ "أحد أفراد عائلتك" أي شخص يمكن أن يرث منك بموجب قوانين الميراث بلا وصية في أي ولاية، وكذلك أي نسيب، أو قريب بالزواج، أو والد بالتبني، أو شريك محلي لك أو لأي من هؤلاء الأشخاص.	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
أدوات ضعف البصر الشديد، وعدسات تفاوت الصور، أو النظارات العادية (غير الطبية)، أو النظارات الشمسية، وغيرها من الوسائل والخدمات المساعدة لضعف البصر	لا تتم تغطيتها تحت أي ظرف من الظروف
العلاج أو الاستشارة في حالة عدم وجود مرض، بما في ذلك الاستشارة الزوجية	تغطي خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الشعور المستعار للأشخاص الذين يعانون من تساقط الشعر بسبب العلاج الكيميائي أو الإشعاعي.
الشعر المستعار	

الفصل 5:

استخدام تغطية الخطة للأدوية المدرجة في الجزء د

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف أدويةك؟

بما أنك مؤهل للحصول على خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid)، فأنت مؤهل للحصول على المساعدة الإضافية من Medicare لتغطية تكاليف خطة الأدوية الموصوفة الخاصة بك. نظرًا لاشتراكك في برنامج المساعدة الإضافية، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا حول تكاليف الأدوية الموصوفة للجزء D. أرسلنا إليك ملحقًا منفصلًا يسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية لدفع تكاليف الأدوية الموصوفة (ويُعرف أيضًا باسم ملحق الإعانة لذوي الدخل المنخفض أو LIS Rider)، والذي يوضح تفاصيل تغطية أدويةك. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) واطلب نسخة من ملحق LIS Rider. (أرقام هواتف خدمة العملاء مطبوعة على الغلاف الخلفي لهذا المستند.)

القسم 1 القواعد الأساسية لتغطية الأدوية في خطتنا ضمن الجزء D

انتقل إلى دردشة المزايا الطبية في الفصل 4 لمعرفة مزايا الأدوية في الجزء B من Medicare ومزايا أدوية دار الرعاية.

بالإضافة إلى الأدوية التي تغطيها Medicare، فإن بعض الأدوية الموصوفة طبيًا تتم تغطيتها بموجب مزايا Medicaid الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الخاصة بك لتغطية هذه الأدوية.

ستغطي خطتنا بشكل عام تكاليف أدويةك طالما أنك تتبع القواعد الآتية:

- يجب أن يكون لديك مقدم رعاية صحية (طبيب أو طبيب أسنان أو أي طبيب واصل أدوية آخر) يكتب لك وصفة طبية صالحة بموجب قانون الولاية المعمول به.
- يجب ألا يكون الطبيب الواصل للأدوية مدرجًا في قوائم الاستبعاد أو الحظر الخاصة بـ Medicare.
- يجب عليك بشكل عام استخدام إحدى الصيدليات التابعة للشبكة لصرف الوصفة الطبية الخاصة بك (انتقل إلى القسم 2)، أو يمكنك صرفها من خلال خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا.
- يجب أن يكون الدواء الخاص بك مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا (انتقل إلى القسم 3).
- يجب استخدام الدواء الخاص بك لغرض مقبول طبيًا. والمقصود بـ "غرض مقبول طبيًا" هو استخدام الدواء الذي يكون إما معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء (FDA) وإما مدعومًا بمراجع محددة. (انتقل إلى القسم 3 للحصول على مزيد من المعلومات حول الغرض المقبول طبيًا.)
- قد يتطلب دواؤك موافقة من خطتنا بناءً على معايير معينة قبل أن نوافق على تغطيته. (انتقل إلى القسم 4 لمزيد من المعلومات)

القسم 2 صرف الأدوية الموصوفة من صيدلية ضمن الشبكة أو من خلال خدمة الطلب عبر البريد لخطتنا

في معظم الحالات، لا تكون وصفاتك الطبية مشمولة بالتغطية/لا إذا تم صرفها من واحدة من صيدليات الشبكة الخاصة بخطتنا. (انتقل إلى القسم 2.5 للحصول على معلومات حول حالات تغطية الوصفات الطبية التي يتم صرفها في الصيدليات خارج الشبكة).

الصيدلية التابعة للشبكة هي صيدلية لديها عقد مع خطتنا لتوفير الأدوية المشمولة بتغطيتك. يشير مصطلح "الأدوية المشمولة بالتغطية" إلى جميع أدوية الجزء D المدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.

القسم 2.1 صيدليات الشبكة

ابحث عن صيدلية تابعة للشبكة في منطقتك

للعثور على صيدلية تابعة للشبكة، انتقل إلى [دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بك](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)، أو قم بزيارة موقعنا الإلكتروني (www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider)، و/أو اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

يمكنك الذهاب إلى أي من الصيدليات التابعة لشبكتنا.

إذا غادرت صيدليتك شبكتنا

إذا غادرت الصيدلية التي تستخدمها شبكتنا، فسيتم عليك البحث عن صيدلية جديدة داخل شبكتنا. للعثور على صيدلية أخرى في منطقتك، احصل على المساعدة من خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) أو استخدم [دليل مقدمي الخدمات والصيدليات](http://www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider). يمكنك أيضًا العثور على معلومات على موقعنا عبر www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

الصيدليات المتخصصة

يجب صرف بعض الوصفات الطبية من صيدلية متخصصة. تشمل الصيدليات المتخصصة ما يأتي:

- الصيدليات التي توفر الأدوية للعلاج بالحقن المنزلي. توفر Providence Home Services وتنسق خدمات الرعاية المنزلية في منطقة خدمة Providence Medicare Advantage Plans. تشمل الخدمات الحقن المنزلي (الأدوية والتمريض)، والحقن المتخصصة، والرعاية المنزلية، ورعاية دار الرعاية، والأكسجين المنزلي، والمعدات الطبية.
- الصيدليات التي توفر الأدوية للمقيمين في مرافق الرعاية طويلة الأمد (LTC). وعادةً ما يكون لمرفق الرعاية طويلة الأمد (مثل دور رعاية المسنين) صيدليته الخاصة. إذا كنت تواجه صعوبة في الحصول على أدوية الجزء D الخاصة بك في مرفق الرعاية طويلة الأمد، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).
- الصيدليات التي تخدم برنامج خدمة الصحة الهندية/البرامج الصحية القبلية/برنامج الصحة الهندية الحضرية (غير متوفر في بورتوريكو). باستثناء حالات الطوارئ، لا يُسمح إلا للأمريكيين الأصليين أو سكان ألاسكا الأصليين بالوصول إلى هذه الصيدليات ضمن شبكتنا.

- الصيدليات التي تصرف الأدوية المقيّدة من قبل إدارة الغذاء والدواء لمواقع معينة أو التي تتطلب معالجة خاصة، أو تنسيقًا مع مقدم الرعاية، أو تدريبًا على كيفية استخدامها. للعثور على صيدلية متخصصة، انتقل إلى دليل مقدمي الخدمات و الصيدليات www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider أو اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

القسم 2.2 خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا

بالنسبة إلى أنواع معينة من الأدوية، يمكنك استخدام خدمة الطلب عبر البريد الخاصة بخطتنا. بشكل عام، الأدوية المقدمة عن طريق الطلب عبر البريد هي أدوية تتناولها بشكل منتظم، لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد.

تتيح لك خدمة الطلب عبر البريد في خطتنا طلب ما لا يقل عن إمداد لمدة 30 يومًا من الدواء، وما لا يزيد عن إمداد لمدة 100 يوم.

للحصول على معلومات حول صرف وصفاتك الطبية عبر البريد، اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

عادةً، يتم تسليم طلب الصيدلية عبر البريد إليك في مدة لا تتجاوز 3 إلى 5 أيام. في حالة تأخر تسليم الوصفة الطبية التي طلبتها عبر البريد، أو إذا كنت لا تستطيع الانتظار لاستلامها، فيمكنك استخدام شبكة صيدليات التجزئة للحصول على إمداد مؤقت صغير حتى يتم استلام الطلب. يجب على صيدلية الشبكة للبيع بالتجزئة الاتصال ببرنامج Providence Health Assurance لتسهيل صرف هذا الإمداد المؤقت.

الوصفات الطبية الجديدة التي تحصل عليها الصيدلية مباشرة من عيادة طبيبك.

بعد أن تحصل الصيدلية على وصفة طبية من مقدم الرعاية الصحية، سنتواصل معك لمعرفة ما إذا كنت تريد صرف الدواء على الفور أو في وقت لاحق. من المهم أن ترد في كل مرة نتواصل فيها معك الصيدلية، لتخبرهم ما إذا كان يجب شحن الوصفة الطبية الجديدة أو تأجيلها أو إيقافها.

إعادة صرف الوصفات الطبية عبر البريد. لإعادة صرف أدويةك، لديك خيار الاشتراك في برنامج إعادة الصرف التلقائي.. بموجب هذا البرنامج، نبدأ بمعالجة إعادة الصرف التالي تلقائيًا عندما تُظهر سجلاتنا أن دواءك على وشك النفاد. سنتواصل معك الصيدلية قبل شحن كل إعادة صرف للتأكد من أنك بحاجة إلى المزيد من الدواء، كما يمكنك إلغاء عمليات إعادة الصرف المجدولة إذا كان لديك ما يكفي من الدواء أو إذا تم تغيير دوائك.

إذا اخترت عدم استخدام برنامج إعادة الصرف التلقائي ولكنك لا تزال ترغب في أن ترسل لك صيدلية الطلب عبر البريد وصفاتك الطبية، فتواصل مع الصيدلية قبل 14-10 يومًا من انتهاء صلاحية وصفاتك الطبية الحالية. سيضمن هذا شحن طلبك إليك في الوقت المحدد.

للتوقف عن استخدام برنامجنا الذي يقوم بإعداد عمليات إعادة صرف الطلبات عبر البريد تلقائيًا، تواصل مع صيدلية الطلب عبر البريد.

إذا استلمت طلب إعادة صرف تلقائيًا عبر البريد ولم ترغب فيه، فقد تكون مؤهلاً لاسترداد المبلغ.

القسم 2.3 كيفية الحصول على إمدادات طويلة الأمد من الأدوية

عندما تحصل على إمدادات طويلة الأمد من الأدوية، قد يكون مقدار تقاسم التكاليف أقل. تقدم خطتنا طريقتين للحصول على إمداد طويل الأمد (يُسمى أيضًا إمدادًا ممتدًا) من أدوية الاستخدام المستمر المدرجة في قائمة أدوية خطتنا. (أدوية الاستخدام المستمر هي الأدوية التي تتناولها بانتظام لعلاج حالة طبية مزمنة أو طويلة الأمد.)

1. تتيح لك بعض صيدليات البيع بالتجزئة في شبكتنا الحصول على إمدادات طويلة الأمد من أدوية الاستخدام المستمر. يُوضح لك دليل مقدمي الخدمات والصيديات www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider أي الصيدليات ضمن شبكتنا يمكنها تزويدك بإمدادات طويلة الأمد من أدوية الاستخدام المستمر. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) للحصول على مزيد من المعلومات.
2. يمكنك أيضًا الحصول على أدوية الاستخدام المستمر من خلال برنامج الطلب عبر البريد الخاص بنا. انتقل إلى القسم 2.3 لمزيد من المعلومات.

القسم 2.4 استخدام صيدلية غير تابعة لشبكة خطتنا

بشكل عام، نقوم بتغطية الأدوية التي يتم صرفها في صيدلية خارج الشبكة فقط عندما لا تتمكن من استخدام صيدلية الشبكة. لدينا أيضًا صيدليات شبكة خارج منطقة خدمتنا حيث يمكنك الحصول على الوصفات الطبية كعضو في خطتنا. **تحقق أولاً مع خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) لمعرفة ما إذا كانت هناك صيدلية تابعة للشبكة قريبة.**

نحن نغطي الوصفات الطبية التي يتم صرفها في صيدلية خارج الشبكة فقط في هذه الظروف:

- سيتم توفير تغطية الوصول إلى أدوية الطوارئ وبعض الأدوية الروتينية خارج الشبكة عندما لا يتمكن العضو من الوصول إلى صيدلية داخل الشبكة وفي إحدى الحالات الآتية:
 - إذا كنت مسافرًا خارج منطقة الخدمة ونفذ مخزونك من دواء الجزء D المشمول بالتغطية، أو فقدت دواء الجزء D المشمول بالتغطية، أو مرضت وتحتاج إلى دواء الجزء D المشمول بالتغطية.
 - لا يمكنك الحصول على الدواء المشمول بالتغطية في الوقت المناسب من صيدلية الشبكة في منطقة خدمتك (على سبيل المثال، عدم القدرة على الوصول إلى صيدلية الشبكة التي تعمل على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع).
 - لا يمكنك الحصول على دواء معين لأنه غير متوفر بشكل منتظم في صيدلية ضمن الشبكة يمكن الوصول إليها أو في صيدلية الطلب عبر البريد (مثل الأدوية النادرة أو المتخصصة ذات التوزيع المحدود).
 - إذا لم تتمكن صيدلية الطلب عبر البريد التابعة للشبكة من إيصال دواء الجزء D المشمول بالتغطية إليك في الوقت المناسب ونفذ مخزونك من الدواء.
 - يُصَرَّف لك الدواء من صيدلية تابعة لمؤسسة خارج الشبكة في أثناء وجودك في قسم الطوارئ، أو عيادة تابعة لمقدم خدمة، أو أثناء جراحة للمرضى الخارجيين، أو في أي مكان آخر للمرضى الخارجيين.

إذا كان عليك استخدام صيدلية خارج الشبكة، فسيتعين عليك عمومًا دفع التكلفة الكاملة (بدلاً من حصتك المعتادة من التكلفة) في وقت صرف وصفتك الطبية. يمكنك أن تطلب منا تعويضك عن حصتنا من التكلفة. (ارجع إلى الفصل 7، القسم 2، لمزيد من المعلومات حول كيفية طلب تعويضك من خطتنا.) قد يُطلب منك دفع الفرق بين ما تدفعه مقابل الدواء في الصيدلية خارج الشبكة والتكلفة التي نغطيها في الصيدلية داخل الشبكة.

القسم 3 يجب أن تكون أدويةك مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا

القسم 3.1 قائمة الأدوية توضح الأدوية التي يغطيها الجزء D

تتضمن خططنا قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (كتيب الوصفات). وفي دليل التغطية هذا نسميها قائمة الأدوية.

تختار خططنا الأدوية المدرجة في هذه القائمة بمساعدة الأطباء والصيادلة. تستوفي القائمة متطلبات Medicare وقد تمت الموافقة عليها من قبل Medicare.

لا تعرض قائمة الأدوية إلا الأدوية المشمولة بالتغطية بموجب الجزء D من Medicare. بالإضافة إلى الأدوية المشمولة بتغطية Medicare، فإن بعض الأدوية الموصوفة مشمولة بتغطية مزايـا Medicaid. الخاصة بك. يرجى الرجوع إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الخاصة بك لمعرفة تغطية تكاليف هذه الأدوية.

عادة نغطي الدواء الموجود في قائمة الأدوية الخاصة بخططنا طالما أنك تتبع قواعد التغطية الأخرى الموضحة في هذا الفصل واستخدام الدواء لغرض مقبول طبيًا. يشير الغرض المقبول طبيًا إلى استخدام الدواء الذي يكون/ما:

- معتمدًا من إدارة الغذاء والدواء للتشخيص أو الحالة التي وُصف من أجلها، إما
- مدعومًا بمراجع محددة، مثل معلومات الأدوية من خدمة كتيبات المستشفى الأمريكي ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

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

الدواء ذو العلامة التجارية هو دواء موصوف طبيًا يباع تحت اسم علامة تجارية مملوكة للشركة المصنعة للدواء. المنتجات البيولوجية هي أدوية أكثر تعقيدًا من الأدوية التقليدية. في قائمة الأدوية، عندما نشير إلى الأدوية، فقد نقصد بذلك دواءً عاديًا أو منتجًا بيولوجيًا.

الدواء الجنيس هو دواء يُصرف بوصفة طبية يحتوي على المواد الفعالة نفسها الموجودة في الدواء ذي العلامة التجارية. أما المنتجات البيولوجية، فلها بدائل تُسمى البدائل الحيوية. بشكل عام، تعمل الأدوية الجنيسة والبدائل الحيوية بكفاءة المنتج ذي العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي، وعادةً ما تكون تكلفتها أقل. تتوفر بدائل للأدوية الجنيسة للعديد من الأدوية ذات العلامات التجارية، وبدائل حيوية لبعض المنتجات البيولوجية الأصلية. بعض البدائل الحيوية تكون قابلة للاستبدال، وحسب قوانين الولاية يمكن صرفها في الصيدلية بدلاً من المنتج البيولوجي الأصلي من دون الحاجة إلى وصفة جديدة، تمامًا كما يمكن استبدال الأدوية الجنيسة بالأدوية ذات العلامات التجارية.

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

الأدوية غير المدرجة في قائمة الأدوية

الأدوية المشمولة بتغطية Medicaid غير مدرجة في قائمة الأدوية. يمكنك زيارة صفحة Medicaid للأدوية المشمولة بتغطية Medicaid على www.providencehealthplan.com/health-share-providence-ohp.

لا تغطي خطتك جميع الأدوية الموصوفة طبيًا.

- في بعض الحالات، لا يسمح القانون لأي خطط Medicare بتغطية أنواع معينة من الأدوية. (للمزيد من المعلومات، انتقل إلى القسم 7.)
- وفي حالات أخرى، قررنا عدم إدراج دواء معين في قائمة الأدوية.
- في بعض الحالات، قد تتمكن من الحصول على دواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا. (للمزيد من المعلومات، انتقل إلى الفصل 9.)

القسم 3.2 كيفية معرفة ما إذا كان دواء معين مدرجًا في قائمة الأدوية

لمعرفة ما إذا كان دواء معين مدرجًا في قائمة الأدوية لدينا، لديك الخيارات الآتية:

- اطّلع على أحدث قائمة أدوية إلكترونية.
- تفضل بزيارة موقع خطتنا الإلكتروني (www.providencehealthassurance.com/formulary). قائمة الأدوية الموجودة على الموقع هي دائمًا الأحدث.
- اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) لمعرفة ما إذا كان دواء معين موجودًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اطلب نسخة من القائمة.
- استخدم "أداة ميزة الوقت الفعلي" (myrxss.com/ProvidenceMA) الخاصة بخطتنا للبحث عن الأدوية في قائمة الأدوية للحصول على تقدير لما ستدفعه ومعرفة ما إذا كانت هناك أدوية بديلة في قائمة الأدوية يمكنها علاج الحالة نفسها. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711)

القسم 4 الأدوية المفروض عليها قيود في التغطية

القسم 4.1 لماذا تخضع بعض الأدوية لقيود؟

بالنسبة إلى بعض الأدوية الموصوفة طبيًا، هناك قواعد خاصة تحدد كيفية تغطية خطتنا لها والحالات التي تتم فيها التغطية. وضع فريق من الأطباء والصيادلة هذه القواعد لتشجيعك أنت ومقدم الرعاية الصحية على استخدام الأدوية بأقصى فعالية. لمعرفة ما إذا كانت أي من هذه القيود تنطبق على دواء تتناوله أو ترغب في تناوله، يُرجى مراجعة قائمة الأدوية.

إذا كان الدواء الآمن والأقل تكلفة سيُعطى نتائج طبية مماثلة للدواء الأعلى تكلفة، فإن قواعد خطتنا مصممة لتشجيعك أنت ومقدم الرعاية الصحية على استخدام هذا الخيار الأقل تكلفة.

يرجى العلم أنه قد يظهر الدواء أحيانًا أكثر من مرة في قائمة الأدوية لدينا. وذلك لأن الأدوية نفسها قد تختلف حسب تركيزها أو كميتها أو شكلها الذي يصفه مقدم الرعاية الصحية لك، وقد تُطبق قيود مختلفة أو تقاسم تكاليف مختلف على أنواع الدواء المختلفة (على سبيل المثال: 10 مجم مقابل 100 مجم؛ مرة واحدة يوميًا مقابل مرتين يوميًا؛ قرص مقابل سائل).

القسم 4.2 أنواع القيود

في حال وجود قيود على دوائك، فهذا يعني عادةً أنه يتعين عليك أو على مقدم الخدمة اتخاذ إجراءات إضافية لتغطية تكاليف الدواء. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) لمعرفة الإجراءات التي يمكنك أنت أو مقدم الرعاية الصحية اتخاذها للحصول على تغطية تكاليف الدواء. إذا كنت ترغب في إعفائك من هذا القيد، فعليك استخدام عملية اتخاذ قرار التغطية وطلب استثناء. قد نوافق على إعفائك من القيد أو لا نوافق عليه. (انتقل إلى الفصل 9)

الحصول على موافقة الخطة مسبقًا

بالنسبة إلى بعض الأدوية، يتعين عليك أو على مقدم الخدمة الحصول على موافقة من خطتنا بناءً على معايير محددة قبل أن نوافق على تغطية الدواء لك. يُسمى هذا الإجراء **الموافقة المسبقة**. وُضع هذا الإجراء لضمان سلامة الأدوية والمساعدة على توجيه الاستخدام الأمثل لبعض الأدوية. في حال عدم حصولك على هذه الموافقة، فقد لا يكون دواؤك مشمولاً بتغطية خطتنا. يمكن الحصول على معايير الموافقة المسبقة لخطتنا عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) أو على موقعنا الإلكتروني https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_PA.pdf.

تجربة دواء مختلف أولاً

يشجعك هذا الشرط على تجربة أدوية أقل تكلفة ولكنها عادةً ما تكون بالفعالية نفسها قبل أن تغطي خطتنا دواءً آخر. على سبيل المثال، إذا كان الدواء "أ" و"ب" يعالجان الحالة الطبية نفسها، وكان الدواء "أ" أقل تكلفة، فقد تشترط خطتنا عليك تجربة الدواء "أ" أولاً. إذا لم يُجدِ الدواء "أ" نفعًا معك، فستغطي خطتنا الدواء "ب". يُسمى هذا الشرط لتجربة دواء مختلف أولاً **العلاج التدرجي**. يمكن الحصول على معايير العلاج التدرجي لخطتنا عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) أو على موقعنا الإلكتروني https://fm.formularynavigator.com/FBO/249/CMS_PART_D_2026_DSNP_ST.pdf.

حدود الكمية

بالنسبة إلى بعض الأدوية، نحدد كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها في كل مرة تصرف فيها وصفتك الطبية. على سبيل المثال، إذا كان من الأمن عادةً تناول حبة واحدة فقط يوميًا من دواء معين، فقد نحدد تغطية وصفتك الطبية بما لا يزيد عن حبة واحدة يوميًا.

القسم 5 ما يمكنك فعله إذا لم تتم تغطية أحد أدويةك بالطريقة التي ترغب فيها

هناك حالات يكون فيها الدواء الموصوف الذي تتناوله، أو الذي ترى أنت ومقدم رعايتك أنه يجب أن تتناوله، غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو خاضعًا لقيود. على سبيل المثال:

- قد لا يكون الدواء مشمولاً بالتغطية على الإطلاق. أو قد يكون الدواء الجنيس مغطى، بينما النسخة ذات العلامة التجارية التي ترغب في تناولها غير مشمولة بالتغطية.

- الدواء مشمول بالتغطية، ولكن هناك قواعد أو قيود إضافية على التغطية.

إذا لم يكن الدواء الخاص بك مدرجًا في قائمة الأدوية أو مقيدًا، فإليك خيارات لما يمكنك فعله:

- قد تتمكن من الحصول على إمداد مؤقت من الدواء.

- يمكنك التبديل إلى دواء آخر.
- يمكنك طلب استثناء وطلب تغطية الدواء أو إزالة القيود المفروضة عليه من خطتنا.

قد تتمكن من الحصول على إمداد مؤقت

في بعض الظروف، يتعين على خطتنا توفير إمداد مؤقت من دواء تتناوله بالفعل. يوفّر لك هذا الإمداد المؤقت وقتًا للتحدث مع مقدم الرعاية بشأن التغيير.

لتكون مؤهلاً للحصول على إمداد مؤقت، يجب ألا يكون الدواء الذي تتناوله مدرجًا في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو أصبح الآن مقيّدًا بطريقة ما.

- إذا كنت عضوًا جديدًا، فسنعطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك خلال أول 90 يومًا من عضويتك في خطتنا.
- إذا كنت مشتركًا في خطتنا العام الماضي، فسنعطي إمدادًا مؤقتًا من دوائك خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
- سيستمر هذا الإمداد المؤقت لمدة أقصاها 30 يومًا. إذا كانت وصفتك الطبية مخصصة لأيام أقل، فسندمج بعدد مرات صرف متعددة لتوفير ما يصل إلى 30 يومًا من الدواء. يجب صرف الوصفة الطبية من إحدى صيدليات الشبكة. (يرجى العلم أن صيدلية الرعاية طويلة الأمد قد توفر الدواء بكميات أقل في كل مرة لتجنب الهدر).
- بالنسبة إلى الأعضاء الذين كانوا في خطتنا لأكثر من 90 يومًا ويعيشون في مرفق رعاية طويلة الأمد ويحتاجون إلى إمداد فوري: سنغطي إمدادات طوارئ واحدة لمدة 31 يومًا من دواء معين، أو أقل إذا كانت وصفتك الطبية مخصصة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى الإمداد المؤقت المذكور أعلاه.

تغيير مستوى الرعاية	إمدادات الأيام
للأعضاء المنتقلين من مرفق التمريض الاحترافي إلى مرفق الرعاية طويلة الأمد	31
مرفق التمريض الاحترافي إلى المنزل (التجزئة)	30
مرفق الرعاية طويلة الأمد إلى مرفق الرعاية طويلة الأمد	31
المستشفى إلى المنزل (التجزئة)	30

لطرح الأسئلة عن الإمداد المؤقت، اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

أثناء الوقت الذي تستخدم فيه إمدادًا مؤقتًا من الدواء، يجب عليك التحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك لتقرر ما يجب عليك فعله عندما ينقضي الإمداد المؤقت لديك. لديك خياران:

الخيار 1 يمكنك التغيير إلى دواء آخر

تحدث مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك حول ما إذا كان دواء آخر مشمول بتغطية خطتنا قد يناسبك بالقدر نفسه. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) لطلب قائمة بالأدوية المشمولة بالتغطية التي تعالج الحالة الطبية نفسها. يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمة على العثور على دواء مشمول بالتغطية قد يناسب حالتك.

الخيار 2 يمكنك طلب استثناء

يمكنك أنت ومقدم الخدمة طلب استثناء من خطتنا وتغطية تكلفة الدواء بالطريقة التي ترغب بها. إذا قرر مقدم الخدمة أن لديك أسبابًا طبية تبرر طلب استثناء، فيمكنه مساعدتك على تقديم الطلب. على سبيل المثال، يمكنك طلب تغطية دواء من خطتنا حتى لو لم يكن مدرجًا في قائمة أدويتها. أو يمكنك أن تطلب من خطتنا أن تمنحك استثناءً وتغطي الدواء من دون قيود.

إذا كنت أنت ومقدم الخدمة تريدان طلب استثناء، فانتقل إلى الفصل 9، القسم 7.4 لمعرفة ما يجب عليك فعله. فهو يشرح الإجراءات والمواعيد النهائية التي حددتها Medicare للتأكد من التعامل مع طلبك بسرعة وبشكل عادل.

القسم 6 يمكن أن تتغير قائمة الأدوية الخاصة بنا خلال العام

تحدث معظم التغييرات في تغطية الأدوية في بداية كل عام (1 يناير). مع ذلك، خلال العام، قد تُجري خطتنا بعض التغييرات على قائمة الأدوية. فعلى سبيل المثال، قد تقوم خطتنا بما يأتي:

- إضافة أدوية إلى قائمة الأدوية أو إزالتها.
- إضافة قيد على تغطية دواء أو إزالته.
- استبدال دواء جنيس بدواء ذي علامة تجارية.
- استبدال منتج بيولوجي أصلي بإصدار بديل حيوي قابل للتبديل من المنتج البيولوجي.

يتعين علينا اتباع متطلبات Medicare قبل تغيير قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا.

معلومات حول تغييرات تغطية الأدوية

عند حدوث تغييرات في قائمة الأدوية، ننشر معلومات حول هذه التغييرات على موقعنا الإلكتروني. كما نقوم بتحديث قائمة الأدوية الإلكترونية بانتظام. قد تتلقى إشعارًا مباشرًا في حال إجراء تغييرات على دواء تتناوله.

تغييرات في تغطية الأدوية تؤثر فيك خلال سنة الخطة هذه

- إضافة أدوية جديدة إلى قائمة الأدوية، وحذف دواء مماثل أو تعديله فورًا في قائمة الأدوية.
 - قد نقوم بإزالة دواء مماثل من قائمة الأدوية فورًا، أو نقله إلى فئة تقاسم تكاليف مختلفة، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. الإصدار الجديد من الدواء سيكون بالقيود نفسها أو أقل.
 - سنقوم بإجراء هذه التغييرات الفورية فقط إذا أضفنا دواء جنيسًا جديدًا من علامة تجارية أو أضفنا إصدارات من بدائل حيوية جديدة لمنتج بيولوجي أصلي كان موجودًا بالفعل في قائمة الأدوية.
 - قد نُجري هذه التغييرات فورًا ونُبلغك بها لاحقًا، حتى لو كنت تتناول الدواء الذي نُزيله أو نُجري عليه تغييرات. إذا كنت تتناول الدواء المماثل وقت إجراء التغيير، فسُبلغك بأي تغيير مُحدد أجريناه.

- إضافة أدوية إلى قائمة الأدوية، وحذف دواء مماثل أو تعديله في قائمة الأدوية.

- عند إضافة إصدار آخر من أحد الأدوية إلى قائمة الأدوية، قد نقوم بإزالة دواء مماثل من قائمة الأدوية، أو نقله إلى فئة تقاسم تكاليف مختلفة، أو إضافة قيود جديدة، أو كليهما. سيكون إصدار الدواء المُضاف بالقيود نفسها أو أقل.

- سنقوم بإجراء هذه التغييرات فقط إذا أضفنا إصدارًا جنسيًا جديدًا من علامة تجارية أو أضفنا إصدارات من بدائل حيوية جديدة لمنتج بيولوجي أصلي كان موجودًا بالفعل في قائمة الأدوية.
- سنخبرك قبل 30 يومًا على الأقل من إجراء التغيير، أو سنخبرك بالتغيير ونغطي فترة 30 يومًا من إصدار الدواء الذي تتناوله.
- إزالة الأدوية غير الآمنة والأدوية الأخرى الموجودة في قائمة الأدوية والتي يتم سحبها من السوق.
- في بعض الأحيان، قد يُعد دواء ما غير آمن أو يُسحب من السوق لسبب آخر. في هذه الحالة، قد نزيل الدواء من قائمة الأدوية فورًا. إذا كنت تتناول هذا الدواء، فسنُبلغك بعد إجراء التغيير.
- إجراء تغييرات أخرى على الأدوية المدرجة في قائمة الأدوية.

- قد نُجري تغييرات أخرى مع بداية العام تؤثر في الأدوية التي تتناولها. على سبيل المثال، قد نقوم بذلك بناءً على تحذيرات إدارة الغذاء والدواء أو الإرشادات السريرية الجديدة التي أقرتها Medicare.
 - سنخبرك قبل ما لا يقل عن 30 يومًا من إجراء هذه التغييرات، أو نخطرُك بالتغيير ونغطي صرفية إضافية لمدة 30 يومًا من الدواء الذي تتناوله.
- إذا أُجربنا أيًا من هذه التغييرات على أي من الأدوية التي تتناولها، فتحدث مع طبيبك الواصف للأدوية حول الخيارات التي تناسبك بشكل أفضل، بما في ذلك التغيير إلى دواء مختلف لعلاج حالتك، أو اطلب قرار تغطية لتلبية أي قيود جديدة على الدواء الذي تتناوله. يمكنك أنت أو طبيبك الواصف للأدوية طلب استثناء لمواصلة تغطية الدواء أو أي إصدار منه كنت تتناوله. لمزيد من المعلومات حول كيفية طلب قرار التغطية، بما في ذلك الاستثناء، انتقل إلى الفصل 9.

التغييرات على قائمة الأدوية التي لا تؤثر فيك خلال سنة الخطة هذه

قد نُجري بعض التغييرات على قائمة الأدوية غير المذكورة أعلاه. في هذه الحالات، لن ينطبق عليك التغيير إذا كنت تتناول الدواء عند إجراء التغيير؛ ومع ذلك، من المرجح أن تؤثر فيك هذه التغييرات بدءًا من 1 يناير من سنة الخطة التالية إذا استمرت في الخطة نفسها.

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

- وضع قيود جديدة على استخدام دوائك.
 - إزالة دوائك من قائمة الأدوية.
- إذا حدثت أي من هذه التغييرات لدواء تتناوله (باستثناء سحبه من السوق، أو استبدال دواء جنيس بدواء ذي علامة تجارية، أو أي تغيير آخر مذكور في الأقسام أعلاه)، فلن يؤثر التغيير في استخدامك أو حصتك من التكلفة حتى 1 يناير من العام التالي.
- لن نُبلغك بهذه التغييرات مباشرةً خلال سنة الخطة الحالية. سيتعين عليك مراجعة قائمة الأدوية لسنة الخطة التالية (عندما تكون القائمة متاحةً خلال فترة التسجيل المفتوح) لمعرفة ما إذا كانت هناك أي تغييراتٍ على الأدوية التي تتناولها ستؤثر فيك خلال سنة الخطة التالية.

القسم 7 أنواع الأدوية التي لا تغطيها

بعض أنواع الأدوية الموصوفة غير مشمولة بالتغطية. وهذا يعني أن Medicare لا يدفع ثمن هذه الأدوية.

إذا استأنفت وتبين أن الدواء المطلوب غير مستبعد بموجب الجزء D، فسندفع ثمنه أو نغطيه. (للحصول على معلومات حول استئناف القرار، انتقل إلى الفصل 9.) إذا كان الدواء المستبعد من خطتنا مستبعدًا أيضًا من Medicaid، فيجب عليك دفع ثمنه بنفسك.

فيما يأتي ثلاث قواعد عامة حول الأدوية التي لن تغطيها خطط أدوية Medicare بموجب الجزء D:

- لا يمكن لتغطية الأدوية في الجزء D من خطتنا أن تغطي دواءً من الممكن أن يتم تغطيته بموجب الجزء A أو الجزء B من Medicare.
- لا تغطي خطتنا أي دواء تم شراؤه من خارج الولايات المتحدة أو أراضيتها.
- لا تغطي خطتنا استخدام أي دواء لأغراض غير مصرح بها عندما لا يكون الاستخدام مدعومًا بمراجع معينة، مثل معلومات الأدوية من خدمة كتيبات المستشفى الأمريكي ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX. الاستخدام غير المصرح به هو أي استخدام للدواء بخلاف ما هو موضح على ملصق الدواء كما وافقت عليه إدارة الغذاء والدواء.

بالإضافة إلى ذلك، وبموجب القانون، لا تغطي Medicare الفئات الآتية من الأدوية المذكورة أدناه. ومع ذلك، قد تكون بعض هذه الأدوية مشمولة بتغطية Medicaid الخاصة بك. للاطلاع على التغطية، يُرجى مراجعة قائمة أدوية خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid).

- الأدوية التي لا تستلزم وصفة طبية (وتسمى أيضًا الأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية)
- الأدوية المستخدمة لتحسين الخصوبة
- الأدوية المستخدمة لتخفيف أعراض السعال أو البرد
- الأدوية المستخدمة لأغراض تجميلية أو لتعزيز نمو الشعر
- الفيتامينات والمعادن الموصوفة طبيًا، باستثناء فيتامينات ما قبل الولادة ومستحضرات الفلورايد
- الأدوية المستخدمة لعلاج الضعف الجنسي أو ضعف الانتصاب
- الأدوية المستخدمة لعلاج فقدان الشهية، أو فقدان الوزن، أو زيادته
- الأدوية الخاصة بالمرضى الخارجيين التي يشترط فيها الجهة المصنعة إجراء اختبارات أو خدمات مراقبة مرتبطة بها، بحيث يجب شراؤها من الجهة المصنعة فقط كشرط للبيع.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة إضافية لدفع ثمن وصفاتك الطبية، فلن تغطي المساعدة الإضافية ثمن الأدوية غير المشمولة عادةً بالتغطية. إذا كنت مشمولاً بتغطية Medicaid، فقد يُغطي برنامج Medicaid التابع لولايتك تكلفة بعض الأدوية غير المشمولة عادةً في خطة أدوية Medicare. تواصل مع Medicaid الخاص بولايتك لتحديد تغطية الأدوية التي قد تكون متاحة لك. (يمكنك العثور على أرقام الهواتف ومعلومات التواصل مع Medicaid في الفصل 2، القسم 6.)

القسم 8 كيفية صرف وصفة طبية

لصرف وصفتك الطبية، قم بتزويدنا بمعلومات عضويتك في خطتنا، والتي يمكن العثور عليها على بطاقة عضويتك، في الصيدلية التابعة للشبكة التي تختارها ستقوم الصيدلية تلقائيًا بتحصيل حصتنا من تكلفة دوائك من خطتنا. سيتعين عليك دفع حصتك من التكلفة للصيدلية عند استلام وصفتك الطبية. إذا لم يكن الدواء الموصوف مشمولًا بتغطية Medicare ولكنه مشمول بتغطية Medicaid، فستحتاج إلى إظهار بطاقة خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) الخاصة بك لصرف تلك الوصفة.

إذا لم تكن لديك معلومات عضويتك في خطتنا، فيمكنك أنت أو الصيدلية الاتصال بخطتنا للحصول على المعلومات، أو يمكنك أن تطلب من الصيدلية البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة.

إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول على المعلومات اللازمة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية عند استلامها. يمكنك بعد ذلك طلب تعويضك عن حصتنا. انتقل إلى الفصل 7، القسم 2 للحصول على معلومات حول كيفية طلب استرداد الأموال من خطتنا.

القسم 9 الجزء D من تغطية الأدوية في المواقف الخاصة

القسم 9.1 في مستشفى أو مرفق تريض متخصص للإقامة التي تغطيها خطتنا

إذا تم قبولك في مستشفى أو مرفق تريض متخصص لإقامة مشمولة بتغطية خطتنا، فسنغطي عادةً تكلفة أدوية الوصفة الطبية الخاصة بك خلال إقامتك. بمجرد مغادرتك المستشفى أو مرفق التريض المتخصص، ستغطي خطتنا أدوية الوصفة الطبية الخاصة بك طالما أن الأدوية تستوفي جميع قواعد التغطية الخاصة بنا الموضحة في هذا الفصل.

القسم 9.2 بصفتك مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأمد (LTC)؟

عادةً، يمتلك مرفق الرعاية طويلة الأمد (LTC) (مثل دار رعاية المسنين) صيدليته الخاصة أو يستخدم صيدلياً لتوفير الأدوية لجميع المقيمين فيه. إذا كنت مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأمد، فيمكنك الحصول على أدوية الموصوفة من خلال صيدلية المرفق أو الصيدلية التي تستخدمها، طالما أنها جزء من شبكتنا.

تحقق من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider لمعرفة ما إذا كانت صيدلية منشأة الرعاية طويلة الأمد الخاصة بك أو تلك التي تستخدمها جزءًا من شبكتنا. إذا لم تكن كذلك، أو إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات أو المساعدة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711). إذا كنت في مرفق رعاية طويلة الأمد، فيجب أن نضمن حصولك على مزايا الجزء D بشكل روتيني من خلال شبكتنا من صيدليات الرعاية طويلة الأمد.

إذا كنت مقيمًا في مرفق رعاية طويلة الأمد وتحتاج إلى دواء غير مدرج في قائمة الأدوية لدينا أو مقيد بطريقة ما، فانقل إلى القسم 5.2 للحصول على معلومات حول الحصول على إمدادات مؤقتة أو طارئة.

القسم 9.3 إذا كنت تحصل أيضًا على تغطية أدوية من جهة عمل أو خطة جماعية للمتقاعدين

إذا كان لديك تغطية أدوية أخرى من خلال جهة العمل أو مجموعة المتقاعدين الخاصة بك (أو الخاصة بزواجك/زوجتك أو شريكك المنزلي)، فتواصل مع مسؤول مزايا تلك المجموعة. يمكنهم مساعدتك على فهم كيفية عمل تغطية الأدوية الحالية الخاصة بك مع خطتنا.

بشكل عام، إذا كان لديك تغطية جماعية للموظفين أو المتقاعدين، فإن تغطية الأدوية التي تحصل عليها منا ستكون ثانوية بالنسبة إلى تغطية مجموعتك. وهذا يعني أن تغطية مجموعتك تدفع أولاً.

ملاحظة خاصة حول التغطية الموثوقة:

في كل عام، يجب على صاحب العمل أو مجموعة المتقاعدين إرسال إشعار إليك يُخبرك ما إذا كانت تغطية الأدوية الخاصة بك للسنة التقويمية التالية موثوقة.

إذا كانت التغطية من خطة المجموعة موثوقة، فهذا يعني أن خطتنا تتضمن تغطية أدوية يُتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما لا يقل عن تغطية الأدوية العادية في Medicare.

احتفظ بأية إشعارات حول التغطية الموثوقة لأنك قد تحتاج إلى هذه الإشعارات لاحقاً لإثبات أنك حافظت على التغطية الموثوقة. إذا لم تحصل على إشعار تغطية موثوقة، فاطلب نسخة منه من صاحب عملك أو مسؤول استحقاقات خطة المتقاعدين أو من صاحب العمل أو النقابة.

القسم 9.4 إذا كنت في دار رعاية معتمدة من Medicare

لا تغطي دور الرعاية وخطتنا الدواء نفسه في الوقت نفسه. إذا كنت مسجلاً في دار رعاية تابعة لبرنامج Medicare وتحتاج إلى أدوية معينة (مثل أدوية مضادة للالتهاب أو المليينات أو مسكنات الألم أو أدوية مضادة للقلق) غير مشمولة بتغطية دار رعايتك لأنها غير مرتبطة بمرضك الخطير والحالات الطبية المرتبطة به، فيجب أن تحصل خطتنا على إشعار من الطبيب الوافد للأدوية أو مقدم الرعاية في دار رعايتك يفيد بأن الدواء غير مرتبط بالمرض قبل أن تتمكن خطتنا من تغطيته. لتجنب التأخير في الحصول على هذه الأدوية التي يجب أن تغطيها خطتنا، اطلب من مقدم الرعاية في دار الرعاية أو الطبيب الوافد للأدوية الذي وصف لك الدواء تقديم إشعار قبل صرف الوصفة الطبية الخاصة بك.

في حالة إلغاء اشتراكك مع دار الرعاية أو خروجك منها يجب أن تغطي خطتنا أدويةك كما هو موضح في هذا المستند. لتجنب أي تأخير في الصيدلية عند انتهاء استفادتك من دار رعاية Medicare، أحضر المستندات إلى الصيدلية لإثبات إلغائك للاشتراك أو خروجك منها.

القسم 10 برامج السلامة الدوائية وإدارة الأدوية

نجري مراجعات لاستخدام الأدوية للمساعدة على ضمان حصول أعضائنا على رعاية آمنة ومناسبة.

نجري مراجعة في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية. كما نراجع سجلاتنا بانتظام. في أثناء هذه المراجعات، نبحث عن مشكلات مُحتملة، مثل:

- أخطاء الأدوية المُحتملة
- أدوية قد لا تكون ضرورية لك لأنك تتناول دواءً مشابهًا آخر لعلاج الحالة نفسها.

- أدوية قد لا تكون آمنة أو مناسبة لك بسبب عمرك أو جنسك
- بعض تركيبات الأدوية التي قد تُضرّك إذا تم تناولها في الوقت نفسه
- وصفات طبية لأدوية تحتوي على مكونات تسبب لك حساسية تجاهها
- أخطاء محتملة في كمية (جرعة) الدواء الذي تتناوله
- كميات غير آمنة من مسكنات الألم الأفيونية

إذا لاحظنا وجود مشكلة محتملة في استخدامك للأدوية، فسنعمل مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتصحيحها.

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

لدينا برنامج يساعد على التأكد من أن الأعضاء يستخدمون الأدوية الأفيونية الموصوفة طبيًا والأدوية الأخرى التي يُساء استخدامها بشكل متكرر بأمان. يُسمى هذا البرنامج برنامج إدارة الأدوية (DMP). إذا كنت تستخدم أدوية أفيونية تحصل عليها من عدة أطباء واصفين للأدوية أو صيدليات، أو إذا تعرضت مؤخرًا لجرعة زائدة من المواد الأفيونية، فقد نتحدث مع الأطباء الذين وصفوا لك الأدوية للتأكد من أن استخدامك للأدوية الأفيونية مناسب وضروري طبيًا. بالتعاون مع الأطباء الذين يصفون لك الأدوية، إذا قررنا أن استخدامك للأدوية الأفيونية الموصوفة أو أدوية البنزوديازيبين قد لا يكون آمنًا، فقد نقوم بتقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية. إذا قمنا بإدراجك في برنامج إدارة الأدوية، فقد تشمل القيود ما يلي:

- إلزامك بالحصول على جميع وصفاتك الطبية من الأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين من صيدلية (صيدليات) معينة
- إلزامك بالحصول على جميع وصفاتك الطبية الخاصة بالأدوية الأفيونية أو البنزوديازيبين من طبيب (أطباء) واصل للأدوية معين
- تحديد كمية أدوية الأفيون أو البنزوديازيبين التي سنغطيها لك

إذا كنا نخطط لتقييد كيفية حصولك على هذه الأدوية أو الكمية التي يمكنك الحصول عليها، فسنرسل إليك خطابًا مسبقًا. سيُعلمك الخطاب ما إذا كنا سنحدد تغطية هذه الأدوية بالنسبة إليك، أو ما إذا كان سيُطلب منك الحصول على وصفاتك الطبية من طبيب واصل للأدوية أو صيدلية محددة فقط. ستتاح لك الفرصة لإخبارنا بالأطباء الواصفين للأدوية أو الصيدليات التي تفضل استخدامها، وأي معلومات أخرى تعتقد أنها مهمة بالنسبة إلينا أن نعرفها. بعد أن تُتاح لك الفرصة للرد، إذا قررنا تقييد تغطيتك لهذه الأدوية، فسنرسل إليك خطابًا آخر لتأكيد هذا التقييد. إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ أو كنت لا تتفق مع قرارنا أو مع التقييد، فلديك أنت والطبيب الذي وصف لك الدواء الحق في الاستئناف. في حال الاستئناف، سنراجع حالتك ونصدر قرارًا جديدًا. إذا استمرينا في رفض أي جزء من طلبك يتعلق بالقيود المفروضة على وصولك إلى الأدوية، فسنحيل حالتك تلقائيًا إلى مراجع مستقل خارج نطاق خطتنا. انتقل إلى الفصل 9 للحصول على معلومات حول كيفية طلب استئناف.

لن يتم إدراجك في برنامج إدارة الأدوية (DMP) إذا كنت تعاني من بعض الحالات الطبية مثل الألم المرتبط بالسرطان أو فقر الدم المنجلي، أو إذا كنت تتلقى خدمات دار رعاية أو رعاية تلطيفية أو رعاية في مرحلة نهاية الحياة، أو إذا كنت تقيم في مرفق رعاية طويلة الأمد.

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

لدينا برنامج يمكنه مساعدة أعضائنا على تلبية احتياجاتهم الصحية المعقدة. يُسمى برنامجنا برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM). هذا البرنامج تطوعي ومجاني. طوّره فريق من الصيدلة والأطباء لضمان حصول أعضائنا على أقصى استفادة من الأدوية التي يتناولونها.

قد يتمكن بعض الأعضاء الذين يعانون من أمراض مزمنة معينة ويتناولون أدوية تتجاوز قيمتها مبلغًا مُحددًا من تكاليف الأدوية، أو المُسجلين في برنامج إدارة علاج دوائي لمساعدتهم على استخدام المواد الأفيونية بأمان، من الحصول على الخدمات من خلال برنامج إدارة العلاج الدوائي. إذا كنت مؤهلاً للبرنامج، فسيُجري لك صيدلي أو اختصاصي رعاية صحية آخر مراجعة شاملة لجميع أدويةك. خلال المراجعة، يُمكنك مناقشة أدويةك وتكاليفها، وأي مشكلات أو استفسارات لديك حول أدويةك الموصوفة طبيًا والأدوية التي تُصرف من دون وصفة طبية. ستحصل على ملخص مكتوب يتضمن قائمة بالمهام الموصى بها والتي تتضمن الخطوات التي يجب عليك اتخاذها للحصول على أفضل النتائج من أدويةك. ستحصل أيضًا على قائمة أدوية تتضمن جميع الأدوية التي تتناولها، والكمية التي تتناولها، وموعد تناولها وسبب تناولها. كما سيحصل أعضاء برنامج إدارة الأدوية على معلومات حول التخلص الآمن من الأدوية الموصوفة التي تُعد موادًا خاضعة للرقابة.

من الجيد التحدث مع طبيبك حول قائمة المهام والأدوية الموصى بها. احضر ملخص الأدوية معك عند زيارتك أو في أي وقت تتحدث فيه مع أطباءك أو الصيادلة أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. حافظ على قائمة أدويةك مُحدثة، واحتفظ بها معك (على سبيل المثال، مع بطاقة هويتك) في حال ذهابك إلى المستشفى أو قسم الطوارئ.

إذا كان لدينا برنامج يناسب احتياجاتك، فسنقوم بتسجيلك تلقائيًا في البرنامج وإرسال المعلومات إليك. إذا قررت عدم المشاركة، فأبلغنا وسنقوم بسحب اشتراكك. للاستفسار عن هذا البرنامج، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

الفصل 6:

ما تدفعه مقابل الأدوية ضمن الجزء D

القسم 1 ما تدفعه مقابل الأدوية ضمن الجزء D

نستخدم كلمة "دواء" في هذا الفصل للإشارة إلى الأدوية الموصوفة طبيًا بموجب الجزء D. ليست جميع الأدوية من الجزء D. بعض الأدوية مستثناة من تغطية الجزء D بموجب القانون. بعض الأدوية المستثناة من تغطية الجزء D مشمولة بالجزء A أو الجزء B من Medicare، أو ضمن برنامج Medicaid.

لفهم معلومات الدفع، تحتاج إلى معرفة الأدوية المشمولة بالتغطية، وأين يمكنك صرف وصفاتك الطبية، والقواعد التي يجب عليك اتباعها عند الحصول على الأدوية المشمولة بالتغطية. يشرح الفصل 5 هذه القواعد. عندما تستخدم "أداة مزايا الوقت الفعلي" في خطتنا للبحث عن تغطية الأدوية (myrxss.com/ProvidenceMA)، فإن التكلفة التي تراها تُظهر تقديرًا للتكاليف المباشرة التي من المتوقع أن تدفعها. يمكنك أيضًا الحصول على المعلومات المقدمة في "أداة مزايا الوقت الفعلي" عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

كيف يمكنك الحصول على معلومات حول تكاليف أدويةك؟

بما أنك مؤهل للحصول على مزايا Medicaid، فأنت مؤهل للحصول على المساعدة الإضافية من Medicare لتغطية تكاليف خطة الأدوية الموصوفة الخاصة بك. نظرًا لاشتراكك في برنامج المساعدة الإضافية، فقد لا تنطبق عليك بعض المعلومات الواردة في دليل التغطية هذا حول تكاليف الأدوية الموصوفة للجزء D. أرسلنا إليك ملحقًا منفصلًا يُسمى ملحق دليل التغطية للأشخاص الذين يحصلون على مساعدة إضافية في دفع تكاليف الأدوية الموصوفة (ويُعرف أيضًا باسم ملحق الإعانة لذوي الدخل المحدود أو LIS Rider)، والذي يوضح لك تفاصيل تغطية الأدوية. إذا لم يكن لديك هذا الملحق، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711). واطلب ملحق LIS Rider.

القسم 1.1 أنواع التكاليف المباشرة التي قد تدفعها مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية

هناك 3 أنواع مختلفة من التكاليف المباشرة مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D والتي قد يُطلب منك دفعها:

- **المبلغ المستقطع** هو المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية قبل أن تبدأ خطتنا في دفع حصتها.
- **الدفع المشترك** هو مبلغ ثابت تدفعه في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.
- **التأمين المشترك** هو نسبة مئوية من التكلفة الإجمالية التي تدفعها في كل مرة تقوم فيها بصرف وصفة طبية.

القسم 1.2 كيف تحسب Medicare تكاليفك المباشرة؟

تضع Medicare قواعد توضح قواعد حول ما يتم احتسابه وما لا يتم احتسابه ضمن التكاليف المباشرة. فيما يأتي القواعد التي يجب علينا اتباعها لتتبع تكاليفك المباشرة.

هذه المدفوعات مشمولة ضمن تكاليفك المباشرة

تشمل تكاليفك المباشرة المدفوعات المذكورة أدناه (طالما أنها مخصصة لأدوية الجزء D المشمولة بالتغطية، وقد اتبعت قواعد تغطية الأدوية الموضحة في الفصل 5):

- المبلغ الذي تدفعه مقابل الأدوية في مراحل سداد الأدوية الآتية:
 ○ مرحلة التغطية الأولية
- أي مدفوعات سددتها خلال هذه السنة التقويمية بصفتك عضوًا في خطة أدوية أخرى من Medicare قبل انضمامك إلى خطتنا
- أي مدفوعات لأدويةك دفعها أحد أفراد عائلتك أو أصدقائك
- أي مدفوعات لأدويةك من خلال برنامج المساعدة الإضافية من Medicare، أو خطط التأمين الصحي من جهة العمل أو النقابة، أو خدمة الصحة الهندية، أو برامج مساعدة مرضى الإيدز، أو معظم الجمعيات الخيرية

الانتقال إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث:

عندما تتفق أنت (أو من يدفع نيابة عنك) إجمالي 2100 دولار أمريكي من التكاليف المباشرة خلال السنة التقويمية، تنتقل من مرحلة التغطية الأولية إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث.

هذه المدفوعات غير مشمولة ضمن تكاليفك المباشرة

لا تتضمن التكاليف المباشرة التي تدفعها من جيبك أيًا من هذه الأنواع من المدفوعات:

- الأدوية التي تشتريها من خارج الولايات المتحدة أو أراضيها
- الأدوية غير المشمولة بتغطية خطتنا
- الأدوية التي تحصل عليها من صيدلية خارج شبكتنا والتي لا تستوفي شروط خطتنا للتغطية خارج الشبكة
- الأدوية غير المشمولة بالجزء D، بما في ذلك الأدوية الموصوفة التي يغطيها الجزء A أو الجزء B، والأدوية الأخرى المستثناة من تغطية Medicare.

• المدفوعات التي تدفعها مقابل أدوية لا تغطيها عادةً خطة أدوية Medicare.

- المدفوعات التي تدفعها مقابل أدويةك من بعض خطط التأمين والبرامج الصحية الممولة حكوميًا مثل برنامج TRICARE وإدارة صحة المحاربين القدامى (VA)
- المدفوعات التي يدفعها طرف ثالث ملزم قانونًا بدفع تكاليف الوصفات الطبية (مثل تعويضات العمال)
- مدفوعات شركات تصنيع الأدوية بموجب برنامج خصم الشركات المصنعة

تذكير: إذا كانت أي منظمة أخرى مثل تلك المذكورة أعلاه تدفع جزءًا من التكاليف المباشرة للأدوية أو كلها، فيتعين عليك إبلاغ خطتنا عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

تتبع إجمالي التكاليف المباشرة

- يتضمن شرح المزايا الخاصة بالجزء D (EOB) الذي تحصل عليه إجمالي التكاليف المباشرة الحالية. عندما يصل هذا المبلغ إلى 2100 دولار أمريكي، سيُخبرك شرح المزايا للجزء D بأنك قد غادرت مرحلة التغطية الأولية وانتقلت إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث.
- تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها. انتقل إلى القسم 3.1 لمعرفة ما يمكنك فعله للمساعدة في التأكد من أن سجلاتنا لما أنفقته كاملة ومحدثة.

القسم 2 مراحل دفع تكاليف الأدوية لأعضاء Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

هناك 3 مراحل لدفع تكاليف الأدوية ضمن تغطية الأدوية الخاصة بك في خطة Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). يعتمد المبلغ الذي تدفعه مقابل كل وصفة طبية على المرحلة التي وصلت إليها عند استلام الوصفة الطبية أو إعادة صرفها. يتم شرح تفاصيل كل مرحلة في هذا الفصل. المراحل هي:

- المرحلة 1: مرحلة المبلغ المستقطع السنوي
- المرحلة 2: مرحلة التغطية الأولية
- المرحلة 3: مرحلة التغطية في حالات الكوارث

القسم 3 شرح المزايا الخاصة بالجزء D يوضح المرحلة من الدفع التي أنت فيها

تتبع خطتنا تكاليف الأدوية التي تستلزم وصفة طبية والمدفوعات التي تسدها عند الحصول على الأدوية التي تستلزم وصفة طبية في الصيدلية. بهذه الطريقة، يمكننا أن نخبرك عندما تنتقل من إحدى مراحل الدفع مقابل الأدوية إلى المرحلة التالية. ونحن نتتبع نوعين من التكاليف:

- **التكاليف المباشرة:** هذا هو مقدار المبلغ الذي دفعته. يشمل ذلك ما دفعته عند حصولك على دواء مشمول ضمن الجزء D، وأي مبالغ دفعت مقابل أدويةك من قبل أحد أفراد العائلة أو الأصدقاء، وأي مبالغ دفعت مقابل أدويةك من خلال برنامج المساعدة الإضافية من Medicare، أو خطط التأمين الصحي التابعة لأصحاب العمل أو النقابات، أو خدمة الصحة الهندية، أو برامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز، أو المؤسسات الخيرية، أو معظم برامج المساعدة الدوائية التابعة للولاية (SPAPs).
- **إجمالي تكاليف الأدوية:** هذا هو إجمالي جميع المدفوعات التي تمت مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D. وهو يشمل ما دفعته الخطة الخاصة بنا، وما دفعته أنت، وما دفعته البرامج أو المؤسسات الأخرى مقابل الأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D.

إذا قمت بصرف وصفة طبية واحدة أو أكثر من خلال خطتنا خلال الشهر الماضي، فسنرسل إليك بيان المزايا (EOB) للجزء D. يشمل بيان المزايا (EOB) للجزء D ما يأتي:

- **معلومات ذلك الشهر.** يعرض هذا التقرير تفاصيل المدفوعات الخاصة بالوصفات الطبية التي قمت بصرفها خلال الشهر الماضي. وهو يوضح إجمالي تكاليف الأدوية، والمبالغ التي دفعتها، والمبالغ التي دفعتها أنت ودفعها آخرون نيابةً عنك.
- **المبالغ الإجمالية للسنة التي بدأت في 1 يناير.** يوضح هذا التقرير إجمالي تكاليف الأدوية وإجمالي المدفوعات الخاصة بأدويةك منذ بداية العام.
- **معلومات سعر الدواء.** يعرض هذا التقرير السعر الإجمالي للدواء، ومعلومات عن التغيرات في السعر مقارنةً بسعر أول صرف لكل مطالبة وصفة طبية بالكمية نفسها.
- **الوصفات الطبية البديلة الأقل تكلفة المتاحة.** يعرض هذا التقرير معلومات عن الأدوية الأخرى المتاحة بتقاسم تكاليف أقل لكل مطالبة وصفة طبية، إذا كان ذلك ممكنًا.

القسم 3.1 ساعدنا على تحديث معلوماتنا عن مدفوعات أدويةك باستمرار

لنتتبع تكاليف أدويةك والمدفوعات التي تسدها مقابلها، نحن نستخدم السجلات التي نحصل عليها من الصيدليات. إليك كيف يمكنك مساعدتنا على الحفاظ على صحة معلوماتك وتحديثها:

- **قدم بطاقة عضويتك في كل مرة تصرف فيها وصفة طبية.** يساعد ذلك على ضمان معرفتنا بالوصفات الطبية التي تصرفها والمبالغ التي تدفعها.
- **تأكد من تزويدنا بالمعلومات التي نحتاج إليها.** في بعض الأحيان، قد تتحمل التكلفة الكاملة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية. في مثل هذه الحالات، لن نحصل تلقائيًا على المعلومات التي نحتاج إليها لنتتبع التكاليف المباشرة. فلمساعدتنا على تتبع التكاليف التي تدفعها من جيبك، قدم لنا بنسخ من إيصالاتك. أمثلة على الحالات التي ينبغي فيها تقديم نسخ من إيصالات الأدوية:
 - عندما تشتري دواءً مشمولاً بالتغطية من صيدلية تابعة لشبكة بسعر خاص أو عند استخدامك بطاقة خصم غير مشمولة ضمن مزايا خطتنا.
 - عند الدفع المشترك مقابل أدوية تُقدّم ضمن برنامج مساعدة المرضى من شركة تصنيع الأدوية.
 - في أي وقت تشتري فيه أدوية مشمولة بالتغطية من صيدليات خارج الشبكة أو تدفع السعر الكامل مقابل دواء مشمول في التغطية في ظروف خاصة.
 - إذا تم إصدار فاتورة لك مقابل دواء مشمول بالتغطية، فيمكنك طلب أن تدفع خطتنا حصتها من التكلفة. للاطلاع على التعليمات حول كيفية القيام بذلك، راجع الفصل 7، القسم 2.
- **أرسل إلينا معلومات بشأن المدفوعات التي يسدها الآخرون نيابةً عنك.** تُحتسب أيضًا المدفوعات التي يقدمها بعض الأشخاص والجهات ضمن التكاليف المباشرة. على سبيل المثال، تُحتسب المدفوعات المقدمة من برنامج المساعدة الدوائية لمرضى الإيدز (ADAP)، أو خدمة الصحة الهندية، أو الجمعيات الخيرية ضمن التكاليف المباشرة. احتفظ بسجل لهذه المدفوعات وأرسله إلينا حتى نتمكن من تتبع تكاليفك.
- **تحقق من التقرير المكتوب الذي نرسله إليك.** عندما تستلم بيان المزايا للجزء D، راجعه للتأكد من أن المعلومات كاملة وصحيحة. إذا كنت تعتقد أن هناك معلومات مفقودة أو كانت لديك أسئلة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711). تأكد من الاحتفاظ بهذه التقارير.

القسم 4 لا يوجد مبلغ مستقطع في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

لا يوجد مبلغ مستقطع في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP).

لا يوجد مبلغ مستقطع في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP). تبدأ في مرحلة التغطية الأولية عند صرف أول وصفة طبية لك في السنة. انتقل إلى القسم 5 للحصول على معلومات عن تغطيتك في مرحلة التغطية الأولية.

القسم 5 مرحلة التغطية الأولية

القسم 5.1 ما تدفعه مقابل الدواء يعتمد على نوع الدواء والمكان الذي تصرف منه وصفتك الطبية

خلال مرحلة التغطية الأولية، تدفع خطتنا حصتها من تكلفة الأدوية المشمولة في التغطية، وتدفع أنت حصتك (مبلغ الدفع المشترك). ستختلف حصتك من التكلفة حسب نوع الدواء والمكان الذي تصرف منه وصفتك الطبية.

خياراتك في الصيدليات

مقدار ما تدفعه مقابل الدواء يعتمد على ما إذا كنت تحصل على الدواء من:

- صيدلية بيع بالتجزئة تابعة لشبكتنا
- صيدلية غير تابعة لشبكة خطتنا. نحن نقدّم التغطية للوصفات الطبية المصروفة في صيدليات غير تابعة للشبكة في حالات محددة فقط. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.5 لمعرفة الحالات التي سنغطي فيها الوصفات الطبية المصروفة في صيدلية غير تابعة للشبكة.
- صيدلية الطلب عبر البريد التابعة لخطتنا.

للحصول على مزيد من المعلومات حول خيارات الصيدليات هذه وكيفية صرف وصفاتك الطبية، راجع الفصل 5 ودليل الصيدليات الخاص بخطتنا على www.ProvidenceHealthAssurance.com/findaprovider.

القسم 5.2 تكاليفك لشهر واحد من الدواء المشمول بالتغطية

خلال مرحلة التغطية الأولية، ستكون حصتك من تكلفة الدواء المشمول بالتغطية عبارة عن دفع مشترك.

في بعض الأحيان يكون سعر الدواء أقل من مبلغ الدفع المشترك. في هذه الحالات، تدفع السعر الأقل للدواء بدلاً من مبلغ الدفع المشترك.

تكاليفك لشهر واحد من دواء الجزء D المشمول بالتغطية

تقاسم التكاليف للمصيديات غير التابعة للشبكة	تقاسم التكاليف للمصيديات الطويلة المدة (LTC)	تقاسم التكاليف للمصيديات الطلب عبر البريد	تقاسم التكاليف القياسي لمصيدية البيع بالتجزئة-التابعة لشبكة	تقاسم التكاليف
(التغطية محدودة لحالات معينة؛ راجع الفصل 5 للحصول على التفاصيل).	(ما يصل إلى 31 يومًا من الإمداد)	(ما يصل إلى 30 يومًا من الإمداد)	(ما يصل إلى 30 يومًا من الإمداد)	
بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 1.60 دولار أمريكي إما 5.10 دولارات أمريكية من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 1.60 دولار أمريكي إما 5.10 دولارات أمريكية من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 1.60 دولار أمريكي إما 5.10 دولارات أمريكية من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 1.60 دولار أمريكي إما 5.10 دولارات أمريكية من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	
بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 4.90 دولارات أمريكية إما 12.65 دولارًا أمريكيًا من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 4.90 دولارات أمريكية إما 12.65 دولارًا أمريكيًا من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 4.90 دولارات أمريكية إما 12.65 دولارًا أمريكيًا من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 4.90 دولارات أمريكية إما 12.65 دولارًا أمريكيًا من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	

انتقل إلى القسم 8 للحصول على مزيد من المعلومات حول تقاسم التكاليف للقااحات الجزء D.

القسم 5.3 إذا وصف لك طبيبك كمية أقل من إمداد شهر كامل، فقد لا تضطر لدفع تكلفة الإمداد الشهري بالكامل

عادةً، المبلغ الذي تدفعه للدواء يغطي إمدادًا لشهر كامل. في بعض الحالات، قد ترغب أنت أو طبيبك في صرف كمية أقل من إمداد شهر كامل من الدواء (على سبيل المثال، عند تجربة دواء للمرة الأولى). يمكنك أيضًا أن تطلب من طبيبك وصف كمية أقل من إمداد شهر كامل، ليقوم الصيدلي بصرفها، إذا كان ذلك يساعدك على تنظيم مواعيد إعادة صرف الدواء بشكل أفضل.

إذا حصلت على كمية أقل من إمداد شهر كامل لبعض الأدوية، فإن يُطلب منك دفع تكلفة إمداد الشهر الكامل.

- إذا كنت مسؤولاً عن التأمين المشترك، فسوف تدفع نسبة مئوية من التكلفة الإجمالية للدواء. نظرًا إلى أن التأمين المشترك يعتمد على التكلفة الإجمالية للدواء، ستكون تكلفتك أقل لأن التكلفة الإجمالية للدواء ستكون أقل.
- إذا كنت مسؤولاً عن الدفع المشترك للدواء، فسوف تدفع فقط مقابل عدد الأيام التي حصلت فيها على الدواء، وليس الشهر كاملاً. نحسب المبلغ الذي تدفعه يوميًا مقابل دوائك (معدل تقاسم التكاليف اليومي)، ثم نضربه في عدد الأيام التي حصلت فيها على الدواء.

القسم 5.4 تكاليفك للحصول على إمداد طويل المدى يصل إلى 90 يومًا من دواء الجزء D المشمول بالتغطية

يمكنك الحصول على إمداد طويل المدى (يُسمى أيضًا الإمداد الممتد) من بعض الأدوية. والإمداد الطويل المدى هو إمداد يتوفر لمدة تصل إلى 90 يومًا.

تكاليفك للحصول على إمداد طويل المدى (يصل إلى 90 يومًا) من دواء الجزء D المشمول بالتغطية

تقاسم التكاليف لصيدليات الطلب عبر البريد (ما يصل إلى 90 يومًا من الإمداد)	تقاسم التكاليف القياسي لصيدلية البيع بالتجزئة (التابعة -شبكة) (ما يصل إلى 90 يومًا من الإمداد)	
بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 1.60 دولار أمريكي إما 5.10 دولارات أمريكية من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى الأدوية الجنيسة، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 1.60 دولار أمريكي إما 5.10 دولارات أمريكية من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	
بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 4.90 دولارات أمريكية إما 12.65 دولارًا أمريكيًا من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	بالنسبة إلى جميع الأدوية الأخرى، إما أن تدفع 0 دولار أمريكي إما 4.90 دولارات أمريكية إما 12.65 دولارًا أمريكيًا من الدفع المشترك لكل وصفة طبية	تقاسم التكاليف

القسم 5.5 تظل في مرحلة التغطية الأولية حتى تصل التكلفة السنوية المباشرة إلى 2100 دولار أمريكي

تظل في مرحلة التغطية الأولية حتى تصل التكلفة الإجمالية المباشرة إلى 2100 دولار أمريكي. ومن ثم، تنتقل إلى مرحلة التغطية في حالات الكوارث.

سيساعدك بيان المزايا للجزء D الذي تتلقاه على تتبع مقدار ما دفعته أنت ودفعته خطتنا وأي أطراف أخرى نيابةً عنك خلال العام. لن يصل جميع الأعضاء إلى الحد الأقصى للتكاليف المباشرة الذي يبلغ 2100 دولار أمريكي في السنة.

سنبلغك إذا وصلت إلى هذا المبلغ. انتقل إلى القسم 1.3 للحصول على مزيد من المعلومات حول كيفية حساب Medicare للتكلفة المباشرة.

القسم 6 مرحلة التغطية في حالات الكوارث

في مرحلة التغطية في حالات الكوارث، لا تدفع شيئاً للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D. تدخل مرحلة التغطية في حالات الكوارث عندما تصل التكاليف المباشرة إلى الحد الأقصى البالغ 2,100 دولار للسنة الميلادية. بمجرد دخولك مرحلة التغطية في حالات الكوارث، تظل في مرحلة الدفع هذه حتى نهاية السنة الميلادية.

- في أثناء مرحلة الدفع هذه، لا تدفع شيئاً للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D.

القسم 7 معلومات إضافية عن المزايا

1. تقتصر شرائط الاختبار وأجهزة قياس الجلوكوز على الشركات المصنّعة المفضلة المعتمدة في الخطة. يجب توفير جميع المستلزمات و/أو الأجهزة الطبية وترتيبها من خلال صيدلية بيع بالتجزئة تابعة للشبكة.
2. يقتصر توفير إمداد الأدوية المركبة على 30 يوماً فقط.
3. لا تراجع إدارة الغذاء والدواء (FDA) المساحيق والمواد الكيميائية الخام؛ ومن ثمّ فهي لا تدرج ضمن تعريف أدوية الجزء D، ويتم استثناءها من التغطية.
4. تُحدد الاستثناءات الخاصة بالإجازات بمدة لا تتجاوز 30 يوماً.

القسم 8 ما تدفعه مقابل لقاءات الجزء D

تنويه مهم حول ما تدفعه مقابل اللقاءات – هناك لقاءات تُصنف على أنها مزايا طبية وتدخل تحت تغطية الجزء B، في حين تُعامل لقاءات أخرى على أدوية مشمولة في الجزء D. يمكنك العثور على هذه اللقاءات مدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا. تغطي خطتنا معظم لقاءات الجزء D للبالغين من دون أن تتكبد أي تكلفة. انتقل إلى قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا أو اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) للحصول على تفاصيل التغطية وتقاسم التكاليف الخاصة بلقاءات معينة.

تشمل تغطيتنا للقاءات الجزء D جزأين:

- الجزء الأول هو تكلفة اللقاح نفسه.
- الجزء الثاني هو تكلفه تقديم اللقاح لك. (يُسمى ذلك في بعض الأحيان إعطاء اللقاح).

تعتمد تكاليفك الخاصة بلقاح الجزء D على ثلاثة أمور:

1. ما إذا كان اللقاح موصى به للبالغين من مؤسسة تُسمى اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين (ACIP).

- معظم لقاءات الجزء D للبالغين موصى بها من اللجنة الاستشارية لممارسات التحصين ويمكن الحصول عليها من دون تكلفة.

2. المكان الذي تحصل على اللقاح فيه.

- يمكن أن يُصرف اللقاح نفسه في الصيدلية أو يتم توفيره في عيادة الطبيب.

3. الشخص الذي يقدم اللقاح.

- يمكن أن يقدم الصيدلي أو مقدم خدمة آخر اللقاح في الصيدلية. أو قد يقدمه مقدم الخدمة في عيادة الطبيب.

يمكن أن يختلف المبلغ الذي تدفعه عند الحصول على لقاح الجزء D حسب الظروف ومرحلة دفع الدواء الخاصة بك.

- عند حصولك على اللقاح، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لكل من اللقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمة لإعطائه لك. يمكنك طلب أن تدفع خطتنا حصتنا من التكاليف. وفي معظم لقاحات الجزء D للبالغين، يعني ذلك أنه سيتم تعويضك عن كامل المبلغ الذي دفعته.
- في الحالات الأخرى، عند الحصول على لقاح، تدفع فقط حصتك من التكلفة بموجب مزايا الجزء D. وفي معظم لقاحات الجزء D للبالغين، لا تتحمل أي تكلفة.

فيما يأتي ثلاثة أمثلة على الطرق التي قد تحصل على لقاح الجزء D بها.

الحالة 1: تحصل على لقاح الجزء D في الصيدلية التابعة للشبكة. (يعتمد توفر هذا الخيار لك على محل إقامتك. فلا تسمح بعض الولايات للصيدليات بتقديم بعض اللقاحات).

- وفي معظم لقاحات الجزء D للبالغين، لا تتحمل أي تكلفة.
- بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، تدفع للصيدلية مبلغ الدفع المشترك مقابل اللقاح نفسه، ويشمل ذلك تكلفة إعطائك اللقاح.
- ستدفع خطتنا باقي التكلفة.

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

- عند حصولك على اللقاح، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للقاح نفسه وتكلفة مقدم الخدمة لإعطائه لك.
- يمكنك بعد ذلك طلب أن تدفع خطتنا حصتنا من التكلفة من خلال استخدام الإجراءات الموضحة في الفصل 7.
- في معظم لقاحات الجزء D للبالغين، سيتم تعويضك عن كامل المبلغ الذي دفعته. بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته بعد خصم أي مبلغ دفع مشترك مقابل اللقاح (بما في ذلك تكاليف إعطائه)، وكذلك بعد خصم أي فرق بين ما يتقاضاه الطبيب وما ندفعه عادةً. (إذا كنت تحصل على مساعدة إضافية، فسنعوضك عن هذا الفرق).

الحالة 3: تشتري لقاح الجزء D نفسه من صيدلية تابعة لشبكة وتأخذه لعيادة الطبيب حيث يتم إعطاؤك اللقاح.

- وفي معظم لقاحات الجزء D للبالغين، لا تتحمل أي تكلفة مقابل اللقاح نفسه.
- بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، تدفع للصيدلية مبلغ التأمين المشترك أو الدفع المشترك مقابل اللقاح نفسه.
- عندما يعطيك طبيبك اللقاح، قد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لهذه الخدمة.

- يمكنك بعد ذلك طلب أن تدفع خطتنا حصتنا من التكلفة من خلال استخدام الإجراءات المذكورة في الفصل 7.
- في معظم لقاحات الجزء D للبالغين، سيتم تعويضك عن كامل المبلغ الذي دفعته. بالنسبة إلى لقاحات الجزء D الأخرى، سيتم تعويضك عن المبلغ الذي دفعته بعد خصم أي مبلغ تأمين مشترك مقابل إعطاء اللقاح، وكذلك بعد خصم أي فرق بين ما يتقاضاه الطبيب وما ندفعه عادةً. (إذا كنت تحصل على مساعدة إضافية، فسنعوضك عن هذا الفرق).

الفصل 7:

طلب دفع حصتنا من فاتورة للخدمات الطبية أو الأدوية المغطاة

القسم 1 المواقع التي يجب أن تطلب منا فيها دفع حصتنا من تكاليف الخدمات أو الأدوية المغطاة

يقوم مقدمو الخدمة ضمن شبكتنا بفوترة خطتنا مباشرةً مقابل الخدمات والأدوية المغطاة الخاصة بك. إذا وصلت فاتورة بالتكلفة الكاملة للرعاية الطبية أو الأدوية التي حصلت عليها، فأرسل هذه الفاتورة إلينا حتى نتمكن من دفعها. عندما ترسل إلينا الفاتورة، سنراجعها ونقرر ما إذا كانت الخدمات والأدوية مغطاة. إذا قررنا أنه يجب تغطيتها، فسوف ندفع لمقدم الخدمة مباشرةً.

إذا كنت قد دفعت بالفعل مقابل خدمات أو مستلزمات من Medicare مشمولة ضمن خطتنا، فيمكنك طلب أن ترد خطتنا المبلغ إليك (ويُطلق على رد المبلغ غالبًا اسم تعويض). يحق لك استرداد المبلغ من خطتنا متى دفعت أكثر من حصتك من تكلفة الخدمات الطبية أو الأدوية التي تغطيها خطتنا. وقد تكون هناك مواعيد نهائية يجب الالتزام بها لاسترداد المبلغ. انتقل إلى القسم 2 من هذا الفصل. عندما ترسل إلينا فاتورة دفعتها بالفعل، سنراجعها ونقرر ما إذا كانت الخدمات أو الأدوية مغطاة. إذا قررنا أنه يجب تغطيتها، فسوف نرد لك تكلفة الخدمات أو الأدوية.

قد تكون هناك أيضًا حالات تتلقى فيها فاتورة من مقدم الخدمة بكامل تكلفة الرعاية الطبية التي حصلت عليها أو بمبلغ يتجاوز حصتك من تقاسم التكاليف. أولاً، حاول تسوية الفاتورة مع مقدم الخدمة. إذا لم تنجح هذه المحاولة، فأرسل الفاتورة إلينا بدلاً من دفعها. سنراجع الفاتورة ونقرر ما إذا كانت الخدمات مغطاة. إذا قررنا أنه يجب تغطيتها، فسوف ندفع لمقدم الخدمة مباشرةً. وإذا قررنا عدم الدفع، فسوف نبذل مقدم الخدمة. يجب ألا تدفع أبدًا أكثر من تقاسم التكاليف المسموح به ضمن الخطة. وإذا كان هذا المقدم متعاقداً معنا، فما زال لديك الحق في الحصول على العلاج.

أمثلة على مواقف قد تحتاج فيها إلى طلب استرداد المبلغ من خطتنا أو دفع فاتورة استلمتها:

1. عند الحصول على رعاية طبية طارئة أو عاجلة من مقدم خدمة غير تابع لشبكة خطتنا

- يمكنك الحصول على خدمات طبية طارئة أو عاجلة من أي مقدم خدمة، سواء كان ضمن شبكتنا أم لا. في مثل هذه الحالات، اطلب من مقدم الخدمة أن يحصل المبلغ من خطتنا مباشرة.
- إذا دفعت كامل المبلغ بنفسك عند تلقي الرعاية، فاطلب منا استرداد المبلغ. أرسل إلينا الفاتورة مع المستندات التي تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.
- قد تستلم فاتورة من مقدم الخدمة تطلب منك دفع رسوم تعتقد أنك غير ملزم بها. أرسل إلينا هذه الفاتورة مع المستندات التي تثبت أي مبالغ قمت بدفعها.
 - في حال كان هناك أي مستحقات لمقدم الخدمة، سندفعها له مباشرةً.
 - إذا كنت قد دفعت مقابل الخدمة بالفعل، فسنقوم برد المبلغ إليك.

2. عندما يرسل إليك مقدم خدمة تابع للشبكة فاتورة تعتقد أنك غير ملزم بدفعها

- يجب دائماً على مقدمي الخدمات التابعين للشبكة إرسال الفواتير مباشرةً إلى خطتنا. لكن في بعض الأحيان قد يخطئون ويطلبون منك دفع تكاليف خدماتك.
- في كل مرة تستلم فيها فاتورة من مقدم خدمة تابع للشبكة، أرسل إلينا الفاتورة. سنتواصل نحن مباشرة مع مقدم الخدمة ونعمل على حل مشكلة الفوترة.

- إذا كنت قد دفعت بالفعل فاتورة لمقدم خدمة تابع للشبكة، فأرسل إلينا الفاتورة مع المستندات التي تثبت أي مبالغ قمت بدفعها. واطلب منا رد المبلغ إليك مقابل الخدمات المغطاة.

3. إذا تم تسجيلك في خطتنا بأثر رجعي

في بعض الأحيان يتم تسجيل الشخص في خطتنا بأثر رجعي. (يعني ذلك أن اليوم الأول من تسجيله قد مضى بالفعل. وقد يكون تاريخ التسجيل قد وقع في العام الماضي).

إذا تم تسجيلك في خطتنا بأثر رجعي، وكنت قد دفعت تكاليف مباشرة مقابل أي من الخدمات أو الأدوية المغطاة بعد تاريخ تسجيلك، فيمكنك أن تطلب منا رد حصتنا من التكاليف. عليك تقديم مستندات مثل الإيصالات والفواتير لكي نتمكن من معالجة طلب التعويض.

4. عند استخدامك صيدلية غير تابعة للشبكة لصرف وصفة طبية.

إذا ذهبت إلى صيدلية غير تابعة للشبكة، فقد لا تتمكن الصيدلية من تقديم المطالبة إلينا مباشرة. عند حدوث ذلك، سيتعين عليك دفع التكلفة الكاملة لوصفتك الطبية.

احتفظ بإيصالك وأرسل إلينا نسخة منه عند طلب استرداد حصتنا من التكلفة. تذكر أننا نغطي الصيدليات غير التابعة للشبكة في ظروف محدودة فقط. انتقل إلى الفصل 5، القسم 2.5 لمعرفة المزيد حول هذه الظروف. قد لا نعيد لك الفرق بين ما دفعته مقابل الدواء في صيدلية غير تابعة للشبكة والمبلغ الذي ندفعه في صيدلية تابعة للشبكة.

5. عندما تتحمل التكلفة الكاملة للدواء بسبب عدم وجود بطاقة عضويتك في خطتنا بحوزتك

إذا لم تكن بطاقة عضويتك في خطتنا بحوزتك، فيمكنك أن تطلب من الصيدلية الاتصال بخطتنا أو البحث عن معلومات تسجيلك في الخطة. إذا لم تتمكن الصيدلية من الحصول فوراً على معلومات التسجيل المطلوبة، فقد يتعين عليك دفع التكلفة الكاملة للدواء بنفسك.

احتفظ بإيصالك وأرسل إلينا نسخة منه عند طلب استرداد حصتنا من التكلفة. قد لا نرد لك كامل المبلغ الذي دفعته إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.

6. عندما تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية في ظروف أخرى

قد تدفع التكلفة الكاملة للوصفة الطبية إذا تبين أن الدواء غير مشمول بالتغطية لأي سبب.

- على سبيل المثال، قد لا يكون الدواء مدرجاً ضمن قائمة الأدوية الخاصة بخطتنا، أو قد يكون له متطلب أو قيد لم تكن على علم به أو لم تعتقد أنه يجب أن ينطبق عليك. إذا قررت الحصول على الدواء فوراً، فقد تحتاج إلى دفع تكلفته الكاملة.

- احتفظ بإيصالك وأرسل إلينا نسخة منه عند طلب استرداد الأموال. في بعض الحالات، قد نحتاج إلى الحصول على مزيد من المعلومات من طبيبك حتى نتمكن من رد حصتنا من تكلفة الدواء. قد لا نرد لك كامل المبلغ الذي دفعته إذا كان السعر النقدي الذي دفعته أعلى من السعر المتفق عليه للوصفة الطبية.

عند إرسال طلب دفع إلينا، سنراجع طلبك ونقرر ما إذا كانت الخدمات أو الأدوية مغطاة. يُطلق على ذلك اتخاذ قرار التغطية. إذا قررنا أنها مغطاة، فإننا سندفع حصتنا من تكلفة الخدمات أو الأدوية. في حال تم رفض طلبك للسداد، يحق لك طلب استئناف قرارنا. يحتوي الفصل 9 على معلومات حول كيفية طلب الاستئناف.

القسم 2 كيفية طلب دفع المبلغ المسترد أو سداد فاتورة تصلك

يمكنك أن تطلب منا استرداد الأموال من خلال إرسال طلب مكتوب إلينا. إذا أرسلت طلبًا مكتوبًا، فأرسل فاتورتك وأي مستندات تثبت أي مبالغ مدفوعة. من الأفضل أن تحتفظ بنسخة من فاتورتك وإيصالاتك لسجلاتك. **يجب عليك تقديم المطالبة إلينا خلال 12 شهرًا من تاريخ حصولك على الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية.**

لضمان تقديم كل المعلومات اللازمة إلينا من أجل اتخاذ القرار، يمكنك ملء نموذج المطالبة لدينا لتقديم طلب الدفع.

- لست مُلزمًا باستخدام النموذج، لكنه سيساعدنا على معالجة المعلومات بشكل أسرع.
- يمكنك تنزيل نسخة من النموذج من موقعنا الإلكتروني www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms أو الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) وطلب النموذج.
- بالنسبة إلى مطالبات الأدوية الموصوفة، يُرجى إرفاق ما يأتي: اسم الصيدلية وعنوانها ورقم هاتفها، ورقم الوصفة الطبية، وتاريخ الخدمة، واسم الدواء، والرمز القومي للدواء (NDC)، والكمية وعدد الأيام، واسم مقدم الخدمة، والتكلفة/المسؤولية التي يتحملها العضو.
- بالنسبة إلى مطالبات الرعاية الطبية والصحة السلوكية، يُرجى إرفاق ما يأتي: اسم مقدم الخدمة وعنوانه ورقم هاتفه، والمعرف الضريبي، وتاريخ الخدمة، والتشخيص، ووصف المستلزمات ورمز الإجراء إذا توفر، وأي سجلات طبية متعلقة بالخدمة، والمبلغ المفروض والمدفوع.

أرسل طلب الدفع مع أي فواتير أو إيصالات مدفوعة إلى العنوان الآتي:

مطالبات أدوية الجزء D التي تستلزم وصفة طبية	المطالبات الطبية
Providence Health Assurance Attn: Pharmacy Services P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125	Providence Health Assurance Attn: Claims P.O. Box 3125 Portland, OR 97208-3125

القسم 3 مراجعة طلبك للدفع ومنح قرار بالموافقة أو الرفض

عند استلامنا لطلبك بالدفع، سنخطر إذا كنا بحاجة إلى أي معلومات إضافية منك. وإن لم يكن الأمر كذلك، فسوف ننظر في طلبك ونتخذ قرار التغطية.

- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء مشمول بالتغطية وكنت قد اتبعت جميع القواعد، فسوف ندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. إذا كنت قد دفعت مقابل الخدمة أو الدواء بالفعل، فسوف نرسل إليك عبر البريد التعويض الخاص بحصتنا من التكلفة. إذا كنت قد دفعت التكلفة الكاملة لدواء ما، فقد لا يتم تعويضك عن كامل المبلغ الذي دفعته (على سبيل المثال، إذا حصلت على الدواء من صيدلية غير تابعة للشبكة، أو إذا كان السعر النقدي الذي دفعته للدواء أعلى من السعر المتفق عليه). إذا لم تدفع مقابل الخدمة أو الدواء حتى الآن، فنرسل المبلغ إلى مقدم الخدمة مباشرة عبر البريد.
- إذا قررنا أن الرعاية الطبية أو الدواء غير مشمول بالتغطية، أو أنك لم تتبع جميع القواعد، فلن ندفع حصتنا من تكلفة الخدمة أو الدواء. سنرسل إليك خطابًا يوضح أسباب عدم إرسال الدفعة وحقوقك في استئناف هذا القرار.

القسم 3.1 إذا أبلغناك أننا لن ندفع حصتنا من تكلفة الرعاية الطبية أو الدواء، فيمكنك تقديم استئناف

إذا كنت تعتقد أننا ارتكبنا خطأ عند رفض طلبك للدفع أو في المبلغ الذي نقوم بدفعه، فيمكنك تقديم استئناف. وإذا قدمت استئنافاً، فهذا يعني أنك تطلب منا أن نغير القرار الذي اتخذناه عند رفض طلبك للدفع. عملية الاستئناف هي إجراء رسمي يتضمن خطوات تفصيلية ومواعيد نهائية مهمة. للحصول على جميع التفاصيل حول كيفية تقديم هذا الاستئناف، انتقل إلى الفصل 9.

الفصل 8:

حقوقك ومسؤولياتك

القسم 1 يجب أن نحترم خطتنا حقوقك وحساسياتك الثقافية

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 information in languages other than English including Spanish, Vietnamese, Russian, Chinese (Simplified), Arabic, and Somali 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, please call Customer Service at 503-574-8000 or 1 800 603 2340 (TTY users call 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 Customer Service at 503-574-8000 or 1-800-603-2340 (TTY: 711). You may also file a complaint with Medicare by calling 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) or directly with the Office for Civil Rights by calling 1-800-368-1019 or TTY 1-800-537-7697.

Sección 1.1 Debemos proporcionarle información de una manera que sea conveniente para usted y conforme a sus sensibilidades culturales (en otros idiomas que no sean el inglés, en braille, en tamaño de letra grande, o en otros formatos alternativos, etc.)

Nuestro plan tiene la obligación de garantizar que todos los servicios, tanto clínicos como no clínicos, se presten de forma culturalmente competente y sean accesibles para todas las personas inscritas, incluidas las que tienen un dominio limitado del inglés, una capacidad limitada de lectura, una incapacidad auditiva o un origen cultural y étnico diverso. Algunos ejemplos de cómo nuestro plan puede cumplir estos requisitos de accesibilidad incluyen, entre otros, la prestación de servicios de traducción, servicios de intérprete, teletipos o conexión TTY (teléfono de texto o teletipo).

Nuestro plan cuenta con servicios de interpretación gratuitos disponibles para responder a las preguntas de los miembros que no hablan inglés. Este documento está disponible de forma gratuita en español, vietnamita, ruso, árabe, chino (simplificado) y somalí. También podemos proporcionarle los materiales en braille, en tamaño de letra grande o en otros formatos alternativos, sin costo alguno, si lo necesita. Debemos proporcionarle información sobre los beneficios de nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted. Para recibir información de una manera que sea conveniente para usted, llame a Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1 800 603 2340 (los usuarios de TTY deben llamar al 711).

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

Si los proveedores de una especialidad determinada no se encuentran disponibles en la red de nuestro plan, es responsabilidad de nuestro plan localizar proveedores de la especialidad fuera de la red que le proporcionen la atención necesaria. En este caso, solo pagará los costos compartidos dentro de la red. Si se encuentra en una situación en la que no hay especialistas en la red de nuestro plan que cubran un servicio que usted necesita, comuníquese con nuestro plan para que le informen sobre dónde acudir para obtener este servicio con un costo compartido dentro de la red.

Si tiene alguna dificultad para obtener información sobre nuestro plan en un formato que sea accesible y adecuado para usted, consultar con un especialista en salud de las mujeres o encontrar un especialista dentro de la red, llámenos para presentar un reclamo ante el Servicio al cliente al 503-574-8000 o al 1-800-603-2340 (TTY: 711). También puede presentar un reclamo ante Medicare llamando al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o directamente ante la Oficina de Derechos Civiles llamando al 1-800-368-1019 o al TTY 1-800-537-7697.

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

Chương trình của quý vị được yêu cầu để đảm bảo rằng tất cả các dịch vụ, cả y tế và phi y tế, được cung cấp một cách phù hợp về văn hóa và có thể tiếp cận được với tất cả những người ghi danh, bao gồm cả những người có trình độ tiếng Anh hạn chế, kỹ năng đọc hạn chế, khiếm thính hoặc những người có nguồn gốc văn hóa và dân tộc đa dạng. Ví dụ về cách chương trình của chúng tôi có thể đáp ứng các yêu cầu về khả năng tiếp cận này bao gồm, nhưng không chỉ gồm việc cung cấp dịch vụ dịch thuật, dịch vụ thông dịch viên, máy điện báo ghi chữ hoặc kết nối TTY (điện thoại nhắn tin hoặc máy đánh chữ).

Chương trình của chúng tôi có sẵn dịch vụ thông dịch viên miễn phí để trả lời câu hỏi của các thành viên không nói tiếng Anh. Tài liệu này được cung cấp miễn phí bằng tiếng Tây Ban Nha, tiếng Việt, tiếng Nga, tiếng Trung (Giản thể), tiếng Ả Rập và tiếng Somali. Chúng tôi cũng có thể cung cấp cho quý vị tài liệu bằng chữ nổi Braille, chữ in lớn hoặc các định dạng thay thế khác miễn phí nếu quý vị cần. Chúng tôi được yêu cầu phải cung cấp cho quý vị thông tin về các quyền lợi của chương trình ở định dạng có thể truy cập được và phù hợp với quý vị. Để nhận thông tin từ chúng tôi theo cách phù hợp với quý vị, vui lòng gọi Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1 800 603 2340 (người dùng TTY gọi 711).

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

Nếu các nhà cung cấp trong mạng lưới của chương trình cung cấp một chuyên khoa không có sẵn, thì chương trình có trách nhiệm xác định các nhà cung cấp chuyên khoa ngoài mạng lưới để cung cấp cho quý vị dịch vụ chăm sóc cần thiết. Trong trường hợp này, quý vị sẽ chỉ phải thanh toán chia sẻ chi phí trong mạng lưới. Nếu quý vị thấy không thể tìm được bác sĩ chuyên khoa nào trong mạng lưới của chương trình cung cấp dịch vụ mà quý vị cần, hãy gọi cho chương trình để biết thông tin về nơi cần đến để nhận dịch vụ này với mức chia sẻ chi phí trong mạng lưới.

Nếu quý vị gặp bất kỳ khó khăn nào trong việc nhận thông tin từ chương trình của chúng tôi ở định dạng dễ tiếp cận và phù hợp với quý vị, gặp chuyên gia chăm sóc sức khỏe phụ nữ, hoặc tìm một chuyên gia trong mạng lưới, hãy gọi để nộp khiếu nại với Dịch vụ Khách hàng theo số 503-574-8000 hoặc 1-800-603-2340 (TTY: 711). Quý vị cũng có thể nộp khiếu nại với Medicare bằng cách gọi 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) hoặc trực tiếp với Văn phòng Dân Quyền bằng cách gọi 1-800-368-1019 hoặc TTY 1-800-537-7697.

Раздел 1.1. Мы должны предоставлять информацию таким образом, чтобы она была понятна вам и соответствовала вашим культурным особенностям (на других языках, кроме английского, шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах)

Наш план обязан обеспечить, чтобы все услуги, как клинические, так и неклинические, предоставлялись с учетом культурных особенностей и были доступны для всех участников плана, включая тех, кто плохо владеет английским языком, имеет ограниченные навыки чтения, плохо слышит или имеет различное культурное и этническое происхождение. Примеры того, как наш план может выполнить эти требования доступности, включают, но не ограничиваются предоставлением услуг переводчика, устного переводчика, телетайпа или подключения телетайпа (текстового телефона или телетайпа).

В нашем плане предусмотрены бесплатные услуги переводчиков, которые могут ответить на вопросы участников, не говорящих по-английски. Этот документ доступен бесплатно на испанском, вьетнамском, русском, китайском (упрощенном), арабском и сомалийском языках. Мы также можем бесплатно предоставить вам информацию, напечатанную шрифтом Брайля, крупным шрифтом или в других альтернативных форматах, если вам это необходимо. Мы обязаны предоставлять вам информацию о льготах плана в доступном и подходящем для вас формате. Чтобы получить от нас информацию в удобном для вас формате, обратитесь в службу поддержки клиентов по номеру 503-574-8000 или 1 800 603 2340 (пользователям телетайпа следует звонить по номеру 711).

Наш план обязан предоставлять женщинам возможность прямого доступа к специалисту по женскому здоровью в рамках сети для получения плановых и профилактических медицинских услуг.

Если поставщики, входящие в сеть плана по какой-либо специальности, недоступны, план несет ответственность за поиск поставщиков, не входящих в сеть плана, которые предоставят вам необходимую помощь. В этом случае вы будете оплачивать только расходы по схеме обслуживания в сети. Если вы оказались в ситуации, когда в сети плана нет специалистов, покрывающих необходимую вам услугу, позвоните в план и узнайте, куда можно обратиться, чтобы получить эту услугу на условиях распределения расходов в сети.

Если у вас возникли проблемы с получением информации от нашего плана в доступном и подходящем для вас формате, посещением специалиста по женскому здоровью или поиском сетевого специалиста, обратитесь с жалобой в службу поддержки клиентов по телефону 503-574-8000 или 1-800-603-2340 (телетайп: 711). Вы также можете подать жалобу в Medicare, позвонив по номеру 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) или непосредственно в Управление по гражданским правам, позвонив по номеру 1-800-368-1019 или телетайп 1-800-537-7697.

القسم 1.1 يجب علينا أن نقدم المعلومات بطريقة تناسبك وتتوافق مع حساسياتك الثقافية (بلغات أخرى غير الإنجليزية أو بطريقة برايل أو مكتوبة بحروف كبيرة أو بالتنسيقات البديلة الأخرى، وما إلى ذلك)

تتطلب خطتنا ضمان أن يتم تقديم جميع الخدمات، سواء كانت سريرية أو غير سريرية، بطريقة تراعي الكفاءة الثقافية وتجعلها في متناول جميع المسجلين، بمن فيهم ذوي الكفاءة المحدودة في اللغة الإنجليزية، ومهارات القراءة المحدودة، وضعف السمع، أو أولئك الذين لديهم خلفيات ثقافية وعرقية متنوعة. ومن الأمثلة على كيفية تلبية خطتنا لمتطلبات إمكانية الوصول، على سبيل المثال لا الحصر، توفير خدمات الترجمة، أو خدمات المترجمين الفوريين، والمبرقات الكاتبة، أو اتصال TTY (هاتف نصي أو مبرقة كاتبة).

تتضمن خطتنا خدمات المترجمين الفوريين المجانية المتاحة للإجابة على أسئلة الأعضاء غير الناطقين باللغة الإنجليزية. كما يتوفر هذا المستند مجاً باللغات الإسبانية والفيتنامية والروسية والصينية (المبسطة) والعربية والصومالية. يمكننا أيضاً أن نقدم لك المواد بطريقة برايل، أو الطباعة بأحرف كبيرة، أو بتنسيقات بديلة أخرى من دون تحمل أي تكلفة إذا كنت في حاجة إلى ذلك. كما أننا مطالبون بأن نقدم إليك معلومات حول فوائد خطتنا بتنسيق يسهل الوصول إليه ومناسب لك. للحصول على معلومات منا بالطريقة المناسبة لك، يُرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711).

تتطلب خطتنا منح المسجلات خيار الوصول المباشر إلى اختصاصي صحة المرأة ضمن الشبكة للحصول على خدمات الرعاية الصحية الروتينية والوقائية للمرأة.

إذا لم يكن مقدمو الخدمات في شبكة خطتنا لتخصص معين متاحين، فإن مسؤولية خطتنا تكمن في تحديد مقدمي الخدمات المتخصصين خارج الشبكة الذين سيقدمون إليك الرعاية اللازمة. في هذه الحالة، لن تدفع سوى المبلغ الذي تدفعه عادةً عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة. وإذا اكتشفت أنه يتعذر وجود اختصاصيين في شبكة خطتنا لتغطية خدمة تحتاج إليها، فاتصل بخطتنا للحصول على معلومات حول مكان الحصول على هذه الخدمة بالتكلفة نفسها التي تتحملها عند استخدام مزودي الخدمة داخل الشبكة.

إذا واجهتك أي مشكلة في الحصول على معلومات من خطتنا بتنسيق مناسب لك ويمكن الوصول إليه، أو رؤية اختصاصي صحة المرأة، أو العثور على اختصاصي شبكة، فاتصل لتقديم شكوى إلى خدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (مستخدمو TTY يتصلون على الرقم 711). يمكنك أيضاً تقديم شكوى إلى Medicare عن طريق الاتصال بـ 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) أو مباشرةً بمكتب الحقوق المدنية من خلال الاتصال بـ 1-800-368-1019 أو الاتصال بـ 1-800-537-7697 بالنسبة إلى مستخدمي TTY.

第 1.1 部分 我们必须以符合您需求且尊重您文化敏感性的方式提供信息（包括以英语以外的语言、盲文、大字体或其他替代格式等）。

我们的计划旨在确保所有服务（包括临床和非临床服务）均以符合文化背景的方式提供，并且方便于所有参保人，包括英语能力有限者、阅读能力有限者、听力障碍者，以及具有多元文化和种族背景的人群。本计划满足这些无障碍要求的方式，包括但不限于提供翻译服务、口译服务、电传打字机或 TTY（文本电话或电传打字机电话）沟通服务。

非英语母语的会员在使用本计划服务时如果遇到疑问，可借助我们提供的免费口译服务获得解答。本文件可免费提供西班牙语、越南语、俄语、简体中文、阿拉伯语和索马里语版本。如果您需要，我们还可以免费为您提供盲文、大字体或其他替代格式的材料。我们必须以方便您且适合您的方式向您提供有关计划福利的信息。如需以符合您需求的方式从我们这里获取信息，请拨打 503-574-8000 或 1 800 603 2340（TTY 用户请拨打 711）联系客户服务部。

我们的计划必须为女性参保人提供专属选择，使她们能够直接联系网络内的女性健康专科医生，获取女性常规及预防健康护理服务。

如果本计划网络内某专科的医疗服务提供者无法提供服务，本计划有责任为您寻找网络外的专科医疗服务提供者，以确保您获得必要的护理。在这种情况下，您只需支付网络内的分担费用。如果您发现，在我们计划的网络内没有专科医生可提供所需服务，请致电我们的计划，了解如何以网络内费用分担的方式获得该服务。

如果您遇到任何困难，包括以方便您且适合您的方式获取本计划信息、看女性健康专科医生，以及寻找网络内专科医生，请致电客户服务部提交投诉：503-574-8000 或 1-800-603-2340（TTY：711）。您也可以拨打 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) 向 Medicare 提出投诉，或直接拨打 1-800-368-1019 或 TTY 1-800-537-7697，联系公民权利办公室。

Qaybta 1.1 Waa inaan ku siino macluumaadka qaab adiga kugu habboon oo waafaqsan fahamka dhaqankaaga (luqadaha aan ka ahayn Ingiriisiga, qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan, iwm.)

Qorshaheenu wuxuu u baahan yahay inaan hubinno in dhammaan adeegyada, oo ay ku jiraan kuwa klinikal iyo kuwa aan klinikal ahayn labadaba, loo bixiyo hab dhaqan ahaan ku habboon oo ay heli karaan dhammaan dadka isdiwaangashan, oo ay ku jiraan dadka leh aqoonta luqadda Ingiriisiga oo xaddidan, xirfadaha akhriska oo xaddidan, naafo maqal ah, ama dadka leh dhaqamo kala duwan iyo asal qowmiyadeed. Tusaalooyinka sida qorshahayagu u buuxin karo shuruudaha helitaanka waxa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn, bixinta adeegyada turjubaanka, adeegyada tarjumaanka, qalabka qoraalka ee maqalka, ama xiriirka TTY (taleefan qoraal ah ama qalabka farriimaha qoraalka ah).

Qorshahayagu waxa uu leeyahay adeegyo turjubaan oo bilaash ah oo diyaar u ah si looga jawaabo su'aalaha la waydiiyo xubnaha aan ku hadlin luqadda Ingiriisiga. Dukumeentigan waxaa lagu heli karaa lacag la'aan ah luqadaha Isbaanishka, Fiyatnaamiis, Ruushka, Shiine (La fududeeyay), Carabiga, iyo Soomaaliga. Waxaan sidoo kale ku siin karnaa agab qoraalka braille, daabac weyn, ama qaabab kale oo kala duwan lacag la'aan haddii aad u baahan tahay. Waxaan u baahannahay inaan ku siino macluumaadka ku saabsan faa'iidooyinka qorshahayaga qaab ku fudud in la fahmo oo kugu habboon. Si aad macluumaad nooga hesho qaab kugu habboon, fadlan ka wac Adeegga Macaamiisha lambarka 503-574-8000 ama 1 800 603 2340 (Isticmaalayaasha TTY wac 711).

Qorsheheenu wuxuu u baahan yahay inaan siino qof dumar ah ee isdiiwaangashan ikhtiyaarka helitaanka tooska ah ee dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan gudaha shabakadda si ay u helaan adeegyada daryeelka caafimaadka ee joogtada ah iyo ka hortagga haweenka.

Haddii bixiyeyaasha ee ku jira shabakadda qorshaheenu aan la heli karin, waxaa mas'uuliyadda qorshaheena inaan helno bixiyeyaal takhasus leh oo ka baxsan shabakadda kuwaas oo ku siin doona daryeelka lagama maarmaanka ah. Xaaladdan, waxaad bixin doontaa oo keliya kharashka-wadaagga shabakadda gudaha. Haddii aad isku aragto xaalad aysan jirin dhakhaatiir takhasus leh oo ku jira shabakadda qorshahayaga oo daboolaya adeegga aad u baahan tahay, wac qorshahayaga macluumaadka ku saabsan halka aad u tagto si aad u hesho adeeggan kharashka-wadaagga shabakadda gudaha.

Haddii aad haysato wax dhibaato ah oo ku saabsan helitaanka macluumaadka qorshahayaga qaab la heli oo kugu habboon, la kulanka dhakhtar takhasus leh caafimaad haween ka tirsan, ama helitaanka takhasuska shabakadda, wac Adeegga Macaamiisha si aad cabasho u gudbiso lambarka 503-574-8000 ama 1-800-603-2340 (TTY: 711). Waxaad sidoo kale cabasho u gudbin kartaa Medicare adigoo wacaya 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) ama si toos ah ula xiriiri kara Xafiiska Xuquuqda Madaniga ah (Office for Civil Rights) adigoo wacaya 1-800-368-1019 ama TTY 1-800-537-7697.

القسم 1.2 يجب علينا التأكد من حصولك على إمكانية الوصول في الوقت المناسب إلى الخدمات والأدوية المشمولة بالتغطية

يحق لك اختيار مقدم رعاية أولية (PCP) ضمن شبكة خطتنا لتقديم الخدمات المشمولة بالتغطية وتنظيمها. لا نشترط الحصول على إحالات لزيارة مقدمي الخدمات ضمن الشبكة.

يحق لك الحصول على المواعيد والخدمات المشمولة بالتغطية من مقدمي الخدمات في شبكة خطتنا ضمن مدة زمنية مناسبة. ويشمل ذلك الحصول على الخدمات في الوقت المناسب من المتخصصين عند الحاجة إلى هذه الرعاية. يحق لك أيضاً الحق صرف وصفاتك الطبية أو إعادة صرفها في أي من صيدليات شبكتنا دون تأخير طويل.

إذا كنت تعتقد أنك لا تحصل على الرعاية الطبية أو أدوية الجزء D ضمن فترة زمنية معقولة، فيوضح الفصل 9 الإجراءات التي يمكنك اتخاذها.

القسم 1.3 يجب علينا حماية خصوصية معلوماتك الصحية الشخصية

تحمي القوانين الفيدرالية وقوانين الولايات خصوصية سجلاتك الطبية ومعلوماتك الصحية الشخصية. ونحن نحمي معلوماتك الصحية الشخصية كما تقتضي هذه القوانين.

- تشمل معلوماتك الصحية الشخصية المعلومات الشخصية التي قدمتها إلينا عند تسجيلك في هذه الخطة، بالإضافة إلى سجلاتك الطبية وغيرها من المعلومات الطبية والصحية.
- لديك حقوق تتعلق بمعلوماتك وبالتحكم في كيفية استخدام معلوماتك الصحية. نقد إليك إشعار كتابي، يُسمى إشعار ممارسات الخصوصية، يوضح حقوقك ويشرح كيفية حماية خصوصية معلوماتك الصحية.

كيف نحمي خصوصية معلوماتك الصحية؟

- نتأكد من عدم إطلاع الأشخاص غير المصرح لهم على سجلاتك أو تغييرها.
- باستثناء الحالات المذكورة أدناه، إذا كانت لدينا نية لمنح معلوماتك الصحية إلى أي شخص لا يقدم لك الرعاية أو يدفع تكاليفها، فيجب علينا الحصول أولاً على إذن كتابي منك أو من شخص مخول قانونياً لاتخاذ القرارات نيابة عنك.
- هناك بعض الاستثناءات التي لا نلزمنا بالحصول على إذن كتابي منك أولاً. هذه الاستثناءات مسموح بها أو مطلوبة بموجب القانون.
 - نحن ملزمون بالكشف عن المعلومات الصحية للوكالات الحكومية التي تتحقق من جودة الرعاية.

- نظرًا إلى كونك عضوًا في خطتنا من خلال برنامج Medicare، نحن ملزمون بتقديم معلوماتك الصحية إلى Medicare، بما في ذلك معلومات عن أدوية الجزء D التي تستلزم وصفة طبية. إذا كشفت Medicare عن معلوماتك لأغراض البحث أو الاستخدامات الأخرى، فسيتم ذلك وفقًا للقوانين واللوائح الفيدرالية؛ ويشترط ذلك عادةً عدم مشاركة المعلومات التي تحدد هويتك بشكل فريد.

يمكنك الاطلاع على المعلومات في سجلاتك ومعرفة الطريقة التي تمت مشاركتها بها مع الآخرين

يحق لك الاطلاع على سجلاتك الطبية التي تحتفظ بها خطتنا، والحصول على نسخة من سجلاتك. ويُسمح لنا بفرض رسوم على إصدار النسخ. كما يحق لك أن تطلب منا إضافة معلومات إلى سجلاتك الطبية وإجراء تصحيحات عليها. إذا طلبت منا ذلك، فسنعاون مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك لتحديد ما إذا كان ينبغي إجراء التغييرات.

يحق لك معرفة الطريقة التي تمت بها مشاركة معلوماتك الصحية مع الآخرين لأي أغراض غير روتينية.

إذا كانت لديك أي أسئلة أو مخاوف بشأن خصوصية معلوماتك الشخصية الصحية، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

النطاق الكامل لممارسات الخصوصية لدينا موضح في إشعار ممارسات الخصوصية الخاص بنا، ويمكنك العثور عليه على الموقع www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices وكذلك في نهاية دليل العضو الجديد.

عليك معرفة أن المعلومات حول رعايتك الصحية محمية ويتم التعامل معها بسرية. تحترم Providence Health Assurance خصوصية أعضائها وتولي عناية كبيرة في تحديد الوقت المناسب لمشاركة المعلومات الصحية. للحصول على مزيد من المعلومات، يرجى مراجعة الإشعار المتوفر على الموقع www.ProvidenceHealthAssurance.com/PrivacyPractices.

القسم 1.4 يجب أن نزودك بمعلومات عن خطتنا، وشبكة مقدمي الخدمات لدينا، والخدمات المشمولة بالتغطية

بوصفك عضوًا في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، يحق لك الحصول على عدة أنواع من المعلومات منّا.

إذا كنت ترغب في الحصول على أي من أنواع المعلومات الآتية، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711):

- **معلومات حول خطتنا.** ويشمل ذلك، على سبيل المثال، معلومات حول الوضع المالي لخطتنا.
- **معلومات حول مقدمي الخدمات والصيدليات ضمن شبكتنا.** يحق لك الحصول على معلومات حول مؤهلات مقدمي الخدمات والصيدليات في شبكتنا والطريقة التي ندفع بها لمقدمي الخدمات في شبكتنا.
- **معلومات حول التغطية والقواعد التي يجب أن تتبعها عند استخدام التغطية.** يوفر الفصلان 3 و 4 معلومات تتعلق بالخدمات الطبية. يوفر الفصلان 5 و 6 معلومات حول تغطية أدوية الجزء D.
- **معلومات حول سبب عدم شمول خدمة ما بالتغطية وما يمكنك فعله في هذه الحالة.** يوفر الفصل 9 معلومات حول طلب توضيح كتابي يبين سبب عدم شمول خدمة طبية أو دواء من الجزء D بالتغطية، أو في حال كانت تغطيتك مقيّدة. كما يوفر الفصل 9 معلومات حول طلب تغيير قرار ما، وهو ما يُسمى استئناف.

القسم 1.5 لديك الحق في معرفة خيارات العلاج والمشاركة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك

يحق لك الحصول على معلومات كاملة من أطباءك ومن مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. يجب على مقدمي الخدمة توضيح حالتك الطبية وخيارات العلاج بطريقة يمكنك فهمها.

كما يحق لك المشاركة الكاملة في عملية اتخاذ القرارات المتعلقة برعايتك الصحية. لمساعدتك على اتخاذ القرارات مع أطباءك بشأن العلاج الأنسب لك، تشمل حقوقك ما يأتي:

- **معرفة جميع خياراتك.** يحق لك أن يتم إطلاعك بجميع خيارات العلاج الموصى بها لحالتك، بغض النظر عن تكلفتها أو ما إذا كانت مشمولة بالتغطية ضمن خططنا. ويشمل ذلك أيضًا إطلاعك على البرامج التي توفرها خططنا لمساعدة الأعضاء على متابعة أدويتهم واستعمالها بأمان.
- **معرفة المخاطر.** يحق لك أن يتم إطلاعك بأي مخاطر تنطوي عليها رعايتك. يجب إطلاعك مسبقًا إذا كان أي علاج طبي مقترح أو رعاية طبية مقترحة تشكل جزءًا من تجربة بحثية. يحق لك دائمًا رفض الخضوع لأي علاج تجريبي.
- **الحق في "الرفض".** لديك الحق في رفض أي علاج موصى به. ويشمل ذلك الحق في مغادرة المستشفى أو المنشآت الطبية الأخرى، حتى إذا نصحك طبيبك بعدم المغادرة. يحق لك أيضًا التوقف عن تناول أدويةك. إذا رفضت العلاج أو توقفت عن تناول الدواء، فإنك تتحمل كامل المسؤولية عما قد يحدث لجسمك نتيجة لذلك.

يحق لك أن تضع تعليمات بشأن ما يجب القيام به إذا لم تتمكن من اتخاذ القرارات الطبية بنفسك

أحيانًا قد يعجز الأشخاص عن اتخاذ قراراتهم الصحية بأنفسهم بسبب الحوادث أو الأمراض الخطيرة. لديك الحق في أن تحدد ما ترغب في حدوثه إذا وجدت نفسك في مثل هذا الموقف. أي أن *لك الحق، إذا رغبت، في أن تقوم بما يأتي:*

- ملء نموذج خطي لتفويض شخص ما بالسلطة القانونية لاتخاذ القرارات الطبية نيابةً عنك، إذا أصبحت يومًا ما غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.
- منح أطباءك تعليمات مكتوبة حول الطريقة التي ترغب في إدارة رعايتك الطبية بها إذا أصبحت غير قادر على اتخاذ القرارات بنفسك.

تُسمى المستندات القانونية التي يمكنك استخدامها لإعطاء توجيهات مسبقة في مثل هذه الحالات بـ **"التوجيهات المسبقة"**. تشمل أمثلة "التوجيهات المسبقة" مستندات مثل **"وصية الحياة"** و **"التوكيل الرسمي للرعاية الطبية"**.

كيفية إعداد توجيه مسبق لتقديم التعليمات:

- **احصل على استمارة.** يمكنك الحصول على نموذج توجيه مسبق من محاميك، أو من الأخصائي الاجتماعي، أو من بعض متاجر المستلزمات المكتبية. في بعض الأحيان، يمكنك الحصول على نماذج التوجيه المسبق من المؤسسات التي تقدم للأشخاص معلومات حول Medicare.
- **املأ النموذج ووقعه.** بغض النظر عن المكان الذي تحصل فيه على هذا النموذج، فإنه يُعد مستندًا قانونيًا. فيرجى مراعاة الحصول على مساعدة أحد المحامين لإعداد هذا المستند.
- **قدم نُسخ من النموذج إلى الأشخاص المناسبين.** امنح نسخة من النموذج لطبيبك والشخص الذي ذكرت اسمه في النموذج والذي يمكنه اتخاذ القرارات نيابةً عنك إذا كنت لا تستطيع القيام بذلك. قد ترغب أيضًا في منح نُسخ إلى الأصدقاء المقربين أو أفراد العائلة. احتفظ كذلك بنسخة في المنزل.
- **في حال معرفتك مسبقًا أنك ستدخل المستشفى، وإذا كنت قد وقعت توجيهًا مسبقًا، فخذ نسخة معك إلى المستشفى.**

- سيسألك المستشفى عما إذا كنت قد وقعت نموذج توجيه مسبق وما إذا كان بحوزتك.
- إذا لم تكن قد وقعت نموذج التوجيه المسبق، فهناك نماذج متوفرة في المستشفى، وسيسألك المستشفى عما إذا كنت ترغب في توقيع نموذج.

يُعد ملء التوجيه المسبق أمرًا اختياريًا (ويشمل ذلك ما إذا كنت ترغب في توقيعه في أثناء وجودك في المستشفى). وفقًا للقانون، لا يحق لأحد أن يرفض رعايتك أو يعاملك بتمييز بناءً على ما إذا كنت قد وقعت توجيهًا مسبقًا أم لا.

إذا لم يتم اتباع تعليماتك

إذا كنت قد وقعت توجيهًا مسبقًا وتعتقد أن الطبيب أو المستشفى لا يتبع التعليمات المذكورة فيه، فيمكنك تقديم شكوى إلى:

الهيئة الصحية لأوريغون
تنظيم الرعاية الصحية وتحسين الجودة
800 NE Oregon Street, Suite 465
Portland, OR 97232
الهاتف: 971-673-0540
TTY: 711
الفاكس: 971-673-0556
البريد الإلكتروني: mailbox.hclcl@odhsoha.oregon.gov

القسم 1.6 يحق لك تقديم الشكاوى وطلب إعادة النظر في القرارات التي اتخذناها

إذا كانت لديك أي مشكلات أو مخاوف أو شكاوى وتحتاج إلى طلب التغطية أو تقديم استئناف، يوضح الفصل 9 من هذا المستند ما يمكنك القيام به. سواء طلبت قرارًا للتغطية، أو قدمت استئنافًا، أو قدمت شكوى، فإننا ملزمون بمعاملتك بطريقة عادلة.

القسم 1.7 إذا كنت تعتقد أنه يتم التعامل معك بغير إنصاف أو أنه لا يتم احترام حقوقك

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت لمعاملة غير منصفة أو أن حقوقك لم تُحترم بسبب العرق أو الإعاقة أو الدين أو الجنس أو الحالة الصحية أو الإثنية أو المعتقدات أو العمر أو الأصل القومي، فاتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-800-537-7697)، أو اتصل بمكتب الحقوق المدنية المحلي التابع لمنطقتك.

إذا كنت تعتقد أنك تعرضت لمعاملة غير منصفة أو أن حقوقك لم تُحترم، ولم يكن الأمر متعلقًا بالتمييز، فيمكنك الحصول على المساعدة للتعامل مع المشكلة التي تواجهها:

- اتصل بخدمة عملاء خطتنا على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711)
- اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية المحلي لديك على الرقم 1-800-722-4134
- اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي خدمة TTY الاتصال على 1-877-486-2048)

الفصل 1.8 كيفية الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك

يمكنك الحصول على مزيد من المعلومات حول حقوقك من هذه الأماكن:

- اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711)
- اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية المحلي لديك على الرقم 1-800-722-4134
- تواصل مع Medicare
 - تفضل بزيارة www.Medicare.gov لقراءة منشور حقوق وحماية Medicare (المتاح على: www.medicare.gov/Pubs/pdf/11534-Medicare-Rights-and-Protections.pdf)
 - اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048)

القسم 2 مسؤولياتك كعضو في خطتنا

الأمر الذي يجب عليك القيام به بصفقتك عضوًا في خطتنا مدرجة أدناه. لطرح الأسئلة، اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

- تعرف على الخدمات التي تغطيها خطتك والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على هذه الخدمات. استخدم "دليل التغطية" هذا لتتعرف على الخدمات المشمولة بالتغطية والقواعد التي يجب اتباعها للحصول على الخدمات المغطاة.
 - يقدم الفصلان 3 و4 تفاصيل حول الخدمات الطبية.
 - يقدم الفصلان 5 و6 تفاصيل حول تغطية أدوية الجزء D.
- إذا كانت لديك أي تغطية صحية أو تغطية للأدوية إضافية إلى جانب خطتنا، فيجب عليك إعلامنا بذلك. يوضح لك الفصل 1 كيفية تنسيق هذه المزايا.
- أخبر طبيبك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين بأنك مسجل في خطتنا. أظهر بطاقة عضويتك في الخطة وبطاقة Medicaid الخاصة بك عند الحصول على الرعاية الطبية أو أدوية الجزء D.
- مكن أطباءك ومقدمي الخدمات الآخرين من مساعدتك من خلال تقديم المعلومات وطرح الأسئلة والالتزام بمتابعة الرعاية.
 - للحصول على أفضل رعاية، أخبر أطباءك ومقدمي الرعاية الصحية بمشكلاتك الصحية. اتبع خطط العلاج والتعليمات التي تتفق عليها مع أطباءك.
 - تأكد من أن يعرف أطباءك جميع الأدوية التي تتناولها، بما في ذلك الأدوية المتاحة من دون وصفة والفيتامينات والمكملات.
 - إذا كانت لديك أسئلة، تأكد من طرحها والحصول على إجابات يمكنك فهمها.
- كن مُراعياً. نحن نتوقع من أعضائنا احترام حقوق المرضى الآخرين. نتوقع منك أيضاً التصرف بطريقة تساعد على سير العمل بسلاسة في عيادة طبيبك والمستشفيات والمراكز الأخرى.
- سدد المستحقات. بصفقتك عضوًا في الخطة، أنت مسؤول عن هذه المدفوعات:

- يجب أن تواصل دفع أقساط Medicare لاستمرار عضويتك في خطتنا (إلا إذا كانت Medicaid تدفع هذه الأقساط نيابةً عنك).
- بالنسبة إلى معظم الأدوية التي تغطيها خطتنا، يجب عليك دفع حصتك من التكلفة عند الحصول على الدواء.
- إذا انتقلت *داخل* نطاق خدمة خطتنا، فيجب أن نعلم بذلك حتى نتمكن من تحديث سجلات عضويتك ومعرفة كيفية التواصل معك.
- إذا انتقلت *خارج* نطاق خدمة خطتنا، فلن نستطيع الاحتفاظ بعضويتك في خطتنا.
- إذا انتقلت إلى عنوان جديد، فأخبر الضمان الاجتماعي (أو مجلس تقاعد السكك الحديدية).

الفصل 9:

إذا كان لديك مشكلة أو شكوى (قرارات التغطية، الاستثناءات، الشكاوى)

القسم 1 ما يجب فعله في حالة وجود مشكلة أو مخاوف

يوضح هذا الفصل إجراءات معالجة المشكلات والمخاوف. تعتمد الإجراءات التي تتبعها لمعالجة مشكلتك على أمرين:

1. ما إذا كانت المشكلة تتعلق بالمزايا التي تغطيها **Medicare** أو **Medicaid**. إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة لاتخاذ قرار بشأن ما إذا كان عليك استخدام إجراءات Medicare أو Medicaid أو كليهما، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

2. نوع المشكلة التي تواجهها:

- تتطلب معالجة بعض المشكلات استخدام إجراءات قرارات التغطية والاستثناءات.
- تتطلب معالجة بعض المشكلات الأخرى استخدام إجراء تقديم الشكاوى (تسمى أيضًا التظلمات).

وافقت Medicare على كلا الإجراءين. يحتوي كل إجراء على مجموعة من القواعد والعمليات والمواعيد النهائية التي يجب عليك وعلينا اتباعها.

ستساعدك المعلومات المذكورة في هذا الفصل على تحديد الإجراء الصحيح الذي يجب استخدامه وما يجب فعله.

الفصل 1.1 المصطلحات القانونية

هناك مصطلحات قانونية لبعض القواعد والعمليات وأنواع المواعيد النهائية الموضحة في هذا الفصل. العديد من هذه المصطلحات غير شائعة لدى معظم الناس. لتبسيط الأمور، يستخدم هذا الفصل كلمات أكثر شيوعًا بدلاً من بعض المصطلحات القانونية.

ومع ذلك، من المهم أحيانًا معرفة المصطلحات القانونية الصحيحة. لمساعدتك على معرفة المصطلحات التي يجب استخدامها للحصول على المساعدة أو المعلومات المناسبة، نُدرج هذه المصطلحات القانونية عند تقديم تفاصيل حول كيفية التعامل مع مواقف محددة.

القسم 2 أين يمكن الحصول على مزيد من المعلومات والمساعدة المخصصة

نحن متاحون دائمًا لمساعدتك. حتى إذا كانت لديك شكوى حول طريقة تعاملنا معك، فإننا ملزمون باحترام حقك في تقديم الشكاوى. يمكنك دائمًا الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) للحصول على المساعدة. في بعض الحالات، قد تحتاج أيضًا إلى الحصول على المساعدة أو الإرشاد من شخص غير مرتبط بنا. هناك منطمتان يمكنهما تقديم المساعدة:

برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP)

لكل ولاية برنامج حكومي يضم مستشارين مدربين. هذا البرنامج ليس مرتبطاً بنا ولا بأي شركة تأمين أو خطة صحية. يمكن لمستشاري هذا البرنامج مساعدتك على فهم أي إجراء يجب عليك اتباعه لمعالجة المشكلة التي تواجهها. كما يمكنهم الإجابة عن الأسئلة وتقديم مزيد من المعلومات وتوفير إرشادات حول ما يجب فعله.

تتوفر خدمات مستشاري برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية مجاناً. في ولاية أوريغون، يُسمى برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية باسم "مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن" (SHIBA). يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن على الرقم 1-800-722-4134 أو زيارتهم على الموقع الإلكتروني www.shiba.oregon.gov.

Medicare

يمكنك أيضاً الاتصال بـ Medicare للحصول على المساعدة:

- يمكنك الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- تفضّل زيارة www.Medicare.gov

يمكنك الحصول على المساعدة والمعلومات من Medicaid

الوسيلة	خطة أوريغون للرعاية الصحية (Medicaid) – معلومات الاتصال
اتصل بـ	1-800-273-0557
	المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. ساعات العمل من يوم الاثنين إلى يوم الجمعة، من الساعة 8 صباحاً إلى الساعة 5 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
TTY	711
المراسلات	Oregon Health Plan (OHP) PO Box 14015 Salem, OR 97309
الموقع الإلكتروني	www.oregon.gov/oha/HSD/OHP/pages/help.aspx

القسم 3 الإجراءات التي يجب استخدامها لحل مشكلتك

بما أنك مشترك في Medicare وتحصل على مساعدة من خطة Oregon Health Plan (Medicaid)، فهناك إجراءات مختلفة يمكنك اتباعها لمعالجة مشكلتك أو شكواك. يعتمد الإجراء الذي ستستخدمه على ما إذا كانت المشكلة تتعلق بمزايا Medicare أو بمزايا Oregon Health Plan (Medicaid). إذا كانت مشكلتك تتعلق بالمزايا المغطاة في برنامج Medicare، فاستخدم إجراءات Medicare. إذا كانت مشكلتك تتعلق بالمزايا المغطاة في خطة Oregon Health Plan (Medicaid)، فاستخدم إجراءات Oregon Health Plan (Medicaid). إذا كنت ترغب في الحصول على المساعدة لاتخاذ قرار بشأن ما إذا كان عليك استخدام إجراءات Medicare أو Oregon Health Plan (Medicaid) أو كليهما، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).
 تم توضيح إجراءات Medicare وإجراءات Oregon Health Plan (Medicaid) في أجزاء مختلفة من هذا الفصل. لمعرفة الجزء الذي ينبغي لك قراءته، استخدم المخطط أدناه.

هل تتعلق مشكلتك بمزايا Medicare أم مزايا Medicaid؟

تتعلق مشكلتي بمزايا Medicare.

انتقل إلى القسم 4، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicare.

تتعلق مشكلتي بمزايا Medicaid.

انتقل إلى القسم 12، التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicaid.

القسم 4 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicare

هل تتعلق مشكلاتك أو مخاوفك بالمزايا أم بالتغطية؟

يشمل ذلك المشكلات المتعلقة بما إذا كانت الرعاية الطبية (المستلزمات و/أو الخدمات الطبية و/أو أدوية الجزء B) مغطاة أم لا، وطريقة تغطيتها، والمشكلات المتعلقة بدفع تكاليف الرعاية الطبية.

نعم.

انتقل إلى القسم 5، دليل قرارات التغطية والاستثناءات.

لا.

انتقل إلى القسم 11، كيفية تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو مخاوف أخرى.

قرارات التغطية والاستثناءات

القسم 5 دليل قرارات التغطية والاستثناءات

تتعامل قرارات التغطية والاستثناءات مع المشكلات المتعلقة بمزايا الرعاية الطبية وتغطيتها (الخدمات والمستلزمات وأدوية الجزء B، بما في ذلك الدفع). لتبسيط الأمور، نشير عمومًا إلى المستلزمات الطبية والخدمات وأدوية الجزء B من Medicare باسم الرعاية الطبية. يمكنك استخدام إجراءات قرارات التغطية والاستثناءات لحل المشكلات مثل معرفة ما إذا كان شيء ما مغطى أم لا، وطريقة تغطيته.

الاستفسار عن قرارات التغطية قبل الحصول على الخدمات

إذا كنت ترغب في معرفة ما إذا كنا سنغطي الرعاية الطبية أم لا قبل الحصول عليها، فيمكنك طلب اتخاذ قرار التغطية. قرار التغطية هو القرار الذي نتخذه بشأن المزايا والتغطية أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل رعايتك الطبية. على سبيل المثال، إذا قام الطبيب التابع لشبكتنا بإحالتك إلى طبيب مختص خارج الشبكة، فسُعد هذه الإحالة قرار تغطية إيجابيًا ما لم تتمكن أنت أو الطبيب التابع للشبكة من إثبات حصولك على إشعار رفض قياسي لهذه الخدمة الطبية، أو إذا أوضحت وثيقة/إثبات التغطية أن الخدمة المحالة لا تُغطى أبدًا تحت أي ظرف. يمكنك أنت أو طبيبك أيضًا الاتصال بنا وطلب قرار تغطية إذا كان طبيبك غير متأكد مما إذا كنا سنغطي خدمة طبية معينة، أو إذا رفض تقديم الرعاية الطبية التي تعتقد أنك بحاجة إليها.

في بعض الحالات المحدودة، قد يتم رفض طلب قرار التغطية، وهذا يعني أننا لن نقوم بمراجعة الطلب. وتشمل الأمثلة على الحالات التي قد يُرفض فيها الطلب إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابة عنك دون أن يكون مفوضًا قانونيًا، أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلب قرار التغطية، فسنرسل إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة هذا الرفض.

نتخذ قرار التغطية عندما نقرر الخدمات المشمولة لك بالتغطية ومقدار المبلغ الذي سندفعه. في بعض الحالات، قد نقرر أن الرعاية الطبية غير مشمولة بالتغطية أو لم تعد مغطاة لك. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية هذا، فيمكنك تقديم استئناف.

تقديم استئناف

إذا اتخذنا قرار تغطية، سواء قبل أو بعد حصولك على المزايا، ولم تكن راضيًا عنه، فيمكنك تقديم استئناف للقرار. الاستئناف هو طريقة رسمية لطلب مراجعتنا لقرار التغطية الذي اتخذناه وتغييره. في بعض الحالات، يمكنك طلب استئناف سريع أو عاجل لقرار التغطية. يعالج استئنافك مراجعون مختلفون عن الذين اتخذوا القرار الأصلي.

عندما تستأنف قرارًا للمرة الأولى، يُسمى ذلك بالاستئناف من المستوى 1. في هذا الاستئناف، نقوم بمراجعة قرار التغطية الذي اتخذناه للتحقق من اتباعنا للقواعد بشكل صحيح. عند الانتهاء من المراجعة، نرسل إليك قرارنا.

في بعض الحالات المحدودة، قد يتم رفض طلب الاستئناف من المستوى 1، وهذا يعني أننا لن نقوم بمراجعة الطلب. وتشمل الأمثلة على الحالات التي قد يُرفض فيها الطلب إذا كان الطلب غير مكتمل، أو إذا قام شخص ما بتقديم الطلب نيابة عنك دون أن يكون مفوضًا قانونيًا، أو إذا طلبت سحب طلبك. إذا رفضنا طلب الاستئناف من المستوى 1، فسنرسل إشعارًا يوضح سبب رفض الطلب وكيفية طلب مراجعة هذا الرفض.

إذا رفضنا استئنافك من المستوى 1 بخصوص الرعاية الطبية، كله أو جزء منه، سيتم تحويل الاستئناف تلقائيًا إلى استئناف من المستوى 2 تراجعته منظمة مستقلة غير مرتبطة بنا.

- لا تحتاج إلى القيام بأي شيء لبدء الاستئناف من المستوى 2. حيث تتطلب قواعد Medicare أن نقوم تلقائيًا بتحويل استئنافك للرعاية الطبية إلى المستوى 2 إذا لم نوافق بالكامل على الاستئناف من المستوى 1.
- انتقل إلى **القسم 6.4** للحصول على مزيد من المعلومات حول الاستئنافات من المستوى 2 للرعاية الطبية.
- يتم تناول استئنافات الجزء D في القسم 7.

إذا لم تكن راضيًا عن قرار الاستئناف من المستوى 2، فقد تتمكن من متابعة الاستئناف عبر مستويات إضافية (يشرح هذا الفصل إجراءات الاستئنافات من المستويات 3 و4 و5).

القسم 5.1 الحصول على المساعدة لطلب قرار تغطية أو تقديم استئناف

إليك الموارد المتاحة إذا قررت طلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف قرار ما:

- اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711)
- احصل على المساعدة من برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية
- يمكن لطبيبك تقديم الطلب نيابة عنك. إذا ساعدك طبيبك بشأن استئناف يتجاوز المستوى 2، فيجب تعيينه كممثل لك. اتصل بخدمة العملاء واطلب نموذج تعيين ممثل. (يتوفر النموذج أيضًا على الموقع الإلكتروني www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms).

- بالنسبة إلى الرعاية الطبية، يمكن لطبيبك طلب قرار تغطية أو استئناف من المستوى 1 نيابةً عنك. إذا تم رفض استئنافك في المستوى 1، فسيتم تحويله تلقائيًا إلى المستوى 2.

- بالنسبة إلى أدوية الجزء D، يمكن لطبيبك أو أي طبيب معالج آخر طلب قرار تغطية أو استئناف من المستوى 1 نيابةً عنك. إذا تم رفض استئنافك من المستوى 1، فيمكن لطبيبك أو الطبيب المعالج طلب استئناف من المستوى 2.
- **يمكنك أن تطلب من شخص ما التصرف نيابةً عنك.** يمكنك تعيين شخص آخر للتصرف نيابةً عنك بوصفه ممثلًا لك لطلب قرار التغطية أو تقديم استئناف.
 - إذا كنت ترغب في أن يكون صديقك أو أحد أقاربك أو أي شخص آخر ممثلك، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) واطلب نموذج تعيين ممثل. (يتوفر النموذج أيضًا على الموقع الإلكتروني www.CMS.gov/Medicare/CMS-Forms/CMS-Forms/downloads/cms1696.pdf أو على موقعنا الإلكتروني www.ProvidenceHealthAssurance.com/MemberForms). يمنح هذا النموذج الشخص الإذن للتصرف نيابةً عنك. يجب أن يكون موقعًا منك ومن الشخص الذي ترغب في تصرفه نيابةً عنك. ويجب عليك أن تمنحنا نسخة من النموذج الموقع.
 - يمكننا قبول طلب الاستئناف من ممثلك من دون الحصول على النموذج، لكن لا يمكننا إكمال المراجعة حتى نحصل عليه. إذا لم نحصل على النموذج قبل الموعد النهائي لاتخاذ قرار بشأن استئنافك، فسيتم رفض طلب الاستئناف. إذا حدث ذلك، فسنرسل إليك إشعارًا مكتوبًا يوضح حقك في طلب مراجعة قرارنا برفض استئنافك من منظمة المراجعة المستقلة.
- **لديك أيضًا الحق في توكيل محام.** يمكنك التواصل مع محاميك الخاص، أو الحصول على اسم محام من نقابة المحامين المحلية أو أي خدمة إحالة أخرى. هناك مجموعات تقدم لك خدمات قانونية مجانية إذا كنت مؤهلاً. ومع ذلك، لا يُشترط عليك توكيل محام لطلب أي نوع من قرارات التغطية أو استئناف أي قرار.

القسم 5.2 القواعد والمواعيد النهائية للحالات المختلفة

هنا 4 حالات مختلفة تتضمن قرارات التغطية والاستئنافات. لكل حالة قواعد ومواعيد نهائية مختلفة. فيما يأتي تفاصيل كل حالة:

- **القسم 6: الرعاية الطبية:** كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 7: أدوية الجزء D:** كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف
- **القسم 8: كيفية طلب استمرار تغطية الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين** إذا كنت تعتقد أنه يتم إخراجك مبكرًا
- **القسم 9: كيفية مطالبتنا باستمرار تغطية خدمات طبية معينة** إذا كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي مبكرًا (ينطبق على هذه الخدمات فقط: الرعاية الصحية المنزلية، رعاية مرافق التمريض المتمكنة، وخدمات مرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين ((CORF))

إذا لم تكن متأكدًا أي المعلومات تنطبق عليك، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711). يمكنك أيضًا الحصول على المساعدة أو المعلومات من برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية.

القسم 6 الرعاية الطبية: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف

القسم 6.1 ما يجب فعله إذا واجهت مشكلات في الحصول على تغطية للرعاية الطبية أو أردت أن نعيد لك تكاليف الرعاية

توضح مزايا الرعاية الطبية في الفصل 4 ضمن مخطط المزايا الطبية. في بعض الحالات، تنطبق قواعد مختلفة على طلب أدوية الجزء B. في تلك الحالات، سنوضح كيف تختلف قواعد أدوية الجزء B عن قواعد المستلزمات والخدمات الطبية.

يوضح لك هذا القسم ما يمكنك فعله إذا واجهت أي من المواقف الخمس الآتية:

1. لا تتلقى بعض الرعاية الطبية التي ترغب فيها، وتعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **اطلب الحصول على قرار تغطية. انظر القسم 6.2.**
2. لم توافق خطتنا على الرعاية الطبية التي يرغب طبيبك أو مقدم الرعاية الطبية الآخر في تقديمها لك، وأنت تعتقد أن خطتنا تغطي هذه الرعاية. **اطلب الحصول على قرار تغطية. انظر القسم 6.2.**
3. تلقيت رعاية طبية تعتقد أنه يجب على خطتنا تغطيتها، لكننا قررنا عدم الدفع مقابل هذه الرعاية. **قدم استئنافاً. انظر القسم 6.3.**
4. تلقيت رعاية طبية ودفعت مقابلها بينما تعتقد أنه يجب على خطتنا تغطيتها، وترغب في طلب تعويض من خطتنا عن هذه الرعاية. **أرسل إلينا الفاتورة. انظر القسم 6.5.**
5. تم إبلاغك بأن التغطية لبعض الرعاية الطبية التي كنت تتلقاها، والموافق عليها سابقاً، سيتم تقليلها أو إيقافها، وتعتقد أن تقليل هذه الرعاية أو إيقافها قد يضر بصحتك. **قدم استئنافاً. انظر القسم 6.3.**

ملاحظة: إذا كانت التغطية التي سيتم إيقافها تتعلق بالرعاية في المستشفى أو الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرافق التمريض المتكئة أو خدمات مرافق إعادة التأهيل الشاملة للمرضى الخارجيين (CORF)، فانقل إلى القسمين 8 و9. تنطبق قواعد خاصة على هذه الأنواع من الرعاية.

القسم 6.2 كيفية طلب قرار التغطية

المصطلحات القانونية:

قرار التغطية الذي يتعلق برعايتك الطبية يُسمى **قرار المؤسسة**.

قرار التغطية السريع يُسمى **قرارًا عاجلاً**.

الخطوة 1: قرر ما إذا كنت بحاجة إلى قرار تغطية عادي أم قرار تغطية سريع.

يتم عادةً اتخاذ قرار التغطية العادي خلال 7 أيام تقويمية إذا كانت المستلزمات أو الخدمات الطبية خاضعة لقواعد الموافقة المسبقة لدينا، و14 يومًا تقويمياً لجميع المستلزمات والخدمات الأخرى، أو خلال 72 ساعة لأدوية الجزء B. يتم عادةً اتخاذ قرار التغطية السريع خلال 72 ساعة للخدمات الطبية أو خلال 24 ساعة لأدوية الجزء B.

يمكنك الحصول على قرار تغطية سريع فقط إذا كان الالتزام بالمواعيد النهائية القياسية قد يسبب ضررًا جسيمًا لصحتك أو يعوق قدرتك على استعادة وظائفك.

إذا أخبرنا طبيبك أن حالتك الصحية تستدعي قرار تغطية سريعًا، فسنوافق تلقائيًا على منحك قرار تغطية سريعًا.

إذا طلبت قرار تغطية سريعًا بنفسك من دون دعم طبيبك، فسنقرر ما إذا كانت حالتك الصحية تتطلب أن نمنحك قرار تغطية سريعًا أم لا. وإذا لم نوافق على منحك قرار تغطية سريعًا، فسوف نرسل إليك خطابًا:

- يوضح أننا سنستخدم المواعيد النهائية العادية.
- يوضح أنه إذا طلب طبيبك قرار تغطية سريعًا، فسنمنحك تلقائيًا قرار تغطية سريعًا.
- يوضح أنه بإمكانك تقديم شكوى سريعة بخصوص قرارنا بأن نمنحك قرار تغطية عاديًا بدلاً من قرار التغطية السريع الذي طلبته.

الخطوة 2: اطلب من خطتنا إصدار قرار تغطية أو قرار تغطية سريع.

- ابدأ بالتواصل هاتفياً أو كتابياً أو عن طريق الفاكس مع خطتنا لتقديم طلبك إلينا لنأذن بتغطية الرعاية الطبية التي تريدها أو نوفرها لك. فيمكنك أنت أو طبيبك أو ممثلك القيام بذلك. يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال.

الخطوة 3: ننظر في طلبك للحصول على تغطية الرعاية الطبية ونوافقك بردنا.

بالنسبة إلى قرارات التغطية العادية، نستخدم المواعيد النهائية العادية.

يعني هذا أننا سنرد عليك في غضون 7 أيام تقويمية بعد أن يصلنا طلبك بشأن منتج أو خدمة طبية تخضع لقواعد التصريح المسبق الخاصة بنا. أما إذا لم يكن المنتج أو الخدمة الطبية المطلوبة خاضعين لقواعد التصريح المسبق الخاصة بنا، فسنرد عليك في غضون 14 يومًا تقويمياً بعد أن يصلنا طلبك. وإذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B، فسنرد عليك في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا طلبك.

- ومع ذلك، إذا طلبت المزيد من الوقت أو كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويمياً إضافياً إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية. وإذا استغرقنا أياماً إضافية، فسنعلمك كتابياً. ولكن لا يمكننا أن نستغرق وقتاً إضافياً لاتخاذ قرار إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.
- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي أن نستغرق أياماً إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. وسنرد على شكاوك فور اتخاذنا القرار. (تختلف عملية تقديم الشكاوى عن عملية تقديم قرارات التغطية والاستثناءات. انتقل إلى القسم 11 من هذا الفصل للاطلاع على معلومات الشكاوى.)

بالنسبة إلى قرارات التغطية السريعة، نستخدم إطاراً زمنياً عاجلاً

يعني قرار التغطية السريع أننا سنرد في غضون 72 ساعة إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية. وإذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B، فسنرد في غضون 24 ساعة.

- ومع ذلك، إذا طلبت المزيد من الوقت أو كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويمياً إضافياً. وإذا استغرقنا أياماً إضافية، فسنعلمك كتابياً. ولكن لا يمكننا أن نستغرق وقتاً إضافياً لاتخاذ قرار إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.
- إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي أن نستغرق أياماً إضافية، فيمكنك تقديم شكوى سريعة. (انتقل إلى القسم 11 للاطلاع على معلومات الشكاوى.) وسنتصل بك فور اتخاذنا القرار.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بياناً كتابياً يوضح سبب الرفض.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلبك للحصول على تغطية الرعاية الطبية، فيمكنك تقديم استئناف.

إذا رفضنا طلبك، يحق لك أن تطلب منا إعادة النظر في هذا القرار عن طريق تقديم استئناف. وهذا يعني تقديم طلب مرة أخرى للحصول على تغطية الرعاية الطبية التي تريدها. إذا قدمت استئنافاً، فهذا يعني انتقالك إلى المستوى 1 من إجراءات الاستئنافات.

القسم 6.3 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1

المصطلحات القانونية:

يُطلق على الاستئناف الموجه إلى خطتنا بشأن قرار تغطية الرعاية الطبية إعادة النظر في الخطوة. كما يُطلق على الاستئناف السريع إعادة النظر العاجلة.

الخطوة 1: قرر ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف عادي أم استئناف سريع.

عادةً ما يُقدم الاستئناف العادي في غضون 30 يومًا تقويميًا أو 7 أيام تقويمية بالنسبة إلى أدوية الجزء B. وبشكل عام يُقدم الاستئناف السريع في غضون 72 ساعة.

- إذا كنت تقدم استئنافاً على قرار اتخذناه حيال تغطية الرعاية، فعليك أنت و/أو طبيبك أن تقررا ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف سريع. وإذا أخبرك طبيبك أن حالتك الصحية تتطلب استئنافاً سريعاً، فسنمنحك استئنافاً سريعاً.
- إن متطلبات الحصول على استئناف سريع هي نفسها المتطلبات اللازمة للحصول على قرار تغطية سريع الموضحة في القسم 6.2 من هذا الفصل.

الخطوة 2: اطلب من خطتنا استئنافاً أو استئنافاً سريعاً

- إذا كنت تطلب استئنافاً عادياً، فقدمه كتابياً. يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال.
- إذا كنت تطلب استئنافاً سريعاً، فقدمه كتابياً أو هاتفياً. يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال.
- يجب أن تقدم طلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويميًا من التاريخ الموضح في الإشعار الكتابي الذي أرسلناه إليك عند إبلاغك بردنا بشأن قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي المحدد وكان لديك سبب وجيه لذلك، فاشرح سبب تأخر استئنافك عند تقديمه. وقد نمنحك مزيداً من الوقت لتقديم استئنافك. ومن أمثلة الأسباب الوجيهة لذلك إصابتك بمرض خطير منعك من الاتصال بنا أو أننا زدناك بمعلومات غير صحيحة أو غير كاملة بشأن الموعد النهائي لطلب الاستئناف.
- يمكنك طلب نسخة من المعلومات المتعلقة بقرارك الطبي. كما يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لدعم استئنافك.

الخطوة 3: ننظر في استئنافك ونوافقك بردنا.

- عند مراجعة الاستئناف الذي تقدمه، نفحص جميع المعلومات بعناية. ونتحقق من أننا التزمنا بكافة القواعد عند رفض طلبك.
- سنجمع المزيد من المعلومات عند الحاجة وقد نتواصل معك أو مع طبيبك.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- بالنسبة إلى الاستئناف السريع، يجب أن نرد عليك في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا استئنافك. وسنرد عليك في وقت أقرب إذا استدعتنا حالتك الصحية لذلك.
 - إذا طلبت المزيد من الوقت أو كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية. إذا استغرقنا أيامًا إضافية، سنعلمك كتابيًا. ولكن لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.
 - إذا لم نرد عليك في غضون 72 ساعة (أو بحلول نهاية فترة التمديد في حال أننا استغرقنا أيامًا إضافية)، فحن ملزمون بإحالة طلبك تلقائيًا إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجع منظمة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 6.4 إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فعلينا أن نأذن بالتغطية التي وافقنا عليها ونوفرها لك في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا استئنافك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك قرارنا كتابيًا ونحيل استئنافك تلقائيًا إلى منظمة المراجعة المستقلة للنظر فيه كاستئناف من المستوى 2. وستخطر منظمة المراجعة المستقلة كتابيًا عندما يصلها استئنافك.

المواعيد النهائية للاستئناف العادي

- بالنسبة إلى الاستئناف العادي، يجب أن نرد عليك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا استئنافك. وإذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B ولم تحصل عليه بعد، فسندرد عليك في غضون 7 أيام تقويمية بعد أن يصلنا استئنافك. وسنعلمك بقرارنا في وقت أقرب إذا استدعتنا حالتك الصحية لذلك.
 - مع ذلك، إذا طلبت المزيد من الوقت أو كنا بحاجة إلى المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية. وإذا استغرقنا أيامًا إضافية، سنعلمك كتابيًا. ولكن لا يمكننا أن نستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ قرار إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.
 - إذا كنت تعتقد أنه لا ينبغي أن نستغرق أيامًا إضافية، يمكنك تقديم شكوى سريعة. عند تقديمك شكوى سريعة، سندرد على شكواك في غضون 24 ساعة. (انتقل إلى القسم 11 للاطلاع على معلومات الشكاوى.)
 - إذا لم نرد عليك بحلول الموعد النهائي (أو بحلول نهاية فترة التمديد)، فسنحيل طلبك إلى الاستئناف من المستوى 2، حيث ستراجع منظمة مراجعة مستقلة. يوضح القسم 6.4 إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فعلينا أن نأذن بالتغطية ونوفرها لك في غضون 30 يومًا تقويميًا إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية، أو في غضون 7 أيام تقويمية إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.
- إذا رفضت خطتنا جزءًا من استئنافك أو استئنافك كله، فسنحيل استئنافك تلقائيًا إلى منظمة المراجعة المستقلة للنظر فيه كاستئناف من المستوى 2.

القسم 6.4 إجراءات الاستئناف من المستوى 2

المصطلحات القانونية:

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو هيئة المراجعة المستقلة. وفي بعض الأحيان يُطلق عليها **IRE**.

منظمة المراجعة المستقلة هي منظمة مستقلة تتعاقد معها Medicare. وهي ليست مرتبطة بنا كما أنها ليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحًا أم ينبغي تغييره. وتشرف Medicare على عملها.

الخطوة 1: تراجع منظمة المراجعة المستقلة استئنافك.

- سنرسل المعلومات المتعلقة باستئنافك إلى هذه المنظمة. يُطلق على هذه المعلومات ملف حالتك. ويحق لك أن تطلب منا نسخة من ملف حالتك.
- يحق لك تقديم معلومات إضافية إلى منظمة المراجعة المستقلة لتدعم استئنافك.
- سيفحص المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية.

إذا كان استئنافك في المستوى 1 سريعًا، فسيكون سريعًا كذلك في المستوى 2.

- بالنسبة إلى الاستئناف السريع، يجب أن ترد عليك منظمة المراجعة المستقلة بخصوص استئنافك من المستوى 2 في غضون 72 ساعة من تاريخ استلامها استئنافك.
- إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية وكانت منظمة المراجعة المستقلة بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. ولا يمكن لمنظمة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ القرار إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.

إذا كان استئنافك في المستوى 1 عاديًا، فسيكون عاديًا كذلك في المستوى 2.

- بالنسبة إلى الاستئناف العادي، إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية، يجب أن ترد عليك منظمة المراجعة المستقلة بخصوص استئنافك من المستوى 2 في غضون 30 يومًا تقويميًا من تاريخ استلامها استئنافك.
- إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B، فيجب أن ترد عليك منظمة المراجعة المستقلة بخصوص استئنافك من المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية من تاريخ استلامها استئنافك.
- إذا كان طلبك بخصوص منتج أو خدمة طبية وكانت منظمة المراجعة المستقلة بحاجة إلى جمع المزيد من المعلومات التي قد تفيدك، فقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا. ولا يمكن لمنظمة المراجعة المستقلة أن تستغرق وقتًا إضافيًا لاتخاذ القرار إذا كان طلبك بخصوص أحد أدوية الجزء B.

الخطوة 2: توافيك منظمة المراجعة المستقلة بردها.

ستبلغك منظمة المراجعة المستقلة قرارها كتابيًا مع توضيح أسباب اتخاذها.

- إذا جاء رد منظمة المراجعة المستقلة بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله بخصوص منتج أو خدمة طبية، فعلينا أن نأذن بتغطية الرعاية الطبية في غضون 72 ساعة أو توفر الخدمة في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة بخصوص الطلبات العادية. بالنسبة إلى الطلبات العاجلة، أمامنا مهلة 72 ساعة من تاريخ استلامنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة.

- إذا جاء رد منظمة المراجعة المستقلة بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله بخصوص أحد أدوية الجزء B، فعلياً أن نأذن بدواء الجزء B ونوفره لك في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة بخصوص الطلبات العادية. بالنسبة إلى الطلبات العاجلة، أمامنا مهلة 24 ساعة من تاريخ استلامنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة.
 - إذا جاء رد منظمة المراجعة المستقلة برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فهذا يعني أنها تتفق مع خطتنا في أن طلبك (أو جزءاً منه) بخصوص تغطية الرعاية الطبية لا ينبغي الموافقة عليه. (يُطلق على ذلك تأييد القرار أو رفض استئنافك.) وفي تلك الحالة، سترسل إليك منظمة المراجعة المستقلة خطاباً:
 - يوضّح القرار.
 - يعلمك بحقك في تقديم استئناف من المستوى 3 إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الرعاية الطبية التي تطلبها تصل إلى حد أدنى معين. حيث سيبلغك الإشعار الكتابي الذي ترسله إليك منظمة المراجعة المستقلة بالقيمة الدلالية التي يجب أن تصل إليها حتى تستمر في إجراءات الاستئناف.
 - يبلغك بكيفية تقديم استئناف من المستوى 3.
- الخطوة 3: إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، لك أن تختار ما إذا كنت ترغب في المضي باستئنافك إلى المستوى التالي.**
- هناك 3 مستويات إضافية في إجراءات الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح العدد الإجمالي 5 مستويات للاستئناف). وإذا كنت ترغب في الانتقال إلى المستوى 3 من الاستئناف، فستجد التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي يصلك بعد استئنافك من المستوى 2.
 - يتولى قاضي قانون إداري أو محامٍ محكم النظر في الاستئناف من المستوى 3. يوضّح القسم 10 إجراءات الاستئناف في المستويات 3 و4 و5.

القسم 6.5 في حال طلبك منا أن نرد لك المال الذي دفعته مقابل فاتورة حصلت عليها للرعاية الطبية.

لا يمكننا تقديم تعويض بقيمة خدمة أو منتج مشمولين في برنامج Medicaid مباشرةً لك. إذا تلقيت فاتورة مقابل خدمات ومنتجات مشمولة في برنامج Medicaid، فأرسل الفاتورة إلينا. ولا تدفع الفاتورة بنفسك. سنتواصل من مقدم الخدمة مباشرةً ونتولى حل المشكلة. وإذا دفعت الفاتورة، يمكن أن تسترد المبلغ من مقدم الرعاية الصحية شريطة أن تكون اتبعت القواعد المتعلقة بالحصول على الخدمة أو المنتج.

إن طلب تعويض يُعد طلباً للحصول على قرار تغطية منا

إذا أرسلت الأوراق الرسمية لنا لطلب تعويض، فأنت بذلك تطلب قرار تغطية. ولنتخذ هذا القرار، سنتحقق من أن خدمة الرعاية الطبية التي دفعته مشمولة بالتغطية. كما سنتحقق من أنك اتبعت خطوات استخدام تغطية الرعاية الطبية الخاصة بك.

- إذا جاء ردنا بالموافقة على طلبك: إذا كانت الرعاية الطبية مشمولة بالتغطية وكنت اتبعت القواعد، فسنرسل إليك دفعة سداد عادةً في غضون 30 يوماً تقويمياً، ولكن لن تتجاوز المدة 60 يوماً تقويمياً بعد أن يصلنا طلبك. وإذا لم تكن قد دفعت مقابل الرعاية الطبية، فسنرسل دفعة السداد مباشرةً إلى مقدم الخدمة.
- إذا جاء ردنا برفض طلبك: إذا لم تكن الرعاية الطبية مشمولة بالتغطية، أو لم تكن اتبعت كافة القواعد، فلن نرسل دفعة السداد. بدلاً من ذلك، سنرسل إليك خطاباً يوضّح أننا لن نقوم بدفع تكلفة الرعاية الطبية وأسباب ذلك.

إذا كنت لا توافق على قرارنا برفض طلبك، يمكنك تقديم استئناف. وإذا قدمت استئنافاً، فهذا يعني أنك تطلب منا أن نغير قرار التغطية الذي اتخذناه عند رفض طلبك للدفع.

لتقديم هذا الاستئناف، اتبع إجراءات الاستئناف الموضحة في القسم 6.3. بالنسبة إلى الاستئنافات المتعلقة بالتعويض، يُرجى ملاحظة الآتي:

- يجب أن نرد عليك في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا استئنافك. وإذا كنت تطلب منا أن نرد لك قيمة الرعاية الطبية التي حصلت عليها ودفعت ثمنها بالفعل، فغير مسموح لك بطلب استئناف سريع.
- إذا قررت منظمة المراجعة المستقلة أنه ينبغي علينا الدفع، فعليًا أن نرسل دفعة السداد إليك أو إلى مقدم الخدمة في غضون 30 يومًا تقويميًا. إذا جاء الرد بالموافقة على استئنافك في أي مرحلة من مراحل إجراءات الاستئناف بعد المستوى 2، يجب علينا إرسال دفعة السداد التي طلبتها إليك أو إلى مقدم الخدمة في غضون 60 يومًا تقويميًا.

القسم 7 أدوية الجزء D: كيفية طلب قرار تغطية أو تقديم استئناف

القسم 7.1 يوضح لك هذا القسم ما يجب عليك فعله إذا كان لديك مشكلات في الحصول على أحد أدوية الجزء D أو إذا كنت تريد منا أن نرد لك قيمة دواء ضمن الجزء D

تتضمن مزاياك تغطية العديد من الأدوية التي تستلزم وصفة طبية. حتى يكون الدواء مشمولاً بالتغطية، يجب أن يُستخدم الدواء لغرض مقبول طبيًا. (انتقل إلى الفصل 5 للاطلاع على المزيد من المعلومات بشأن الغرض المقبول طبيًا.) وللاطلاع على تفاصيل أدوية الجزء D وقواعدها وقيودها وتكاليفها، انتقل إلى الفصولين 5 و6 يتعلق هذا القسم بأدوية الجزء D الخاصة بك فقط. لتبسيط الأمور، نستخدم عمومًا مصطلح *الدواء* في بقية هذا القسم، بدلاً من تكرار عبارة *دواء* يستلزم وصفة طبية مشمول بالتغطية للمرضى الخارجيين أو *دواء الجزء D* في كل مرة. كما نستخدم مصطلح قائمة الأدوية بدلاً من قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية أو كتيب الوصفات الطبية.

- إذا كنت لا تعلم ما إذا كان دواء ما مشمولاً بالتغطية أم لا أو ما إذا كنت تستوفي القواعد أم لا، يمكنك سؤالنا. نتطلب بعض الأدوية أن تحصل على موافقة منا قبل تغطيتها.
- إذا أخبرتك صيدليتك أن وصفتك الطبية لا يمكن صرفها كما هي مكتوبة، فستعطيك الصيدلية إشعارًا كتابيًا يوضح كيفية التواصل معنا لطلب قرار تغطية.

قرارات تغطية أدوية الجزء D والاستثناءات الخاصة بها

المصطلحات القانونية:

يُطلق على قرار التغطية الأولي بشأن أدوية الجزء D قرار التغطية.

قرار التغطية هو قرار نتخذه بشأن المزايا والتغطية الخاصة بك أو بشأن المبلغ الذي سندفعه مقابل أدويةك. يوضح لك هذا القسم ما يمكنك فعله إذا واجهت أي من المواقف الآتية:

- طلب تغطية أحد أدوية الجزء D غير المدرج في قائمة أدوية خطتنا. **اطلب استثناء. انظر القسم 7.2**
- طلب رفع قيد بشأن دواء مدرج في التغطية الخاصة بخطتنا (مثل، القيود المفروضة على كمية الدواء التي يمكنك الحصول عليها). **اطلب استثناء. انظر القسم 7.2**
- طلب الحصول على موافقة مسبقة على دواء. **اطلب الحصول على قرار تغطية. انظر القسم 7.4**
- الدفع مقابل دواء يستلزم وصفة طبية قد اشتريته بالفعل. **اطلب منا أن نرد لك المال. انظر القسم 7.4**

إذا كنت لا تتفق مع أي قرار تغطية اتخذناه، يمكنك تقديم استئناف عليه.

يوضح لك هذا القسم كلاً من كيفية طلب قرار تغطية وكيفية تقديم طلب استئناف.

القسم 7.2 طلب استثناء

المصطلحات القانونية:

يُعد طلب تغطية دواء ليس مدرجاً في قائمة الأدوية استثناءً من كتيب الوصفات الطبية.

يُعد طلب رفع قيد بشأن تغطية دواء استثناءً من كتيب الوصفات الطبية.

يُعد طلب دفع سعر أقل مقابل دواء غير مفضل (ذي تكلفة أعلى) مشمول بالتغطية استثناءً من تصنيف الأدوية.

إذا كان هناك دواء غير مشمول بالتغطية بالشكل الذي ترغب فيه، يمكنك أن تطلب منا إجراء استثناء. ويُعد الاستثناء نوعاً من أنواع قرارات التغطية.

لكي ننظر في طلب الاستثناء الذي تقدمه، سيكون طبيبك أو وصاف علاج آخر بحاجة إلى توضيح الأسباب الطبية التي تستدعي الموافقة على الاستثناء. إليك مثالين على الاستثناءات التي يمكنك أنت أو طبيبك أو وصاف علاج آخر طلبها منا:

- 1. تغطية أحد أدوية الجزء D غير المدرج في قائمة الأدوية.** إذا وافقنا على تغطية دواء ليس مدرجاً في قائمة الأدوية، فسيتعين عليك دفع المبلغ الخاص بالمشاركة في التكاليف المقرر لجميع أدويتنا بالنسبة إلى الأدوية التي تحمل أسماء تجارية أو الأدوية الجنيسة. ولا يمكنك طلب استثناء للمبلغ الخاص بالمشاركة في التكاليف الذي نطلب منك دفعه مقابل الدواء.
- 2. رفع قيد بشأن دواء مشمول بالتغطية يوضح الفصل 5 القواعد والقيود الإضافية التي تنطبق على أدوية بعينها** مُدرجة في قائمة الأدوية الخاصة بنا.

القسم 7.3 أمور مهمة يجب معرفتها عند طلب الاستثناءات

يجب أن يبلغنا طبيبك بالأسباب الطبية

يجب على طبيبك أو وصاف علاج آخر أن يقدم إلينا بياناً يوضح الأسباب الطبية التي تستدعي طلب استثناء. ولاتخاذ قرار بصورة أسرع، أرفق تلك المعلومات الطبية التي حصلت عليها من طبيبك أو وصاف علاج آخر عند طلبك للاستثناء.

فعادةً ما تتضمن قائمة الأدوية الخاصة بنا أكثر من دواء لعلاج حالة معينة. ويُطلق على تلك الخيارات المختلفة الأدوية **البديلة**. إذا كان لدى أحد الأدوية البديلة الفاعلية نفسها للدواء الذي تطلبه ولن يسبب المزيد من الآثار الجانبية أو أي مشكلات صحية أخرى، فلن نوافق بشكل عام على طلبك للحصول على استثناء.

يمكننا أن نوافق على طلبك أو نرفضه

- إذا وافقنا على طلبك للحصول على استثناء، فإن موافقتنا تظل سارية حتى نهاية العام الخاص بخطتنا. وتظل هذه التغطية سارية ما دام طبيبك يواصل وصف الدواء لك وما دام هذا الدواء آمناً وفعالاً لعلاج حالتك.
- أما إذا رفضنا طلبك، فيمكنك طلب مراجعة أخرى عن طريق تقديم استئناف.

القسم 7.4 كيفية طلب تغطية بما في ذلك الاستثناء

المصطلحات القانونية:

يُطلق على قرار التغطية السريع قرار التغطية العاجل.

الخطوة 1: قرر ما إذا كنت بحاجة إلى قرار تغطية عادي أم قرار تغطية سريع.

تُتخذ قرارات التغطية العادية في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا بيان طبيبك. تُتخذ قرارات التغطية السريعة في غضون 24 ساعة بعد أن يصلنا بيان طبيبك.

إذا كانت حالتك الصحية تستدعي ذلك، فاطلب منا أن نمنحك قرار تغطية سريع. وللحصول على قرار تغطية سريع، يجب أن تستوفي الشرطين الآتيين:

- أن تطلب دواء لم تحصل عليه بعد. (لا يمكنك أن تطلب قرار تغطية سريع لاسترداد تكلفة دواء اشتريته بالفعل).
- أن يكون الالتزام بالمواعيد النهائية العادية قد يتسبب في ضرر خطير على حالتك الصحية أو قد يؤدي قدرتك على أداء وظائفك.
- إذا أخبرنا طبيبك أو وصاف علاج آخر أن حالتك الصحية تستدعي قرار تغطية سريع، فسنمنحك تلقائيًا قرار تغطية سريع.
- إذا طلبت قرار تغطية سريعًا بنفسك من دون دعم طبيبك أو وصاف العلاج الخاص بك، فسنقرر ما إذا كانت حالتك الصحية تستدعي أن نمنحك قرار تغطية سريعًا أم لا. وإذا لم نوافق على منحك قرار تغطية سريع، فسوف نرسل إليك خطابًا:

- يوضح أننا سنستخدم المواعيد النهائية العادية.
- يوضح أنه إذا طلب طبيبك أو وصاف علاج آخر قرار تغطية سريعًا، فسنمنحك تلقائيًا قرار تغطية سريعًا.
- يوضح لك كيفية تقديم شكوى سريعة بخصوص قرارنا بأن نمنحك قرار تغطية عاديًا بدلاً من قرار التغطية السريع الذي طلبته. وسنرد على شكاواك في غضون 24 ساعة من استلامها.

الخطوة 2: اطلب قرار تغطية عاديًا أو قرار تغطية سريعًا.

ابدأ بالتواصل هاتفياً أو كتابياً أو عن طريق الفاكس مع خطتنا لتطلب منا أن نأذن بتغطية الرعاية الطبية التي تريدها أو نوفرها لك. يمكنك أيضاً الوصول إلى عملية قرار التغطية من خلال موقعنا الإلكتروني. يجب أن نقبل أي طلب كتابي بما في ذلك أي طلب مقدم عبر النموذج المعياري لطلب البت في التغطية الصادر عن مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) والمتاح على موقعنا الإلكتروني <https://www.providencehealthplan.com/-/media/providence/website/pdfs/medicare/coverage-determination-forms.pdf?rev=a6d4e98b8fdd4ab78fb997939333b4b8&hash=6C3C03DA8E8B4373CBCAA2AD4934E58D>. يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال. يمكنك أنت أو وصاف العلاج الخاص بك أو عضو ممثل لك طلب قرار تغطية من خلال بريد إلكتروني آمن عبر الموقع الإلكتروني لـ Providence Health Assurance على www.ProvidenceHealthAssurance.com. كلي تساعدنا على معالجة طلبك، يُرجى ذكر اسمك وبيانات الاتصال الخاصة بك والمعلومات التي توضح أي من المطالبات المرفوضة يتم استئنافها.

يمكنك أنت أو طبيبك (أو وصاف علاج آخر) أو ممثلك القيام بذلك. كما يمكنك الاستعانة بمحامٍ للتصرف نيابة عنك. يوضّح لك القسم 4 من هذا الفصل كيفية تقديم إذن كتابي لشخص آخر ليكون ممثلك.

- إذا كنت تطلب استثناءً، فقدم البيان الداعم الذي يوضّح الأسباب الطبية لهذا الاستثناء. وبإمكان طبيبك أو وصاف علاج آخر إرسال البيان إلينا عن طريق الفاكس أو البريد. أو بإمكان طبيبك أو وصاف علاج آخر إبلاغنا عبر الهاتف ومتابعة ذلك بإرسال بيان كتابي عن طريق الفاكس أو البريد إذا لزم الأمر.

الخطوة 3: ننظر في استئنافك ونوافيك بردنا

المواعيد النهائية لقرار التغطية السريع

- يجب أن نرد عليك عمومًا في غضون 24 ساعة بعد أن يصلنا طلبك.
 - للاستثناءات، سنرد عليك في غضون 24 ساعة بعد أن يصلنا البيان الداعم من طبيبك. وسنرد عليك في وقت أقرب إذا استدعتنا حالتك الصحية لذلك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن ملزمون بإحالة طلبك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجعه منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فعليًا أن نوفر التغطية التي وافقنا عليها في غضون 24 ساعة بعد أن يصلنا طلبك أو البيان الداعم لطلبك من طبيبك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضّح سبب الرفض. كما سنعلمك كيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لقرار التغطية العادي بشأن دواء لم تحصل عليه بعد

- يجب أن نرد عليك عمومًا في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا طلبك.
 - للاستثناءات، سنرد عليك في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا البيان الداعم من طبيبك. وسنرد عليك في وقت أقرب إذا استدعتنا حالتك الصحية لذلك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن ملزمون بإحالة طلبك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجعه منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، يجب أن نوفر التغطية التي وافقنا عليها في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا طلبك أو البيان الداعم لطلبك من طبيبك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضّح سبب الرفض. كما سنعلمك كيفية تقديم استئناف.

المواعيد النهائية لقرار التغطية العادي بشأن دفع تكلفة دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نرد عليك في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا طلبك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن ملزمون بإحالة طلبك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجعه منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فنحن ملزمون كذلك بتقديم دفعة السداد لك في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا طلبك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضّح سبب الرفض. كما سنعلمك كيفية تقديم استئناف.

الخطوة 4: إذا رفضنا طلبك للحصول على تغطية، يمكنك تقديم استئناف.

- إذا رفضنا طلبك، يحق لك أن تطلب منا إعادة النظر في هذا القرار عن طريق تقديم استئناف. وهذا يعني تقديم طلب مرة أخرى للحصول على تغطية الدواء التي تريدها. إذا قدمت استئنافاً، فهذا يعني انتقالك إلى المستوى 1 من إجراءات الاستئنافات.

القسم 7.5 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1

المصطلحات القانونية:

يُطلق على الاستئناف المُقدم إلى خطتنا بشأن قرار تغطية أحد أدوية الجزء D إعادة البت من قبل الخطة.

كما يُطلق على الاستئناف السريع إعادة البت العاجلة.

الخطوة 1: قرر ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف عادي أم استئناف سريع.

عادةً ما يُقدم الاستئناف العادي في غضون 7 أيام تقويمية. وبشكل عام يُقدم الاستئناف السريع في غضون 72 ساعة. إذا استدعت حالتك الصحية ذلك، فاطلب استئنافاً سريعاً.

- إذا كنت تقدم استئنافاً على قرار اتخذناه بشأن دواء لم تحصل عليه بعد، فستكون أنت وطبيبك أو وصاف علاج آخر بحاجة إلى اتخاذ قرار بشأن ما إذا كنت بحاجة إلى استئناف سريع.
- إن متطلبات الحصول على استئناف سريع هي نفسها المتطلبات اللازمة للحصول على قرار تغطية سريع الموضحة في القسم 7.4 من هذا الفصل.

الخطوة 2: يجب عليك أو على ممثلك أو طبيبك أو أي وصاف علاج آخر الاتصال بنا وتقديم استئنافك من المستوى 1. إذا كانت حالتك الصحية تستدعي رداً سريعاً، فيجب عليك طلب استئناف سريع.

- بالنسبة إلى الاستئنافات العادية، قدم طلباً كتابياً. يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال.
- بالنسبة إلى الاستئنافات السريعة، إما أن تقدمها كتابياً أو هاتفياً بالاتصال بنا على الرقم 1-800-574-503 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711). يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال.
- يجب أن نقبل أي طلب كتابي بما في ذلك أي طلب مُقدم عبر النموذج المعياري لطلب إعادة البت الصادر عن مراكز خدمات Medicare وMedicaid (CMS) والمتاح على موقعنا الإلكتروني www.ProvidenceHealthAssurance.com. يُرجى ذكر اسمك وبيانات الاتصال الخاصة بك والمعلومات المتعلقة بمطالبتك لكي تساعدنا على معالجة طلبك.
- يمكنك أنت أو وصاف العلاج الخاص بك أو العضو المُمثل لك طلب إعادة البت (الاستئناف) من خلال بريد إلكتروني آمن عن طريق تعبئة نموذج إعادة البت الخاص بـ Providence Medicare Advantage Plans. يمكنك العثور على ذلك على موقعنا الإلكتروني المذكور في الفصل 2، www.ProvidenceHealthAssurance.com.
- يجب أن تقدم طلب الاستئناف في غضون 65 يومًا تقويمياً من التاريخ المُوضح في الإشعار الكتابي الذي أرسلناه إليك عند إبلاغك بردنا بشأن قرار التغطية. إذا فاتك هذا الموعد النهائي وكان لديك سبب وجيه لذلك، فاشرح سبب تأخر استئنافك عند تقديمه. وقد نمحك حينها مزيداً من الوقت لتقديم استئنافك. ومن أمثلة الأسباب الوجيهة لذلك

إصابتك بمرض خطير منعك من الاتصال بنا أو أننا زدوناك بمعلومات غير صحيحة أو غير كاملة بشأن الموعد النهائي لطلب الاستئناف.

- يمكنك طلب نسخة من المعلومات الواردة في استئنافك وإضافة المزيد من المعلومات. كما يمكنك أنت وطبيبك إضافة المزيد من المعلومات لدعم استئنافك.

الخطوة 3: ننظر في استئنافك ونوافقك بردنا.

- عند مراجعة طلب الاستئناف الذي تقدمه، نعيد فحص كافة المعلومات المتعلقة بطلب التغطية الخاص بك بعناية. ونتحقق من أننا التزمنا بكافة القواعد عند رفض طلبك.
- وقد نتواصل معك أو مع طبيبك أو وصاف علاج آخر للحصول على المزيد من المعلومات.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع

- بالنسبة إلى الاستئناف السريع، يجب أن نرد عليك في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا استئنافك. وسنرد عليك في وقت أقرب إذا استدعتنا حالتك الصحية لذلك.
 - إذا لم نرد عليك في غضون 72 ساعة، فنحن ملزمون بإحالة طلبك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجعه منظمة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 7.6 إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، يجب أن نوفر التغطية التي وافقنا على توفيرها في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا استئنافك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب الرفض وكيفية تقديم استئناف على قرارنا.

المواعيد النهائية لتقديم الاستئناف العادي بشأن دواء لم تحصل عليه بعد

- بالنسبة إلى الاستئناف العادي، يجب أن نرد عليك في غضون 7 أيام تقويمية بعد أن يصلنا استئنافك. وسنقدم لك قرارنا في وقت أقرب إذا لم تحصل على الدواء بعد وكانت حالتك الصحية تستدعي أن نقوم بذلك.
 - إذا لم نقدم لك قرارًا في غضون 7 أيام تقويمية، فنحن ملزمون بإحالة طلبك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجعه منظمة مراجعة مستقلة. يشرح القسم 7.6 إجراءات الاستئناف من المستوى 2.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فيجب أن نوفر التغطية بالسرعة التي تستدعيها صحتك، ولكن بمدة أقصاها 7 أيام تقويمية بعد أن يصلنا استئنافك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب الرفض وكيفية تقديم استئناف على قرارنا.

المواعيد النهائية للاستئناف العادي بشأن دفع تكلفة دواء اشتريته بالفعل

- يجب أن نرد عليك في غضون 14 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا طلبك.
 - إذا لم نلتزم بهذا الموعد النهائي، فنحن ملزمون بإحالة طلبك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات، حيث ستراجعه منظمة مراجعة مستقلة.
- إذا جاء ردنا بالموافقة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فنحن ملزمون كذلك بتقديم دفعة السداد لك في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا طلبك.
- إذا جاء ردنا برفض جزء من طلبك أو طلبك كله، فسنرسل إليك بيانًا كتابيًا يوضح سبب الرفض. كما سنعلمك كيفية تقديم استئناف.

الخطوة 4: إذا رفضنا استئنافك، فلك أن تقرر ما إذا كنت تريد متابعة إجراءات الاستئناف وتقديم استئناف آخر.

- إذا قررت أن تقدم استئنافاً آخر، فهذا يعني انتقال استئنافك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات.

القسم 7.6 كيفية تقديم استئناف من المستوى 2

المصطلحات القانونية:

الاسم الرسمي لمنظمة المراجعة المستقلة هو هيئة المراجعة المستقلة. وفي بعض الأحيان يُطلق عليها **IRE**.

منظمة المراجعة المستقلة هي منظمة مستقلة تتعاقد معها **Medicare**. وهي ليست مرتبطة بنا كما أنها ليست وكالة حكومية. تقرر هذه المنظمة ما إذا كان القرار الذي اتخذناه صحيحاً أم ينبغي تغييره. وتشرف Medicare على عملها.

الخطوة 1: يجب عليك (أو ممثلك أو طبيبك أو وصاف علاج آخر) الاتصال بمنظمة المراجعة المستقلة وطلب مراجعة حالتك.

- إذا رفضنا استئنافك من المستوى 1، فسيتضمن الإشعار الكتابي الذي نرسله إليك تعليمات حول كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 لدى منظمة المراجعة المستقلة. ستوضح تلك التعليمات من بإمكانه تقديم الاستئناف من المستوى 2 والمواعيد النهائية التي يجب عليك اتباعها وكيفية الوصول إلى منظمة المراجعة النهائية.
- ويجب عليك تقديم طلب الاستئناف في غضون 65 يوماً تقويمياً من التاريخ الموضح في الإشعار الكتابي.
- إذا لم نكمل مراجعتنا في غضون الإطار الزمني المعمول به أو اتخذنا قراراً غير موافٍ فيما يتعلق بتحديد المعرضين لخطر إساءة استخدام الأدوية بموجب برنامج إدارة الدواء الخاص بنا، فسنحيل طلبك تلقائياً إلى هيئة المراجعة المستقلة.
- سنرسل المعلومات المتعلقة باستئنافك إلى منظمة المراجعة المستقلة. يُطلق على هذه المعلومات ملف حالتك. ويحق لك أن تطلب منا نسخة من ملف حالتك.
- يحق لك تقديم معلومات إضافية إلى منظمة المراجعة المستقلة لتدعم استئنافك.

الخطوة 2: تقوم مؤسسة المراجعة المستقلة بمراجعة استئنافك.

سيفحص المراجعون في منظمة المراجعة المستقلة جميع المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية.

المواعيد النهائية للاستئناف السريع.

- إذا استدعت حالتك الصحية ذلك، فاطلب استئنافاً سريعاً من منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على منحك استئنافاً سريعاً، يجب أن ترد عليك منظمة المراجعة المستقلة بخصوص استئنافك من المستوى 2 في غضون 72 ساعة بعد أن يصلها طلب استئنافك.

المواعيد النهائية للاستئناف العادي

- بالنسبة إلى الاستئنافات العادية، يجب أن ترد عليك منظمة المراجعة المستقلة بخصوص استئنافك من المستوى 2 في غضون 7 أيام تقويمية بعد أن يصلها استئنافك إذا كان يتعلق بدواء لم تحصل عليه بعد. إذا كنت تطلب منا أن نرد لك قيمة دواء اشتريته بالفعل، يجب أن ترد منظمة المراجعة المستقلة على استئنافك من المستوى 2 في غضون 14 يوماً تقويمياً بعد أن يصلها طلبك.

الخطوة 3: توافيك منظمة المراجعة المستقلة بردها.

للاستئنافات السريعة:

- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فعلى أن توفر تغطية الدواء الذي وافقت عليه منظمة المراجعة المستقلة في غضون 24 ساعة بعد أن يصلنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة.

للاستئنافات العادية:

- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء من طلبك أو طلبك كله، فعلى أن توفر تغطية الدواء الذي وافقت عليه منظمة المراجعة المستقلة في غضون 72 ساعة بعد أن يصلنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة.
- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة على جزء من طلبك أو طلبك كله لرد قيمة دواء اشتريته بالفعل، فنحن ملزمون أن نرسل إليك دفعة السداد في غضون 30 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا القرار من منظمة المراجعة المستقلة.

ماذا سيحدث إذا رفضت مؤسسة المراجعة المستقلة استئنافك؟

إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة جزءًا من استئنافك أو استئنافك كله، فهذا يعني أنها تتفق مع قرارنا بعدم الموافقة على طلبك (أو جزء منه). (يُطلق على ذلك تأييد القرار. كما يُطلق عليه أيضًا رفض استئنافك). وفي تلك الحالة، سترسل إليك منظمة المراجعة المستقلة خطابًا:

- يوضّح القرار.
- يعلمك بحقك في تقديم استئناف من المستوى 3 إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الدواء التي تطلبها تصل إلى حد أدنى معين. إذا كانت القيمة الدلالية لتغطية الدواء التي تطلبها منخفضة جدًا، فلا يمكنك تقديم استئناف آخر ويعد القرار الصادر في المستوى 2 نهائيًا.
- يبلغك بالقيمة الدلالية التي يجب أن تكون محل نزاع حتى تتمكن من متابعة إجراءات الاستئنافات.

الخطوة 4: إذا كانت حالتك تستوفي المتطلبات، يمكنك اختيار ما إذا كنت ترغب في المضي باستئنافك إلى المستوى التالي.

- هناك 3 مستويات إضافية في إجراءات الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح العدد الإجمالي 5 مستويات للاستئناف).
- وإذا كنت ترغب في الانتقال إلى المستوى 3 من الاستئناف، فستجد التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي يصلك بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- يتولى قاضي قانون إداري أو محام محكم النظر في الاستئناف من المستوى 3. يوضّح القسم 10 إجراءات الاستئناف في المستويات 3 و4 و5.

القسم 8 كيفية طلب استمرار تغطية الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين إذا كنت تعتقد أنه يتم إخراجك مبكرًا

عند دخولك المستشفى، يحق لك الحصول على جميع خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية واللازمة لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما.

في أثناء فترة إقامتك في المستشفى المشمولة بالتغطية، سيعمل طبيبك وموظفو المستشفى معك للتحضير ليوم مغادرتك المستشفى. وسيساعدونك على ترتيب الرعاية التي قد تحتاجها بعد مغادرتك.

- يُطلق على يوم مغادرتك المستشفى تاريخ الخروج.
- عندما يتم تحديد تاريخ خروجك من المستشفى، سيبلغك به طبيبك أو موظفو المستشفى.
- إذا كنت تعتقد أنه طُلب منك مغادرة المستشفى مبكرًا، يمكنك طلب الإقامة في المستشفى لمدة أطول وسيتم النظر في طلبك.

القسم 8.1 في أثناء إقامتك في المستشفى بصفتك مريض داخلي، سيصلك إشعار كتابي من Medicare يوضح لك حقوقك

في غضون يومين تقويميين من دخولك المستشفى، ستتسلم إشعارًا كتابيًا يُسمى رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك. يحصل كل مشترك في برنامج Medicare على نسخة من هذا الإشعار. إذا لم تحصل على الإشعار من أحد موظفي المستشفى (مثل، مسؤول الحالة أو أحد العاملين في التمريض)، يمكنك طلبه من أي موظف في المستشفى. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة، يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).

1. اقرأ هذا الإشعار بعناية واطرح أسئلتك إذا لم تفهمه. فهو يوضح الآتي:

- حقك في الحصول على الخدمات المشمولة بتغطية Medicare أثناء إقامتك في المستشفى وبعدها حسب ما يطلب طبيبك. وهذا يشمل حقك في معرفة ماهية الخدمات والطرف الذي سيقوم بالدفع مقابلها ومكان حصولك عليها.
- حقك في المشاركة في أي قرارات تتعلق بإقامتك في المستشفى.
- مكان الإبلاغ عن أي مخاوف تتناوبك حيال جودة الرعاية التي تحصل عليها في المستشفى.
- حقك في طلب مراجعة فورية لقرار خروجك من المستشفى إذا كنت تعتقد أنه تم إخراجك من المستشفى مبكرًا. يُعد ذلك طريقة رسمية وقانونية لطلب تأجيل تاريخ خروجك من المستشفى حتى نستمر في تغطية الرعاية التي تحصل عليها في المستشفى لمدة أطول.

2. سيطلب منك التوقيع على الإشعار الكتابي لتأكيد استلامك له وفهمك لحقوقك.

- سيطلب منك أو من أي شخص يتصرف نيابةً عنك التوقيع على الإشعار.
- لا يؤكد التوقيع على الإشعار/إلا على أنك تلقيت المعلومات المتعلقة بحقوقك. لا يحدد الإشعار تاريخ خروجك من المستشفى. فلا يعني التوقيع على الإشعار أنك توافق على تاريخ خروجك من المستشفى.

3. احتفظ بنسختك من الإشعار بحيث تكون لديك المعلومات المتعلقة بتقديم استئناف (أو الإبلاغ عن مخاوف حيال جودة الرعاية) إذا احتجت إليها.

- إذا وقعت على الإشعار قبل أكثر من يومين تقويميين من تاريخ خروجك من المستشفى، فستحصل على نسخة أخرى قبل أن يُقرر موعد خروجك.
- لإلقاء نظرة على نسخة من هذا الإشعار مقدمًا، يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. يمكنك أيضًا الحصول على الإشعار عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

القسم 8.2 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1 لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى

لمطالبتنا بتغطية خدمات المستشفى بصفتك مريض داخلي لمدة أطول، استخدم إجراءات الاستئنافات لتقديم هذا الطلب. قبل أن تبدأ في هذه الإجراءات، كن على علم بما تحتاج فعله والمواعيد النهائية.

- اتبع الإجراءات
- التزم بالمواعيد النهائية
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة، يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711). أو يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP) للحصول على مساعدة شخصية. يُطلق على برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP) في ولاية أوريغون اسم برنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (SHIBA). يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (SHIBA) على الرقم 1-800-722-41-34 أو زيارتهم على الموقع الإلكتروني www.shiba.oregon.gov

خلال الاستئناف من المستوى 1، تقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة استئنافك. وتتحقق من أن تاريخ خروجك المقرر من المستشفى مناسب لك من الناحية الطبية.

تضم منظمة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء وغيرهم من الاختصاصيين في مجال الرعاية الصحية الذين تدفع رواتبهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية والمساعدة على تحسينها للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وهذا يشمل مراجعة تواريخ الخروج من المستشفى للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وهؤلاء الخبراء ليسوا جزءًا من خطتنا.

الخطوة 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة في ولايتك واطلب مراجعة فورية لخروجك من المستشفى. يجب أن تتحرك بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه المنظمة؟

- يوضّح لك الإشعار الكتابي الذي وصلك (رسالة مهمة من Medicare بشأن حقوقك) كيفية الوصول إلى هذه المنظمة. أو يمكنك العثور على اسم منظمة تحسين الجودة في ولايتك وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

التحرك بسرعة:

- لتقديم استئنافك، يجب أن تتصل بمنظمة تحسين الجودة قبل مغادرتك للمستشفى وفي موعد أقصاه منتصف ليل يوم خروجك.

○ إذا التزمت بهذا الموعد النهائي، يمكنك الإقامة في المستشفى بعد تاريخ خروجك منه بدون دفع تكلفة ذلك في أثناء انتظارك قرار منظمة تحسين الجودة.

○ إذا لم تلتزم بهذا الموعد النهائي، فاتصل بنا. إذا قررت الإقامة في المستشفى بعد تاريخ الخروج المقرر لك، قد تضطر لدفع تكاليف الرعاية التي تحصل عليها في المستشفى بعد مرور تاريخ خروجك منها.

- فور أن تطلب مراجعة فورية لخروجك من المستشفى، ستتصل بنا منظمة تحسين الجودة. وبحلول ظهيرة اليوم التالي لاتصالهم بنا، سنقدم لك إشعار خروج مفصل. يحدد هذا الإشعار تاريخ خروجك المقرر من المستشفى ويوضح بالتفصيل الأسباب التي تدفعنا وتدفع طبيبك والمستشفى للاعتقاد بأن خروجك من المستشفى في هذا التاريخ مناسب (من الناحية الطبية).

- يمكنك الحصول على نموذج إشعار الخروج المفصل عن طريق الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711) أو 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048). أو يمكنك الاطلاع على نموذج الإشعار عبر الإنترنت على الموقع الإلكتروني www.CMS.gov/medicare/forms-notice/beneficiary-notice-initiative/ffs-ma-im.

الخطوة 2: تقوم منظمة تحسين الجودة بإجراء مراجعة مستقلة لحالتك.

- سيقوم اختصاصيو الصحة من منظمة تحسين الجودة (المراجعون) بسؤالك أنت (أو ممثلك) عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار تغطية الخدمات. لا يتعين عليك إعداد أي شيء في صورة كتابية، لكن يمكنك القيام بذلك إذا أردت.
- سينظر المراجع أيضاً في معلوماتك الطبية ويتحدث إلى طبيبك ويراجع المعلومات التي قدمناها نحن والمستشفى إليهم.
- وبحلول ظهيرة اليوم التالي لإبلاغ المراجعين لنا باستئنافك، ستلقى إشعاراً كتابياً منا يحدد تاريخ خروجك المقرر من المستشفى. يوضح هذا الإشعار أيضاً بالتفصيل الأسباب التي تدفعنا وتدفع طبيبك والمستشفى للاعتقاد بأن خروجك من المستشفى في هذا التاريخ مناسب (من الناحية الطبية).

الخطوة 3: في غضون يوم كامل بعد حصول منظمة تحسين الجودة على كافة المعلومات اللازمة، سترد المنظمة على استئنافك.

ماذا سيحدث إذا جاء الرد بالموافقة؟

- إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة، فيجب أن نستمر في تقديم خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية بصفتك مريض داخلي ما دامت هذه الخدمات ضرورية من الناحية الطبية.
- سيتعين عليك مواصلة دفع حصتك من التكاليف (مثل، المبالغ التي تُعفى منها جهات التأمين أو دفعات التسديد المشتركة إذا كانت تنطبق). بالإضافة إلى ذلك، قد يكون هناك قيود على خدمات المستشفى المشمولة بالتغطية.

ماذا سيحدث إذا جاء الرد بالرفض؟

- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة، فهي بذلك تشير إلى أن تاريخ خروجك المقرر من المستشفى مناسب من الناحية الطبية. إذا حدث ذلك، ستنتهي تغطيتنا للخدمات بصفتك مريض داخلي في المستشفى عند ظهر اليوم التالي لتقديم منظمة تحسين الجودة ردها على استئنافك.
- إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة استئنافك وقررت الإقامة في المستشفى، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة للرعاية التي تحصل عليها في المستشفى بعد ظهيرة اليوم التالي لتقديم منظمة تحسين الجودة ردها على استئنافك.

الخطوة 4: إذا جاء الرد برفض استئنافك من المستوى 1، فلك أن تقرر ما إذا كنت تريد تقديم استئناف آخر.

- إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك، وأقمت في المستشفى بعد تاريخ خروجك المقرر، يمكنك تقديم استئناف آخر. يعني تقديم استئناف آخر انتقالك إلى المستوى 2 من إجراءات الاستئنافات.

القسم 8.3 كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 لتغيير تاريخ خروجك من المستشفى.

خلال الاستئناف من المستوى 2، يمكنك أن تطلب من منظمة تحسين الجودة، النظر مرة أخرى في قرارها بشأن استئنافك الأول. إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 2، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لإقامتك بعد تاريخ خروجك المقرر.

الخطوة 1: عاود الاتصال بمنظمة تحسين الجودة واطلب مراجعة أخرى.

- يجب أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي رفضت فيه منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا إذا أقيمت في المستشفى بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك.

الخطوة 2: تجري منظمة تحسين الجودة مراجعة ثانية لوضعك.

- سيعيد المراجعون في منظمة تحسين الجودة فحص كافة المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب استئنافك من المستوى 2، سيتخذ المراجعون قرارًا بشأن استئنافك ويبلغونك به.

إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة:

- يجب علينا أن نقدم لك تعويضًا عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي حصلت عليها في المستشفى منذ ظهيرة اليوم التالي لتاريخ رفض منظمة تحسين الجودة لاستئنافك الأول. يجب علينا الاستمرار في توفير تغطية الرعاية المقدمة بصفتك مريض داخلي في المستشفى ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- يجب أن تستمر في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق قيود التغطية.

إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة:

- هذا يعني أنهم يوافقون على القرار الذي اتخذوه بشأن استئنافك من المستوى 1.
- سيوضح لك الإشعار الذي سيصلك كتابيًا ما يمكنك فعله إذا أردت الاستمرار في عملية المراجعة.

الخطوة 4: إذا جاء الرد بالرفض، فأنت بحاجة إلى أن تقرر ما إذا كنت ترغب في المضي باستئنافك إلى مستوى أعلى بالانتقال إلى المستوى 3.

- هناك 3 مستويات إضافية في إجراءات الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح العدد الإجمالي 5 مستويات للاستئناف). وإذا كنت ترغب في الانتقال إلى المستوى 3 من الاستئناف، فستجد التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي يصلك بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- يتولى قاضي قانون إداري أو محام محكم النظر في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل المزيد عن المستويات 3 و4 و5 من إجراءات الاستئنافات.

القسم 9 كيفية مطالبتنا باستمرار تغطية خدمات طبية معينة إذا كنت تعتقد أن تغطيتك ستنتهي مبكرًا

عندما تتلقى خدمات صحية منزلية أو رعاية ترميز احترافي أو رعاية إعادة التأهيل (في مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين) مشمولة بالتغطية، يحق لك الاستمرار في تلقي خدمات هذا النوع من الرعاية ما دامت هذه الرعاية ضرورية لتشخيص مرضك أو إصابتك وعلاجهما.

عندما تقرر أن الوقت قد حان لإيقاف تغطية أي من هذه الأنواع الثلاثة من الرعاية بالنسبة لك، نحن ملزمون بإبلاغك مقدّمًا. عندما تنتهي تغطية الرعاية الخاصة بك، سنتوقف عن الدفع مقابل تلك الرعاية.

إذا كنت تعتقد أننا ننهي تغطية الرعاية الخاصة بك مبكرًا، يمكن تقديم استئناف على قرارنا. يوضح لك هذا القسم كيفية طلب استئناف.

القسم 9.1 سنخبرك مقدّمًا موعد انتهاء التغطية الخاصة بك

المصطلحات القانونية:

إخطار عدم التغطية من Medicare. يعلمك كيفية طلب استئناف سريع المسار. يعد طلب الاستئناف سريع المسار طريقة رسمية وقانونية لطلب تغيير قرار التغطية الخاص بنا بشأن موعد إيقاف رعايتك.

1. **تتلقى إشعارًا كتابيًا على الأقل قبل يومين تقويميّين من إيقاف خطتنا لتغطية الرعاية الخاصة بك.** يبلغك الإشعار بالآتي:

- تاريخ توقفنا عن تغطية الرعاية بالنسبة إليك.
- كيفية طلب استئناف سريع المسار لمطالبتنا بالاستمرار في تغطية الرعاية الخاصة بك لفترة زمنية أطول.

2. **سيطلب منك أو من شخص يتصرف بالنيابة عنك التوقيع على إشعار كتابي لتأكيد استلامك له.** لا يؤكد التوقيع على الإشعار إلا على أنك تلقيت المعلومات المتعلقة بموعد انتهاء التغطية الخاصة بك. فلا يعني التوقيع على الإشعار أنك توافق على قرار خطتنا بإيقاف الرعاية.

القسم 9.2 كيفية تقديم استئناف من المستوى 1 لمطالبتنا بتغطية الرعاية الخاصة بك لفترة أطول

إذا أردت مطالبتنا بتغطية الرعاية الخاصة بك لفترة زمنية أطول، فستكون بحاجة إلى استخدام إجراءات الاستئناف لتقديم هذا الطلب. قبل أن تبدأ في هذه الإجراءات، كن على علم بما تحتاج فعله والمواعيد النهائية.

- **اتباع الإجراءات**
- **الترّم بالمواعيد النهائية**
- **اطلب المساعدة إذا كنت بحاجة إليها.** إذا كانت لديك أي أسئلة أو كنت بحاجة إلى المساعدة، يمكنك الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 711). أو يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP) للحصول على مساعدة شخصية. يُطلق على برنامج مساعدة التأمين الصحي على مستوى الولاية (SHIP) في ولاية أوريغون اسم برنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (SHIBA). يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (SHIBA) على الرقم 1-800-722-41-34 أو زيارتهم على الموقع الإلكتروني www.shiba.oregon.gov

خلال الاستئناف من المستوى 1، تقوم منظمة تحسين الجودة بمراجعة استئنافك. وتقرر ما إذا كان تاريخ انتهاء الرعاية الخاصة بك مناسباً من الناحية الطبية. تضم منظمة تحسين الجودة مجموعة من الأطباء وغيرهم من الخبراء في مجال الرعاية الصحية الذين تدفع مرتباتهم الحكومة الفيدرالية للتحقق من جودة الرعاية والمساعدة على تحسينها للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare. وهذا يتضمن مراجعة قرارات الخطة بشأن موعد إيقاف تغطية أنواع معينة من الرعاية الطبية. هؤلاء الخبراء ليسوا جزءاً من خطتنا.

الخطوة 1: تقديم استئنافك من المستوى 1: اتصل بمنظمة تحسين الجودة واطلب استئنافاً سريع المسار. يجب أن تتحرك بسرعة.

كيف يمكنك الاتصال بهذه المنظمة؟

- يوضّح لك الإشعار الكتابي الذي وصلك (إخطار عدم التغطية من Medicare) كيفية الوصول إلى المنظمة. (أو يمكنك العثور على اسم منظمة تحسين الجودة في ولايتك وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.)

التحرك بسرعة:

- يجب أن تتصل بمنظمة تحسين الجودة لبدء استئنافك بحلول ظهيرة اليوم الذي يسبق تاريخ النفاذ المذكور في إخطار عدم التغطية من Medicare.
- إذا فاتك الموعد النهائي وترغب في تقديم شكوى، فلا تزال حقوقك في الاستئناف قائمة. اتصل بمنظمة تحسين الجودة عن طريق بيانات الاتصال المذكورة في إخطار عدم التغطية من Medicare. يمكن العثور أيضاً على اسم منظمة تحسين الجودة في ولايتك وعنوانها ورقم هاتفها في الفصل 2.

الخطوة 2: تقوم منظمة تحسين الجودة بإجراء مراجعة مستقلة لحالتك.

المصطلحات القانونية:

شرح مفصل لعدم التغطية. هو إخطار يقدم تفاصيل حول أسباب إنهاء التغطية.

ماذا يحدث خلال هذه المراجعة؟

- سيقوم اختصاصيو الصحة من منظمة تحسين الجودة (المراجعون) بسؤالك أنت أو ممثلك عن سبب اعتقادك بضرورة استمرار تغطية الخدمات. لا يتعين عليك إعداد أي شيء في صورة كتابية، لكن يمكنك القيام بذلك إذا أردت.
- ستقوم منظمة المراجعة المستقلة أيضاً بالنظر في معلوماتك الطبية والتحدث إلى طبيبك ومراجعة المعلومات التي قدمتها خطتنا إليهم.
- بحلول نهاية اليوم الذي يبلغنا فيه المراجعون باستئنافك، سيصلك منا الشرح المفصل لعدم التغطية الذي يوضّح بالتفصيل أسبابنا لإنهاء تغطيتنا لخدماتك.

الخطوة 3: في غضون يوم كامل بعد حصولهم على كافة المعلومات التي يحتاجونها، سيبلغك المراجعون بقرارهم.

ماذا يحدث إذا وافق المراجعون؟

- إذا وافق المراجعون على استئنافك، حينها يجب علينا أن نستمر في توفير خدماتك المشمولة بالتغطية ما دامت هذه الخدمة ضرورية من الناحية الطبية.

- سيتعين عليك مواصلة دفع حصتك من التكاليف (مثل، المبالغ التي تُعفى منها جهات التأمين أو دفعات التسديد المشتركة إذا كانت تنطبق). قد يكون هناك قيود على خدماتك المشمولة بالتغطية.

ماذا يحدث إذا رفض المراجعون؟

- إذا رفض المراجعون، حينها ستنتهي تغطيتك في التاريخ الذي أخبرناك فيه.
- إذا قررت الاستمرار في تلقي خدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق التمريض المتخصص أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد تاريخ انتهاء التغطية الخاصة بك، فسيُتبع عليك دفع التكلفة الكاملة لهذه الرعاية بنفسك.

الخطوة 4: إذا جاء الرد برفض استئنافك من المستوى 1، فلك أن تقرر ما إذا كنت تريد تقديم استئناف آخر.

- إذا رفض المراجعون استئنافك من المستوى 1 واخترت أن تستمر في تلقي الرعاية بعد انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك، يمكنك حينها تقديم استئناف من المستوى 2.

القسم 9.3 كيفية تقديم استئناف من المستوى 2 لمطالبة خطتنا بتغطية الرعاية الخاصة بك لفترة أطول

خلال الاستئناف من المستوى 2، تطلب من منظمة تحسين الجودة إعادة النظر في القرار المتعلق باستئنافك الأول. إذا رفضت منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 2، فقد تضطر إلى دفع التكلفة الكاملة لخدمات الرعاية الصحية المنزلية أو رعاية مرفق التمريض المتخصص أو مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) بعد التاريخ الذي قررنا فيه أن التغطية الخاصة بك ستنتهي.

الخطوة 1: عاود الاتصال بمنظمة تحسين الجودة واطلب مراجعة أخرى.

- يجب أن تطلب هذه المراجعة في غضون 60 يومًا تقويميًا بعد اليوم الذي رفضت فيه منظمة تحسين الجودة استئنافك من المستوى 1. لا يمكنك طلب هذه المراجعة إلا عند استمرارك في تلقي الرعاية بعد تاريخ انتهاء تغطية الرعاية الخاصة بك.

الخطوة 2: تجري منظمة تحسين الجودة مراجعة ثانية لوضعك.

- سيعيد المراجعون في منظمة تحسين الجودة فحص كافة المعلومات المتعلقة باستئنافك بعناية.

الخطوة 3: في غضون 14 يومًا تقويميًا من استلام طلب استئنافك، سيتخذ المراجعون قرارًا بشأن استئنافك ويبلغونك به.

ماذا يحدث إذا وافقت منظمة المراجعة المستقلة؟

- يجب علينا أن نقدم إليك تعويضًا عن حصتنا من تكاليف الرعاية التي تلقيتها منذ التاريخ الذي قررنا فيه أن تنتهي التغطية الخاصة بك. يجب علينا الاستمرار في توفير التغطية للرعاية ما دامت ضرورية من الناحية الطبية.
- يجب أن تستمر في دفع حصتك من التكاليف وقد تنطبق بعض القيود على التغطية.

ماذا يحدث إذا رفضت منظمة المراجعة المستقلة؟

- يعني هذا أنهم متفقون مع القرار المتعلق باستئنافك من المستوى 1.
- سيوضح لك الإشعار الذي سيصلك كتابيًا ما يمكنك فعله إذا أردت الاستمرار في عملية المراجعة. وسيزودك بتفاصيل حول كيفية الانتقال إلى المستوى التالي من الاستئناف الذي يتولى أمره قاضي قانون إداري أو محام محكم.

الخطوة 4: إذا جاء الرد بالرفض، فستحتاج أن تقرر ما إذا كنت ترغب في المضي باستئنافك إلى مستوى أعلى.

- هناك 3 مستويات إضافية في إجراءات الاستئناف بعد المستوى 2 (ليصبح العدد الإجمالي 5 مستويات للاستئناف). وإذا كنت ترغب في الانتقال إلى المستوى 3 من الاستئناف، فستجد التفاصيل المتعلقة بكيفية القيام بذلك في الإشعار الكتابي الذي يصلك بعد قرار الاستئناف من المستوى 2.
- يتولى قاضي قانون إداري أو محام محكم النظر في الاستئناف من المستوى 3. يوضح القسم 10 من هذا الفصل المزيد عن المستويات 3 و4 و5 من إجراءات الاستئنافات.

القسم 10 رفع استئنافك إلى المستويات 3 و4 و5

القسم 10.1 مستويات الاستئنافات 3 و4 و5 لطلبات الخدمة الطبية

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا قدمت استئنافاً من المستوى 1 والمستوى 2 وتم رفض كلاهما.

إذا كانت القيمة الدلالية للمنتج أو الخدمة الطبية التي قدمت الاستئناف بشأنها تستوفي حدوداً دنياً معينة، فقد تكون قادراً على الانتقال إلى مستويات إضافية من الاستئناف. أما إذا كانت القيمة الدلالية أقل من الحد الأدنى، فلا يمكنك متابعة الاستئناف. سيوضح لك الرد الكتابي الذي تحصل عليه بشأن استئنافك من المستوى 2 كيفية تقديم استئناف من المستوى 3.

في معظم الحالات التي تتضمن استئنافات، تجري إجراءات المستويات الثلاثة الأخيرة من الاستئناف بالطريقة نفسها للمستويين الأولين إلى حد كبير. وإليك من يتولى مراجعة استئنافك في كل من هذه المستويات.

الاستئناف من المستوى 3

سيقوم قاضي قانون إداري أو محام محكم يعملان لدى الحكومة الفيدرالية بمراجعة استئنافك وإبلاغك بالرد.

- إذا وافق قاضي القانون الإداري أو المحامي المحكم على استئنافك، فقد تنتهي أو لا تنتهي إجراءات الاستئناف. فعلى عكس القرار الصادر بشأن الاستئناف من المستوى 2، يحق لنا أن نقدم استئنافاً على قرار المستوى 3 إذا كان يصب في مصلحتك. إذا قررنا الاستئناف، فسينقل إلى المستوى 4 من الاستئناف.

○ إذا قررنا عدم الاستئناف، يجب أن نأذن بالرعاية الطبية ونوفرها لك في غضون 60 يومًا تقويمياً بعد أن يصلنا قرار قاضي القانون الإداري أو المحامي المحكم.

○ إذا قررنا تقديم استئناف على القرار، فسنرسل إليك نسخة من طلب الاستئناف من المستوى 4 مع أي مستندات مرفقة به. وقد ننتظر قرار الاستئناف من المستوى 4 قبل أن نأذن بالتغطية الطبية محل النزاع ونوفرها لك.

- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو المحامي المحكم استئنافك، فقد تنتهي أو لا تنتهي إجراءات الاستئنافات.

○ إذا قررت القبول بالقرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي إجراءات الاستئنافات.

○ إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، يمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي يصلك ما يجب فعله لتقديم استئناف من المستوى 4.

الاستئناف من المستوى 4

سيقوم مجلس استئنافات Medicare (المجلس) بمراجعة استئنافك وإبلاغك بالرد. هذا المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

- إذا جاء الرد بالموافقة، أو إذا رفض المجلس طلبنا لمراجعة قرار استئناف من المستوى 3 يصب في مصلحتك، فقد تنتهي أو لا تنتهي إجراءات الاستئنافات. فعلى عكس القرار الصادر بشأن الاستئناف من المستوى 2، يحق لنا أن نقدم استئنافاً على قرار المستوى 4 إذا كان يصب في مصلحتك. وسنقرر ما إذا كنا سنستأنف هذا القرار إلى المستوى 5.
 - إذا قررنا عدم تقديم استئناف بشأن القرار، يجب أن نأذن بالرعاية الطبية ونوفرها لك في غضون 60 يوماً تقويمياً بعد أن يصلنا قرار المجلس.
 - إذا قررنا تقديم استئناف بشأن القرار، فسنبذلُك كتابياً.
- إذا جاء الرد بالرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة، فقد تنتهي أو لا تنتهي إجراءات الاستئنافات.
 - إذا قررت القبول بالقرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي إجراءات الاستئنافات.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، فقد تكون قادراً على المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. إذا رفض المجلس استئنافك، فسيوضح لك الإشعار الذي يصلك ما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى المستوى 5 من الاستئناف وكيفية المتابعة إلى المستوى 5 من الاستئناف.

الاستئناف من المستوى 5

سيقوم قاضٍ تابع للمحكمة المحلية الفيدرالية بمراجعة استئنافك.

- سيراجع القاضي كافة المعلومات ومن ثم يقرر الموافقة على طلبك أو رفضه. ويُعد هذا ردًا نهائياً. فليس هناك مستويات استئناف أخرى بعد المحكمة المحلية الفيدرالية.

القسم 10.2 مستويات الاستئناف 3 و 4 و 5 لطلبات أدوية الجزء D

قد يكون هذا القسم مناسباً لك إذا قدمت استئنافاً من المستوى 1 والمستوى 2 وتم رفض كلاهما.

إذا كانت قيمة الدواء الذي قدمت الاستئناف بشأنه تستوفي قيمة دولارية معينة، فقد تكون قادراً على الانتقال إلى مستويات استئناف إضافية. أما إذا كانت القيمة الدولارية أقل، فلا يمكنك متابعة الاستئناف. سيوضح لك الرد الكتابي الذي يصلك بشأن استئنافك من المستوى 2 الجهات التي يمكنك الاتصال بها وما يمكنك فعله لطلب استئناف من المستوى 3.

في معظم الحالات التي تتضمن استئنافات، تجري إجراءات المستويات الثلاثة الأخيرة من الاستئناف بالطريقة نفسها للمستويين الأولين إلى حد كبير. وإليك من يتولى مراجعة استئنافك في كل من هذه المستويات.

الاستئناف من المستوى 3

سيقوم قاضي قانون إداري أو محام محكم يعملان لدى الحكومة الفيدرالية بمراجعة استئنافك وإبلاغك بالرد.

- إذا جاء الرد بالموافقة، فستنتهي إجراءات الاستئنافات. ويجب علينا أن نوفر أو نصرح لك بتغطية الدواء التي وافق عليها قاضي القانون الإداري أو المحامي المحكم في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو نقدم دفعة السداد في موعد أقصاه 30 يوماً تقويمياً بعد أن يصلنا القرار.
- إذا رفض قاضي القانون الإداري أو المحامي المحكم استئنافك، فقد تنتهي أو لا تنتهي إجراءات الاستئنافات.
 - إذا قررت القبول بالقرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي إجراءات الاستئنافات.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، يمكنك المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. سيوضح لك الإشعار الذي يصلك ما يجب فعله لتقديم استئناف من المستوى 4.

الاستئناف من المستوى 4

سيقوم مجلس استئنافات Medicare (المجلس) بمراجعة استئنافك وإبلاغك بالرد. هذا المجلس هو جزء من الحكومة الفيدرالية.

- إذا جاء الرد بالموافقة، فستنتهي إجراءات الاستئنافات. ويجب علينا أن نوفر أو نصرح لك بتغطية الدواء التي وافق عليها المجلس في غضون 72 ساعة (24 ساعة للاستئنافات العاجلة) أو نقدم دفعة السداد في موعد أقصاه 30 يومًا تقويميًا بعد أن يصلنا القرار.
- إذا جاء الرد بالرفض أو إذا رفض المجلس طلب المراجعة، فقد تنتهي أو لا تنتهي إجراءات الاستئنافات.
 - إذا قررت القبول بالقرار الذي يرفض استئنافك، تنتهي إجراءات الاستئنافات.
 - إذا كنت لا ترغب في قبول القرار، فقد تكون قادرًا على المتابعة إلى المستوى التالي من عملية المراجعة. إذا رفض المجلس استئنافك، فسيوضح لك الإشعار الذي يصلك ما إذا كانت القواعد تسمح لك بالانتقال إلى المستوى 5 من الاستئناف وكيفية المتابعة إلى الاستئناف من المستوى 5.

الاستئناف من المستوى 5

سيقوم قاضٍ تابع للمحكمة المحلية الفيدرالية بمراجعة استئنافك.

- سيراجع القاضي كافة المعلومات ومن ثم يقرر الموافقة على طلبك أو رفضه. ويُعد هذا ردًا نهائيًا. فليس هناك مستويات استئناف أخرى بعد الاستئناف لدى المحكمة المحلية الفيدرالية.

تقديم الشكاوى

القسم 11 كيفية تقديم شكوى بخصوص جودة الرعاية أو أوقات الانتظار أو خدمة العملاء أو مخاوف أخرى

القسم 11.1 أنواع المشكلات التي يتم التعامل معها من خلال عملية الشكاوى؟

لا تُستخدم عملية الشكاوى/لا لأنواع معينة من المشكلات. وهذا يتضمن مشكلات بخصوص جودة الرعاية وأوقات الانتظار وخدمة العملاء. وإليك أمثلة على أنواع المشكلات التي يتم التعامل معها من خلال عملية الشكاوى.

الشكاوى	المثال
جودة الرعاية الطبية الخاصة بك	• هل أنت غير راضٍ عن جودة الرعاية التي تلقيتها (بما في ذلك الرعاية داخل المستشفى)؟
احترام خصوصيتك	• هل هناك شخص لم يحترم حقك في الخصوصية أو شارك معلومات سرية عنك؟
عدم الاحترام أو سوء خدمة العملاء أو غير ذلك من السلوكيات السلبية	• هل عاملك شخص ما بعدم احترام أو وقاحة؟ • هل أنت غير راضٍ عن خدمة العملاء الخاصة بنا؟ • هل تشعر أن هناك من يشجعك على إنهاء اشتراكك في خطتنا؟

الشكوى	المثال
أوقات الانتظار	- هل تواجه صعوبة في الحصول على موعد أو تنتظر مدة طويلة حتى تحصل عليه؟ - هل اضطررت إلى الانتظار مدةً طويلة لدى أي من الأطباء أو الصيادلة أو غيرهم من الاختصاصيين الصحيين؟ أو لدى خدمة العملاء أو موظفين آخرين في خطتنا؟ ○ من الأمثلة على ذلك الانتظار مدةً طويلة على الهاتف، أو في غرفة الانتظار أو الفحص، أو عند استلام وصفة طبية.
النظافة	هل تشعر بعدم رضا عن نظافة أو حالة عيادة أو مستشفى أو مكتب طبيب؟
المعلومات التي تزودك بها	- هل أغفلنا تزويدك بإشعار مطلوب؟ - هل تجد صعوبة في فهم المعلومات المكتوبة التي نقدمها؟
الالتزام بالمواعيد (تتعلق هذه الأنواع من الشكاوى بالالتزام بالمواعيد في اتخاذ الإجراءات المتعلقة بقرارات التغطية والاستئنافات)	إذا طلبت قرار تغطية أو قدمت استئنافاً، ورأيت أننا لا نرد بسرعة كافية، فيمكنك تقديم شكوى بشأن بطئنا. وفي ما يأتي بعض الأمثلة: - إذا طلبت منا اتخاذ قرار تغطية سريع أو قدمت استئنافاً سريعاً ورفضنا، فيمكنك تقديم شكوى. - إذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية لقرارات التغطية أو الاستئنافات، فيمكنك تقديم شكوى. - إذا كنت ترى أننا لا نلتزم بالمواعيد النهائية للتغطية أو سداد تكاليف بعض الخدمات الطبية أو المستلزمات أو الأدوية التي تمت الموافقة عليها لك، فيمكنك تقديم شكوى. - إذا كنت ترى أننا لم نلتزم بالمواعيد النهائية المطلوبة لإحالة قضيتك إلى منظمة المراجعة المستقلة، فيمكنك تقديم شكوى.

القسم 11.2 كيفية تقديم شكوى

المصطلحات القانونية:

يطلق على الشكوى أيضاً **التظلم**.

يطلق على تقديم شكوى رفع تظلم.

يطلق على اتباع إجراءات الشكاوى اتباع إجراءات رفع تظلم.

يطلق على الشكوى السريعة التظلم العاجل.

الخطوة 1: تواصل معنا على الفور – إما عن طريق الهاتف أو كتابياً.

- عادةً ما يكون الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 800-574-503 أو 1-800-603-2340 (TTY: 711) هو الخطوة الأولى. وإذا كان هناك أي إجراء آخر عليك اتخاذه، فسيبلغك به موظف خدمة العملاء.
- إذا كنت لا تريد الاتصال (أو اتصلت ولم تكن راضياً)، فيمكنك تقديم شكواك كتابياً وإرسالها إلينا. وإذا قدمت شكواك كتابياً، فسندرد عليها كتابياً.

- إذا كانت لديك شكوى، فيمكنك أنت أو ممثلك المعين الاتصال على الرقم 1-800-603-2340 أو 503-574-8000 (TTY: 711). كما يمكنك إرسال شكواك كتابيًا إلى قسم الاستئنافات والتظلمات على العنوان الآتي: Providence Health Assurance، إلى: إدارة الاستئنافات والتظلمات، صندوق بريد 4158، بورتلاند، أوريغون 97208-4158.
- **الموعد النهائي لتقديم شكوى هو 60 يومًا تقويميًا من وقت حدوث المشكلة التي تريد تقديم شكوى بشأنها.**

الخطوة 2: تراجع شكواك ونوافيك بردنا.

- **سنوافيك بالإجابة فورًا إذا أمكن ذلك.** إذا اتصلت بنا لتقديم شكوى، فقد نتمكن من موافاتك بالرد في المكالمات الهاتفية نفسها.
- **يتم الرد على معظم الشكاوى خلال 30 يومًا تقويميًا.** إذا كنا بحاجة إلى مزيد من المعلومات وكان التأخير في مصلحتك، أو إذا طلبت مزيدًا من الوقت، فقد نستغرق ما يصل إلى 14 يومًا تقويميًا إضافيًا (44 يومًا تقويميًا في المجمل) للرد على شكواك. إذا قررنا أن نأخذ أيامًا إضافية، فسنبذلك كتابيًا.
- **إذا كنت تقدم شكوى لأننا رفضنا الطلب الذي قدمته للحصول على قرار تغطية سريع أو استئناف سريع، فسنبذلها شكوى سريعة تلقائيًا.** إذا كانت الشكوى التي قدمتها سريعة، فهذا يعني أننا سنوافيك بالرد خلال 24 ساعة.
- **إذا لم نتفق مع بعض ما ورد في شكواك أو كله، أو لم نتحمل المسؤولية عن المشكلة التي تشتكي منها، فسوف ندرج أسبابنا في ردنا عليك.**

القسم 11.3 يمكنك أيضًا تقديم شكوى بشأن جودة الرعاية إلى منظمة تحسين الجودة

عندما تكون شكواك بشأن جودة الرعاية، يكون لديك خياران إضافيان:

- **يمكنك تقديم شكواك مباشرةً إلى منظمة تحسين الجودة.** منظمة تحسين الجودة منظمة تتكون من مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية، تمولها الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة لمرضى Medicare وتحسينها. يحتوي الفصل 2 على بيانات الاتصال.
- أو
- **يمكنك تقديم شكواك إلى منظمة تحسين الجودة وإلينا في الوقت نفسه.**

القسم 11.4 يمكنك أيضًا إبلاغ Medicare بشكواك

يمكنك تقديم شكوى بشأن Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) مباشرةً إلى Medicare. لتقديم شكوى إلى Medicare، انتقل إلى www.Medicare.gov/my/medicare-complaint. يمكنك أيضًا الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي أجهزة TTY/TDD الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

المشكلات المتعلقة بمزاياك في Medicaid

القسم 12 التعامل مع المشكلات المتعلقة بمزايا برنامج Medicaid

القسم 12.1 كيفية تقديم شكوى أو تظلم من خلال خطة أوريغون الصحية (Medicaid)

إذا لم تكن راضيًا عن خطة أوريغون الصحية (Medicaid)، أو عن منظمة الرعاية المنسقة لها، أو مقدم الخدمة، أو الخدمات التي تحصل عليها، فيمكنك تقديم شكوى أو رفع تظلم. إذا كنت عضوًا في منظمة الرعاية المنسقة لخطة أوريغون الصحية (Medicaid)، فاتصل بخدمة العملاء أو أرسل إليهم خطابًا. وسيتواصلون معك بمكالمة هاتفية أو كتابيًا خلال 5 أيام لتقديم رد رسمي أو لإبلاغك بحاجتهم إلى مزيد من الوقت لإكمال مراجعتهم. إذا كانت ثمة حاجة إلى مزيد من الوقت، فسيتم تقديم رد رسمي على شكواك خلال 30 يومًا. ويجب عليهم معالجة شكواك خلال 30 يومًا. وإذا كنت من عملاء نظام الرسوم مقابل الخدمة (FFS)، فاتصل بخدمات عملاء خطة أوريغون الصحية (Medicaid) على الرقم 1-800-273-0557 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

القسم 12.2 كيفية استئناف قرار

إذا اتخذت خطة أوريغون الصحية (Medicaid) أو منظمة الرعاية المنسقة لها قرارًا برفض إحدى الخدمات الطبية أو خدمات الأسنان أو خدمات الصحة السلوكية التي طلبها مقدم الخدمة أو إيقافها أو تخفيضها، فستتلقى خطابًا بعنوان "إشعار بالإجراء/رفض المزايا" عبر البريد. وتوضح هذه الرسالة سبب اتخاذ هذا القرار. سيحتوي الخطاب على تعليمات عن كيفية تقديم استئناف من خلال تغطية خطة أوريغون الصحية (Medicaid). إذا لم تكن موافقًا على قرارنا، فيحق لك أن تطلب منا تغييره. ويمكنك فعل ذلك من خلال تقديم طلب استئناف. ويجب أن نتسلم طلبك خلال 60 يومًا من "تاريخ الإشعار" المدوّن في خطاب إشعار الإجراء/رفض المزايا.

في الاستئناف، ستطلب منظمة الرعاية المنسقة لخطة أوريغون الصحية (Medicaid) من اختصاصي رعاية صحية مراجعة قضيتك. لتقديم طلب استئناف:

- تواصل بمكالمة هاتفية أو كتابيًا مع خدمة العملاء في منظمة الرعاية المنسقة لخطة أوريغون الصحية (Medicaid)،
- تواصل بمكالمة هاتفية أو كتابيًا مع خطة أوريغون الصحية (Medicaid) إذا كنت مشتركًا في خطة أوريغون الصحية (OHP) بنظام الرسوم مقابل الخدمة.

حالما تحصل على قرار الاستئناف، إذا لم تكن موافقًا، فيمكنك طلب جلسة استماع. وعليك فعل ذلك خلال 120 يومًا من "تاريخ الإشعار" المدوّن في خطاب الإشعار بقرار الاستئناف. وسترفق منظمة الرعاية المنسقة لخطة أوريغون الصحية (Medicaid) هذا النموذج عندما ترسل إليك خطاب إشعار بالإجراء. يمكنك أيضًا الحصول على هذا النموذج باللغة التي تفضلها عن طريق الاتصال بمنظمة المنسقة التابعة لخطة أوريغون الصحية (Medicaid)، أو الاتصال بخدمات العملاء في خطة أوريغون الصحية، أو عبر الإنترنت على www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

اتصل بمنظمة الرعاية المنسقة لخطة أوريغون الصحية (Medicaid) إذا كنت تريد الحصول على مساعدة في تقديم طلب استئناف. ستحصل على "إشعار بقرار الاستئناف" منهم خلال 16 يومًا. وستعرف من خلاله ما إذا كان المراجع موافقًا أم غير موافق على قرار خطة أوريغون الصحية (Medicaid) أو قرار منظمة الرعاية المنسقة لها. وفي هذه الأثناء، قد تتمكن من الاستمرار في تلقي الخدمة التي سيتم إيقافها باتباع ما يأتي:

- اطلب من منظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) مواصلة الخدمة، و
- يجب تقديم الطلب في موعد أقصاه اليوم العاشر بعد تاريخ إشعار الإجراء/قرار رفض المزايا أو إشعار قرار الاستئناف.

إذا تلقيت الخطاب بعد تاريخ السريان، فاتصل للحصول على التعليمات. إذا وافق المراجع على القرار الأصلي، فقد يتعين عليك الدفع مقابل الخدمات التي تتلقاها بعد تاريخ السريان المدوّن في إشعار الإجراء/خطاب رفض المزايا.

إذا كنت بحاجة إلى استئناف سريع (عاجل)

قد ترى أنت ومقدم الخدمة أن المشكلة الطبية أو مشكلة الأسنان أو مشكلة الصحة العقلية التي لديك عاجلة ولا تحمل الانتظار حتى يتم إجراء استئناف عادي. إذا كان الأمر كذلك، فأبلغ منظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) أنك بحاجة إلى استئناف سريع (عاجل). أرسل طلبك إليهم بالفاكس. أدرج بيانًا من مقدم الخدمة، أو اطلب منه الاتصال وتوضيح السبب الذي يجعل الأمر عاجلاً. إذا وافقت منظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) على أن الأمر عاجل، فستتلقى منها اتصالاً لإبلاغك بالقرار خلال 72 ساعة.

استئنافات مقدم الخدمة

يحق لمقدم الخدمة الاستئناف نيابةً عنك إذا رفضت منظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) أوامر طبيبه.

القسم 12.3 كيفية الحصول على جلسة استماع عادلة على مستوى الولاية

يمكن لأعضاء منظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) والمشاركين في خطّة أوريغون الصحية بنظام الرسوم مقابل الخدمة عقد جلسة استماع أمام قاضي قانون إداري في ولاية أوريغون. يمكنك طلب عقد جلسة استماع من خطّة أوريغون الصحية خلال 120 يومًا من تاريخ "الإشعار بقرار الاستئناف".

إذا لم تكن موافقًا على القرار الوارد في خطاب إشعار قرار الاستئناف، فيمكنك طلب عقد جلسة استماع عن طريق تعبئة نموذج طلب استئناف وجلسة استماع بشأن رفض الخدمات الطبية (DMAP 3302). وسترفق منظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) هذا النموذج عندما ترسل إليك خطاب "إشعار بالإجراء/رفض المزايا". كما يمكنك الحصول على هذا النموذج باللغة التي تفضلها من خلال الاتصال بمنظمة الرعاية المنسقة لخطّة أوريغون الصحية (Medicaid) أو خدمات عملاء خطّة أوريغون الصحية. يمكنك أيضًا العثور عليه عبر الإنترنت على www.oregon.gov/oha/hsd/ohp/pages/forms.aspx.

في جلسة الاستماع، يمكنك إخبار القاضي بسبب عدم موافقتك على القرار وسبب ضرورة تغطية الخدمات. لا تحتاج إلى محامٍ، لكن يمكنك تعيين محامٍ أو أن تطلب وجود شخص آخر معك، مثل طبيبك. وإذا عيّنت محامياً، فعليك دفع أتعابه. أو يمكنك الاتصال بالخط الساخن للمزايا العامة (برنامج تابع لخدمات المساعدة القانونية في أوريغون ومركز القانون في أوريغون) على الرقم 1-800-520-5292 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711)، للحصول على استشارة وإمكانية الحصول على تمثيل قانوني. يمكن أيضًا العثور على معلومات عن المساعدة القانونية المجانية على www.oregonlawhelp.org.

إذا كنت بحاجة إلى جلسة استماع سريعة (عاجلة)

قد ترى أنت ومقدم الخدمة أن المشكلة الطبية التي لديك عاجلة ولا تحمل الانتظار حتى يتم عقد جلسة استماع عادية. أرسل نموذج طلب جلسة الاستماع بالفاكس إلى وحدة جلسات الاستماع في خطّة أوريغون الصحية على الرقم 503-945-6035.

وأرفق بياناً من مقدم الخدمة يوضح فيه السبب الذي يجعل الأمر عاجلاً. إذا وافق المدير الطبي لخطة أوريغون الصحية على أن الأمر عاجل، فستتصل بك وحدة جلسات الاستماع خلال ثلاثة أيام عمل.

القسم 12.4 معلومات مهمة

يمكن لموظفي خدمة العملاء في Providence Health Assurance مساعدتك على تقديم شكوى. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) وطلب التحدث إلى أحد ممثلي خدمة العملاء.

لن يؤثر استئناف القرار في استمرار الخدمة التي تتلقاها من Providence Health Assurance. ومع ذلك، قد تكون مسؤولاً عن دفع ثمن الخدمات المقدمة في فترة إجراءات الاستئناف إذا تم تأكيد قرار رفض الخدمة أو تقييدها.

الفصل 10:

إنهاء العضوية في خطتنا

القسم 1 إنهاء عضويتك في خطتنا

إنهاء عضويتك في Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) قد يكون طوعاً (باختيارك) أو إجبارياً (ليس باختيارك):

- قد تترك خطتنا لأنك قررت أنك تريد تركها. ويقدم القسمان 2 و 3 معلومات عن إنهاء عضويتك طوعاً.
- توجد أيضاً حالات محدودة نكون فيها ملزّمين بإنهاء عضويتك. ويوضح لك القسم 5 الحالات التي يتعين علينا فيها إنهاء عضويتك.
- إذا كنت ستترك خطتنا، فيجب أن تستمر خطتنا في تقديم الرعاية الطبية والأدوية الموصوفة لك، وستستمر أنت في دفع حصتك من التكاليف حتى تنتهي عضويتك.

القسم 2 متى يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا؟

القسم 2.1 قد تتمكن من إنهاء عضويتك لأنك مسجّل في Medicaid و Medicare

معظم الحاصلين على الرعاية الطبية لا يمكنهم إنهاء عضويتهم إلا خلال أوقات معينة من العام. ونظرًا إلى أنك مسجّل في Medicaid، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا عن طريق اختيار أحد خيارات Medicare الآتية في أي شهر من العام:

- Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية من Medicare، أو
- Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية من Medicare (إذا اخترت هذا الخيار، فقد يسجلك Medicare في خطة أدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي)، أو
- إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تسجيلك في خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك مزايا برنامج Medicare وخدماته ومعظم مزايا برنامج Medicaid وخدماته أو كلها في خطة واحدة.

ملاحظة: إذا ألغيت التسجيل في تغطية الأدوية في Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وظللت من دون تغطية معتمدة للأدوية مدة 63 يومًا متصلة أو أكثر، فقد يتعين عليك دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضمت إلى إحدى خطط أدوية Medicare لاحقًا.

- اتصل بمكتب Medicaid في ولايتك على الرقم 1-800-273-0557 لمعرفة خيارات خطط Medicaid المتاحة لك.
- تتم إتاحة خيارات أخرى لخطط Medicare الصحية خلال فترة التسجيل المفتوح. يوضح لك القسم 2.2 المزيد عن فترة التسجيل المفتوح.
- تنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر الذي يلي استلامنا طلب تغيير خطتك. وسيبدأ تسجيلك في خطتك الجديدة في هذا اليوم أيضًا.

القسم 2.2 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح

يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح كل عام. خلال هذه الفترة، راجع تغطيتك الصحية وتغطية الأدوية التي لديك، وقرر بشأن تغطية العام القادم.

- تستمر فترة التسجيل المفتوح من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر.
- يمكنك أن تقرر الإبقاء على تغطيتك الحالية أو إجراء تغييرات عليها للعام القادم. إذا قررت التغيير إلى خطة جديدة، فيمكنك اختيار أي نوع من أنواع الخطط الآتية:
 - خطة صحية أخرى من Medicare، مع تغطية أدوية أو من دونها.
 - Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية من Medicare
 - Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية من Medicare.
 - إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تسجيلك في خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك مزايا برنامج Medicare وخدماته ومعظم مزايا برنامج Medicaid وخدماته أو كلها في خطة واحدة.
- تحصل على مساعدة إضافية من Medicare لدفع تكاليف أدوية التي تستلزم وصفة طبية: إذا انتقلت إلى Original Medicare ولم تسجل في خطة منفصلة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية من Medicare، فقد يسجل Medicare في إحدى خطط الأدوية، ما لم تكن قد اخترت عدم التسجيل التلقائي.
- ملاحظة: إذا ألغيت التسجيل في تغطية الأدوية في Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وظلت من دون تغطية معتمدة للأدوية مدة 63 يومًا متصلة أو أكثر، فقد يتعين عليك دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضمت إلى إحدى خطط أدوية Medicare لاحقًا.
- ستنتهي عضويتك في خطتنا عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة في 1 يناير.

القسم 2.3 يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage

يمكنك إجراء تغيير و/أو حد على تغطيتك الصحية خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage كل عام.

- فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage ممتدة من 1 يناير إلى 31 مارس وتشمل أيضًا المستفيدين الجدد من Medicare المسجلين في إحدى خطط Medicare Advantage (MA)، حيث تمتد من شهر استحقاق الجزء A والجزء B إلى آخر يوم من الشهر الثالث من تاريخ الاستحقاق.
- خلال فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage يمكنك:
 - الانتقال إلى خطة أخرى من Medicare Advantage مع تغطية أدوية أو من دونها.
 - إلغاء التسجيل في خطتنا والحصول على التغطية من خلال Original Medicare. إذا انتقلت إلى Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة أدوية منفصلة من Medicare في الوقت نفسه.
- سوف تنتهي عضويتك في أول يوم من الشهر الذي يلي تسجيلك في خطة مختلفة من Medicare Advantage، أو حالما نتلقى طلب الانتقال إلى Original Medicare الذي قدمته. إذا اخترت أيضًا التسجيل في خطة أدوية من Medicare، فستبدأ عضويتك في خطة الأدوية في أول يوم من الشهر الذي يلي تلقي خطة الأدوية طلب التسجيل الذي قدمته.

القسم 2.4 في حالات معينة، يمكنك إنهاء عضويتك خلال فترة تسجيل خاصة

في حالات معينة، قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك في أوقات أخرى من العام. ويعرف ذلك بفترة التسجيل الخاصة.

قد تكون مؤهلاً لإنهاء عضويتك خلال فترة تسجيل خاصة إذا انطبقت عليك أي من الحالات الآتية. هذه الحالات ليست سوى أمثلة. للاطلاع على القائمة الكاملة، يمكنك التواصل مع خطتنا أو الاتصال بـ Medicare أو زيارة www.Medicare.gov.

- عادةً، عندما تنتقل إلى مكان جديد
- إذا كنت مشتركاً في خطة أوريغون الصحية (Medicaid)
- إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية لدفع تكاليف تغطية الأدوية من Medicare
- إذا انتهكنا عقدنا معك
- إذا كنت تتلقى رعاية في مؤسسة، مثل دار لرعاية المسنين أو مستشفى للرعاية طويلة الأمد (LTC)
- إذا سجلت في برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)
- **ملاحظة:** إذا كنت مسجلاً في برنامج لإدارة الأدوية، فقد تكون مؤهلاً لفترات تسجيل خاصة معينة فقط. يوضح لك القسم 10 من الفصل 5 المزيد عن برامج إدارة الأدوية.
- **ملاحظة:** يوضح لك القسم 2.1 المزيد عن فترة التسجيل الخاصة للمُسجلين في Medicaid.

تختلف فترات التسجيل حسب حالتك.

لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً لفترة تسجيل خاصة، اتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت مؤهلاً لإنهاء عضويتك بسبب حالة خاصة، فيمكنك اختيار تغيير كل من التغطية الصحية وتغطية الأدوية من Medicare. يمكنك اختيار:

- خطة صحية أخرى من Medicare، مع تغطية أدوية أو من دونها،
- Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية من Medicare،
- Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية من Medicare.
- إذا كنت مؤهلاً، فسيتم تسجيلك في خطة D-SNP المتكاملة التي توفر لك مزايا برنامج Medicare وخدماته ومعظم مزايا برنامج Medicaid وخدماته أو كلها في خطة واحدة.

ملاحظة: إذا ألغيت التسجيل في تغطية الأدوية في Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وظللت من دون تغطية معتمدة للأدوية مدة 63 يوماً متصلة أو أكثر، فقد يتعين عليك دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضمت إلى إحدى خطط أدوية Medicare لاحقاً.

إذا حصلت على مساعدة إضافية من Medicare لدفع تكاليف أدويةك التي تشملها تغطية الأدوية: إذا انتقلت إلى Original Medicare ولم تسجل في خطة منفصلة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية من Medicare، فقد يسجلك Medicare في إحدى خطط الأدوية، ما لم تختار عدم التسجيل التلقائي.

تنتهي عضويتك عادةً في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تقديمك طلب لتغيير خطتنا.

ملاحظة: يوضح لك القسمان 2.1 و 2.2 المزيد عن فترة التسجيل الخاصة للمُسجلين في Medicaid والمساعدة الإضافية.

القسم 2.5 احصل على مزيد من المعلومات عن الأوقات التي يمكنك فيها إنهاء عضويتك

إذا كانت لديك أسئلة بشأن إنهاء عضويتك، فيمكنك:

- الاتصال بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711)
- العثور على المعلومات في كتيب *Medicare & You 2026*
- الاتصال بـ **Medicare** على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-877-486-2048)

القسم 3 كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا

يوضح الجدول أدناه كيفية إنهاء عضويتك في خطتنا.

للانتقال من خطتنا إلى:	إليك ما يجب فعله:
خطة صحية أخرى من Medicare	• سجّل في الخطة Medicare الصحية الجديدة. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطتك الجديدة.
Original Medicare مع خطة منفصلة للأدوية من Medicare	• سجّل في خطة الأدوية الجديدة من Medicare. • سيتم إلغاء تسجيلك تلقائيًا من Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطية خطة الأدوية الجديدة.
Original Medicare من دون خطة منفصلة للأدوية من Medicare	• أرسل إلينا طلبًا كتابيًا لإلغاء التسجيل. اتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) إذا كنت بحاجة إلى مزيد من المعلومات عن كيفية إجراء ذلك. • يمكنك أيضًا الاتصال بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) وطلب إلغاء تسجيلك. يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. • سيتم إلغاء تسجيلك من Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) عندما تبدأ تغطيتك في Original Medicare.

ملاحظة: إذا ألغيت التسجيل في تغطية الأدوية في Medicare، ولم تعد تتلقى مساعدة إضافية، وظللت من دون تغطية معتمدة للأدوية مدة 63 يومًا متصلة أو أكثر، فقد يتعين عليك دفع غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D إذا انضمت إلى إحدى خطط أدوية Medicare لاحقًا.

لنطرح أسئلة عن مزايا خطة أوريغون الصحية (Medicaid)، اتصل بخطة أوريغون الصحية (Medicaid) مجانًا على الرقم: 1-800-273-0557، TTY: 711، من الاثنين إلى الأربعاء، من 8 صباحًا إلى 5 مساءً. اسأل عن آثار الانضمام إلى خطة أخرى أو العودة إلى Original Medicare في طريقة حصولك على تغطية أوريغون الصحية (Medicaid).

القسم 4 حتى تنتهي عضويتك، يجب أن تستمر في الحصول على الخدمات الطبية والأدوية من خلال خطتنا

حتى تنتهي عضويتك وتبدأ تغطيتك الجديدة من Medicare و Medicaid، يجب أن تظل تتلقى مستلزماتك وخدماتك الطبية وأدويةك التي تستلزم وصفة طبية من خلال خطتنا.

- واصل الاستعانة بمقدمي الخدمات في شبكتنا لتلقي الرعاية الطبية.
- واصل استخدام صيدليات شبكتنا أو الطلب عبر البريد لصرف وصفاتك الطبية.
- إذا كنت في المستشفى في اليوم الذي تنتهي فيه عضويتك، فستتم تغطية إقامتك في المستشفى حتى تخرج منها من خلال خطتنا (حتى لو خرجت من المستشفى بعد بدء التغطية الصحية الجديدة).

القسم 5 يجب على Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في ظروف معينة

يجب على Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) إنهاء عضويتك في خطتنا في حالة حدوث أي مما يأتي:

- إذا لم تعد تستفيد من Medicare الجزء A والجزء B
- إذا لم تعد مؤهلاً للاستفادة من Medicaid. كما ورد في القسم 2.1 من الفصل 1، خطتنا مخصصة للأشخاص المؤهلين للاستفادة كل من Medicare و Medicaid. بمجرد إبلاغ الخطة بأنك لم تعد تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة هذه، سيكون أمامك شهر واحد لتلبية متطلبات الأهلية الخاصة بالخطة. إذا لم تعد تستوفي متطلبات الأهلية الخاصة بخطتنا في نهاية هذه الفترة التي تبلغ شهرًا واحدًا، فستنتهي عضويتك في هذه الخطة. ستتلقى إشعارًا منا لإخطارك بإنهاء عضويتك والخيارات المتاحة لك. خلال هذه الفترة التي تبلغ شهرًا واحدًا، سنواصل تقديم جميع مزايا Medicare التي تغطيها خطة Medicare Advantage. ومع ذلك، خلال هذه الفترة، قد لا تستمر خطة أوريغون الصحية (Medicaid) في تغطية مزايا Medicaid المدرجة ضمن خطة أوريغون الصحية (Medicaid) التابعة للولاية، وقد لا تدفع أقساط Medicare أو التكاليف المشتركة التي قد تغطيها خطة أوريغون الصحية (Medicaid) بخلاف ذلك.
- إذا انتقلت إلى مكان جديد خارج منطقة خدمتنا
- إذا ظللت خارج منطقة خدمتنا أكثر من 6 أشهر
- إذا انتقلت إلى مكان جديد أو خرجت في رحلة طويلة، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 1-800-603-2340 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711) لمعرفة ما إذا كان المكان الذي انتقلت أو سافرت إليه يقع ضمن منطقة خطتنا.
- إذا تم اعتقالك (دخلت السجن)
- إذا لم تعد مواطنًا أمريكيًا أو مقيمًا قانونيًا داخل الولايات المتحدة

- إذا كذبت أو أخفيت معلومات بشأن استفادتك من تأمين يوفر تغطية للأدوية
- إذا زدتنا عمدًا بمعلومات غير صحيحة عند التسجيل في خطتنا وكانت هذه المعلومات تؤثر في أهليتك لخطتنا. (لا يمكننا إنهاء عضويتك في خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)
- إذا كنت تستمر في التصرف بطريقة مزعجة تجعل من الصعب علينا تقديم الرعاية الطبية إليك وإلى أعضاء خطتنا الآخرين. (لا يمكننا إنهاء عضويتك في خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)
- إذا سمحت لشخص آخر باستخدام بطاقة عضويتك للحصول على الرعاية الطبية. (لا يمكننا إنهاء عضويتك في خطتنا لهذا السبب إلا إذا حصلنا على إذن من Medicare أولاً.)

○ إذا أنهينا عضويتك لهذا السبب، فقد يحقق المفتش العام في Medicare في قضيتك.

إذا كانت لديك أسئلة أو تريد مزيدًا من المعلومات بشأن الحالات التي يمكننا فيها إنهاء عضويتك، فاتصل بخدمة العملاء على الرقم 503-574-8000 أو 1-800-603-2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711).

القسم 5.1 لا يمكننا أن نطلب منك ترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة

Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP) لا يجوز لها أن تطلب منك ترك خطتنا لأي سبب متعلق بالصحة.

ماذا يجب أن تفعل إذا حدث هذا؟

إذا شعرت أنه يُطلب منك ترك خطتنا لسبب متعلق بالصحة، فاتصل بـ Medicare على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

القسم 5.2 يحق لك تقديم شكوى إذا أنهينا عضويتك في خطتنا

إذا أنهينا عضويتك في خطتنا، فيجب علينا أن نخبرك بأسباب إنهاء عضويتك كتابيًا. كما يجب علينا توضيح الطريقة التي يمكنك من خلالها رفع تظلم أو تقديم شكوى بشأن قرار إنهاء عضويتك الذي اتخذناه.

الفصل 11:

إشعارات قانونية

القسم 1 إشعار بخصوص القانون الحاكم

القانون الأساسي الذي ينطبق على وثيقة دليل التغطية هذه هو الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي، واللوائح الموضوعية بموجبها الصادرة من مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS). إضافةً إلى ذلك، قد تنطبق قوانين فيدرالية أخرى، وفي ظروف معينة، قد تنطبق قوانين الولاية التي تعيش فيها. وقد يؤثر هذا في حقوقك ومسؤولياتك حتى لو لم تدرج هذه القوانين أو توضّح في هذه الوثيقة.

القسم 2 إشعار بخصوص عدم التمييز

نحن لا نميز على أساس العرق أو الإثنية أو الأصل القومي أو اللون أو الدين أو الجنس أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الجسدية أو الحالة الصحية أو سجل المطالبات أو التاريخ الطبي أو المعلومات الجينية أو دليل قابلية التأمين أو الموقع الجغرافي داخل منطقة الخدمة. يجب على جميع المنظمات التي تقدم خطط Medicare Advantage، مثل خطتنا، الالتزام بالقوانين الفيدرالية المناهضة للتمييز، بما في ذلك الباب السادس من قانون الحقوق المدنية لعام 1964، وقانون إعادة التأهيل لعام 1973، وقانون التمييز على أساس السن لعام 1975، وقانون الأمريكيين ذوي الإعاقة، والقسم 1557 من قانون الرعاية الميسرة، وجميع القوانين الأخرى التي تنطبق على المنظمات التي تحصل على تمويل فيدرالي وأي قوانين وقواعد أخرى تنطبق لأي سبب آخر.

إذا كنت تريد مزيدًا من المعلومات أو لديك مخاوف بشأن التمييز أو المعاملة غير العادلة، فاتصل بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على الرقم 1-800-368-1019 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 1-800-537-7697) أو بمكتب الحقوق المدنية المحلي التابع لمنطقتك. يمكنك أيضًا مراجعة المعلومات الواردة من مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية على www.HHS.gov/ocr/index.html.

إذا كانت لديك إعاقة وكنت تحتاج إلى مساعدة للحصول على الرعاية، فيرجى الاتصال بخدمة العملاء لدينا على الرقم 800-574-5033 أو 1 800 603 2340 (يمكن لمستخدمي TTY الاتصال على 711). إذا كانت لديك شكوى، مثل مشكلة في الوصول إلى الكرسي المتحرك، فيمكن لخدمة العملاء مساعدتك.

القسم 3 إشعار بخصوص حقوق الإنابة عن الدفع إلى الجهة الدافعة الثانوية ضمن Medicare

لدينا الحق والمسؤولية في تحصيل تكاليف الخدمات التي تغطيها Medicare والتي لا يكون Medicare الجهة الدافعة الأساسية لها. وفق لوائح مراكز خدمات Medicare و Medicaid الواردة في القسمين 422.108 و 423.462 من المادة 42 من اللوائح الفيدرالية الأمريكية (42 CFR)، ستمارس Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)، بصفتها منظمة Medicare Advantage، حقوق الاسترداد نفسها التي يمارسها الوزير بموجب لوائح مراكز خدمات Medicare و Medicaid في الأجزاء الفرعية من B إلى D من الجزء 411 من المادة 42 من اللوائح الفيدرالية الأمريكية والقواعد المنصوص عليها في هذا القسم تحل محل أي قوانين تابعة لولاية.

القسم 4 إشعار بخصوص الظروف غير المعتادة

في ما يلي أمثلة على الظروف غير المعتادة: الدمار الكلي أو الجزئي للمرافق أو الحرب أو الشغب أو التمرد المدني أو نزاعات العمل أو الأمور الخارجة عن سيطرة Providence Health Assurance أو الكوارث الكبرى أو عجز جزء كبير من موظفي المستشفى أو الأوبئة أو أسباب مشابهة. إذا أدى حدوث ظروف غير معتادة إلى تأخير أو صعوبة في تقديم الخدمات والمزايا الأخرى التي يشملها هذا الاتفاق، فستبدل Providence Health Assurance أقصى جهد ممكن لتقديم الخدمات والمزايا التي يشملها هذا الاتفاق، ضمن حدود المرافق والكوادر المتاحة. في ما يخص الظروف غير المعتادة، لا تتحمل Providence Health Assurance، ولا المستشفيات، ولا أي طبيب أي مسؤولية عن الالتزامات الناتجة عن التأخير أو عن عدم القدرة على تقديم الخدمات أو المزايا الأخرى.

القسم 5 المسؤولية تجاه الأطراف الأخرى

يوضح هذا القسم واجباتك إذا كنت تتلقى خدمات قد يكون أي طرف آخر مسؤولاً عنها. "الطرف الآخر" هو أي شخص آخر غيرك أنت أو Providence (الطرفان "الأول" و"الثاني")، ويشمل أي شركة تأمين تقدم أي تغطية متاحة لك.

1. بمجرد العثور على أي طرف آخر مسؤول وقادر على دفع ثمن الخدمات التي تلقيتها، لن تغطي Providence تلك الخدمات.

2. ستحتاج Providence إلى معلومات مفصلة منك. سيتم إرسال استبيان إليك من خطط Medicare Advantage من Providence أو جهة الاسترداد المتعاقد معها، ويجب تعبئته وإعادته في أسرع وقت ممكن. إذا كان لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بنا. يمكن لأحد موظفي خطط Medicare Advantage من Providence المتخصصين في هذا المجال مساعدتك.

3. إذا قدمت مطالبة ضد طرف آخر، فيجب عليك إبلاغ ذلك الطرف بمصلحة Providence.

4. يحق لـ Providence استرداد أي مبالغ يتم تحصيلها من طرف آخر إلى أقصى حد يسمح به Medicare، سواء كانت عملية الاسترداد مذكورة أو تتعلق بشيء آخر غير النفقات الطبية، وسواء حصلت على "التعويض الكامل" عن خسائك أم لا. يحق لـ Providence استرداد أي مبالغ يتم تحصيلها من تعويضات العمال، سواء كانت الخسارة قابلة للتعويض بموجب تلك القوانين أم لا.

5. يحق لـ Providence استرداد القيمة الكاملة للمزايا، التي تُحسب من خلال الأسعار المعتادة والمتعارف عليها لـ Providence، مع خصم حصة نسبية من النفقات وأتعاب المحاماة التي تم تكبدها لإتمام عملية الاسترداد.

6. قبل قبول تسوية مطالبة طرف آخر، يجب عليك إخطار Providence كتابياً بالشروط المقدمة.

7. إذا لم يسدد الطرف الآخر لـ Providence، فعليك أنت أن تسدد لها. يجوز لـ Providence استرداد الأموال من مقدمي الخدمات الطبية لديك، وسيرسلون الفاتورة إليك بعد ذلك.

8. يجب عليك التعاون مع Providence لاسترداد المبالغ من الأطراف الأخرى في ما يتعلق بالخدمات التي غطتها/دفعتها مقابلها Providence. إذا عينت محامياً، فعليك أن تطلب منه تسهيل سداد التكاليف إلى Providence إلى أقصى حد يسمح به القانون مقابل أي مبالغ مستردة من أطراف أخرى.

9. بعد استرداد مبلغ من طرف آخر، يجب عليك دفع جميع النفقات الطبية لعلاج المرض أو الإصابة التي كانت Providence ستدفعها بخلاف ذلك.
10. لن تبدأ Providence الدفع مرة أخرى إلا بعد أن تثبت لها بشكل مُرضٍ أن المبلغ المسترد قد استُهلك بالكامل. بعد ذلك، ستدفع Providence قيمة تكلفة الخدمات التي تتجاوز صافي المبلغ المسترد.
11. إذا أخفقت في سداد المبلغ لـ Providence، فسيجوز لها استرداد المبلغ المستحق من المنافع المستقبلية المستحقة لك بموجب هذه الخطة، أو إحالة حسابك إلى وكالة تحصيل خارجية لاسترداد المبالغ المستحقة لها.
12. إذا لم تقدم مطالبة ضد طرف آخر مسؤول، أو أخفقت في التعاون مع Providence في أي مطالبة تقدمها، فسيجوز لـ Providence التحصيل مباشرة من الطرف الآخر. يجوز لـ Providence أن تتولى حقوقك في مواجهة طرف آخر، وأن تقاضي الطرف الآخر باسمك، وأن تتدخل في أي دعوى ترفعها أنت، وأن تفرض حق حجز على أي مبلغ مسترد بقدر ما تكون قد دفعت من مزايا أو تكبدت نفقات لاسترداد المبلغ، وذلك إلى أقصى حد يسمح به Medicare.
13. أي إخفاق في الالتزام بواجباتك الموضحة هنا قد يؤدي إلى رفض Providence دفع المزايا و/أو إنهاء تغطيتك إلى أقصى حد يسمح به القانون المعمول به.

الفصل 12:

التعريفات

مركز جراحة اليوم الواحد – مركز جراحة اليوم الواحد هو وحدة تعمل حصريًا لتقديم خدمات الجراحة الخارجية إلى المرضى الذين لا يحتاجون إلى الإقامة في المستشفى، والذين لا تتجاوز مدة إقامتهم المتوقعة في المركز 24 ساعة.

استثناء – الاستثناء هو إجراء تتخذه إذا كنت غير موافق على قرارنا برفض طلب تغطية لخدمات الرعاية الصحية أو الأدوية الموصوفة، أو رفض دفع تكاليف خدمات أو أدوية حصلت عليها بالفعل. يمكنك أيضًا تقديم استثناء إذا كنت غير موافق على قرارنا بإيقاف الخدمات التي تحصل عليها.

فترة الاستحقاق – الطريقة التي يقيس بها كل من خطتنا Original Medicare استخدامك خدمات مرفق التمريض المتخصص (SNF). تبدأ فترة الاستحقاق من اليوم الذي تزور فيه أحد مرافق التمريض المتخصص. وتنتهي فترة الاستحقاق عندما لا تتلقى أي رعاية متخصصة في أحد مرافق التمريض المتخصص مدة 60 يومًا على التوالي. إذا ذهبت إلى أحد مرافق التمريض المتخصص بعد انتهاء فترة استحقاق واحدة، فستبدأ فترة استحقاق جديدة. ولا يوجد حد لعدد فترات الاستحقاق.

المنتج البيولوجي – دواء يستلزم وصفة طبية 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 بدقة، لذلك تسمى الأشكال البديلة بالبدائل الحيوية. (انتقل إلى "المنتج البيولوجي الأصلي" و"البديل الحيوي").

البديل الحيوي – منتج بيولوجي مشابه جدًا للمنتج البيولوجي الأصلي، لكن ليس مطابقًا له. البدائل الحيوية آمنة وفعالة تمامًا مثل المنتج البيولوجي الأصلي. يمكن استبدال بعض البدائل الحيوية بالمنتج البيولوجي الأصلي في الصيدلية من دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة (انتقل إلى "البديل الحيوي القابل للتبديل").

الدواء ذو الاسم التجاري – دواء يستلزم وصفة طبية تصنعه وتبيعه شركة الأدوية التي أجرت أبحاثه وطورته في الأصل. وتحتوي الأدوية ذات الأسماء التجارية على تركيبة المكونات النشطة نفسها الموجودة في النسخة الجينية من الدواء. مع ذلك، تصنع شركات تصنيع أدوية أخرى الأدوية الجينية وتبيعهها، ولا تتوفر عادةً إلا بعد انتهاء صلاحية براءة اختراع الدواء ذي الاسم التجاري.

مرحلة تغطية الكوارث – مرحلة من مراحل فوائد الأدوية في الجزء D تبدأ عندما تنفق أنت (أو أطراف مؤهلة أخرى نيابة عنك) 2100 دولار أمريكي على الأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D خلال عام التغطية. في أثناء مرحلة الدفع هذه، لا تدفع شيئًا للأدوية المشمولة بالتغطية في الجزء D.

مراكز خدمات Medicare و Medicaid (CMS) – الوكالة الفيدرالية التي تدير Medicare.

خطة الاحتياجات الخاصة للرعاية المزمنة (C-SNP) – خطط الاحتياجات الخاصة للرعاية المزمنة هي خطط احتياجات خاصة (SNP) تقتصر عملية التسجيل فيها على الأشخاص المؤهلين لبرنامج Medicare Advantage المصابين بأمراض مزمنة وشديدة محددة.

التأمين المشترك – مبلغ قد يُطلب منك دفعه، ويُعبّر عنه بنسبة مئوية (على سبيل المثال 20%) تمثل حصتك من تكلفة الخدمات أو الأدوية التي تستلزم وصفة طبية. بعد دفع أي مبالغ مقطوعة.

الشكوى – المصطلح الرسمي لتقديم الشكوى هو **رفع تظلم**. وتستخدم عملية الشكوى لأنواع معينة فقط من المشكلات. ويتضمن ذلك المشكلات المتعلقة بجودة الرعاية، وأوقات الانتظار، وخدمة العملاء التي تتلقاها. ويشمل أيضًا الشكاوى إذا كانت خطتنا لا تتبع الفترات الزمنية المحددة في عملية الاستئناف.

مرفق إعادة التأهيل الشامل للمرضى الخارجيين (CORF) – منشأة تقدم بشكل أساسي خدمات إعادة التأهيل بعد المرض أو الإصابة، بما في ذلك العلاج الطبيعي، والخدمات الاجتماعية أو النفسية، والعلاج التنفسي، والعلاج المهني وخدمات أمراض النطق واللغة، وخدمات تقييم البيئة المنزلية.

المشاركة في السداد (أو المشاركة في الدفع) – مبلغ قد يُطلب منك دفعه ويمثل حصتك من تكلفة خدمة أو مستلزمات طبية، مثل زيارة الطبيب، أو زيارة العيادات الخارجية في المستشفى، أو دواء يستلزم وصفة طبية. ويُعبّر عن المشاركة في السداد بمبلغ محدد (على سبيل المثال 10 دولارات أمريكية)، وليس بنسبة مئوية.

تقاسم التكاليف – يشير تقاسم التكاليف إلى المبالغ التي يتعين على العضو دفعها عند الحصول على الخدمات أو الأدوية. ويتضمن تقاسم التكاليف أي مزيج من الـ 3 أنواع الآتية من المدفوعات: (1) أي مبلغ مقطوع قد تفرضه الخطة قبل تغطية الخدمات أو الأدوية، (2) أي مبلغ ثابت للمشاركة في السداد تشترطه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء محدد، أو (3) أي مبلغ تأمين مشترك، وهو نسبة مئوية من المبلغ الإجمالي المدفوع مقابل خدمة أو دواء. تشترطه الخطة عند تلقي خدمة أو دواء محدد.

قرار التغطية – قرار بشأن ما إذا كانت تغطية خطتنا تشمل الدواء الموصوف لك، والمبلغ المطلوب منك دفعه مقابل الوصفة الطبية إن وُجد. بشكل عام، إذا أحضرت وصفتك الطبية إلى الصيدلية وأخبروك بأن خطتنا لا تشمل هذه الوصفة الطبية، فليس هذا قرارًا بتحديد التغطية. ويتعين عليك التواصل مع خطتنا بمكالمة هاتفية أو كتابيًا لطلب قرار رسمي بشأن التغطية. ويطلق على قرارات الشمول بالتغطية قرارات **التغطية** في هذا المستند.

الأدوية المشمولة بالتغطية – المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع الأدوية التي تغطيها خطتنا.

الخدمات المشمولة بالتغطية – المصطلح الذي نستخدمه للإشارة إلى جميع خدمات الرعاية الصحية ومستلزماتها التي تغطيها خطتنا.

التغطية المعتمدة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية – تغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية (على سبيل المثال، من جهة عمل أو نقابة) التي من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما لا يقل عن قيمة التغطية القياسية للأدوية التي تستلزم وصفة طبية في Medicare. ويمكن لمن يتمتعون بهذا النوع من التغطية، عندما يصبحون مؤهلين لبرنامج Medicare، الاحتفاظ بتلك التغطية من دون دفع غرامة إذا قرروا التسجيل في تغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية في Medicare في وقت لاحق.

الرعاية الوصائية – الرعاية الوصائية هي رعاية شخصية يتم تقديمها في دار لرعاية المسنين أو دار لرعاية المحتضرين أو أي منشأة أخرى عندما لا تحتاج إلى رعاية طبية متخصصة أو رعاية التمريض المتخصص. يقدم الرعاية الوصائية أشخاص لا يتمتعون بمهارات ولم يتلقوا تدريبًا مهنيًا وتشمل المساعدة في أنشطة الحياة اليومية مثل الاستحمام، وارتداء الملابس، وتناول الطعام، والصعود على السرير أو الكرسي والنزول منه، والتنقل، واستخدام المراحيض. وقد تشمل أيضًا نوع الرعاية الصحية التي يقدمها معظم الأشخاص بأنفسهم، مثل استخدام قطرات العين. ولا يدفع Medicare تكاليف الرعاية الوصائية.

خدمة العملاء – قسم في خطتنا مسؤول عن الإجابة عن أسئلتك المتعلقة بعضويتك ومزاياك وتظلماتك واستئنافاتك.

معدل تقاسم التكاليف اليومي – قد يتم تطبيق معدل تقاسم التكاليف اليومي عندما يصف لك طبيبك كمية من أدوية معينة تقل عن إمداد شهر كامل، وتُطلب منك المشاركة في السداد. ويساوي معدل تقاسم التكلفة اليومي مبلغ المشاركة في السداد مقسومًا على عدد أيام إمداد الدواء لشهر واحد. إليك هذا المثال: إذا كان مبلغ المشاركة في السداد مقابل إمداد دواء ما لشهر واحد 30 دولارًا أمريكيًا، وكان إمداد شهر واحد في خطتنا 30 يومًا، فإن معدل تقاسم التكاليف اليومي الخاص بك هو دولار أمريكي واحد يوميًا.

الخصم – المبلغ الذي يجب عليك دفعه مقابل الرعاية الصحية أو الوصفات الطبية قبل أن تدفع خطتنا.

إلغاء التسجيل أو الانسحاب – عملية إنهاء عضويتك في خطتنا.

رسوم الصرف – رسوم تُفرض في كل مرة يتم فيها صرف دواء مشمول بالتغطية، وذلك لتغطية تكلفة تجهيز الوصفة الطبية، مثل الوقت الذي يقضيه الصيدلي في تحضير الوصفة الطبية وتغليفها.

خطط الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة (D-SNP) – تسجل خطط الاحتياجات الخاصة المزدوجة المؤهلة الأشخاص المؤهلين للاستفادة من Medicare (الباب الثامن عشر من قانون الضمان الاجتماعي) والمساعدة الطبية من خطة الولاية بموجب Medicaid (الباب التاسع عشر من قانون الضمان الاجتماعي). تغطي الولايات بعض تكاليف Medicare أو كلها، حسب الولاية وأهلية الشخص.

الفرد المؤهل المزدوج – شخص مؤهل للحصول على تغطية Medicare وخطة أوريغون الصحية (Medicaid).

المعدات الطبية المعمرة (DME) – معدات طبية معينة يطلبها طبيبك لأسباب طبية. ومن أمثلتها المشايات أو الكراسي المتحركة أو العكازات أو أنظمة المرااتب الكهربائية أو مستلزمات مرضى السكري أو مضخات التسريب الوريدي أو أجهزة توليد الكلام أو معدات الأكسجين أو أجهزة التبخير أو أسرة المستشفيات التي يطلبها مقدم الخدمة لاستخدامها في المنزل.

حالة الطوارئ – هي الحالة الطبية الطارئة التي تعتقد فيها أنت أو أي شخص آخر عادي متزن يتمتع بقدر متوسط من المعرفة في مجال الصحة والعلاج أنك تعاني من أعراض طبية تتطلب رعاية طبية فورية لمنع الوفاة (ومنع فقدان الجنين في حالة الحمل) أو فقدان أحد الأطراف أو فقدان وظيفة أحد الأطراف، أو فقدان أو تدهور خطير في وظيفة جسدية. قد تكون الأعراض الطبية الشعور بالتعب أو التعرض لإصابة أو ألم شديد أو حالة طبية تتفاقم بسرعة.

رعاية الطوارئ – خدمات مشمولة بالتغطية ينطبق عليها ما يأتي: (1) يقدمها مقدم خدمة مؤهل لتقديم خدمات الطوارئ، و(2) تلزم لعلاج حالة طبية طارئة أو تقييمها أو استقرارها.

دليل التغطية (EOC) ومعلومات الإفصاح – هذا المستند إلى جانب نموذج تسجيلك وأي مرفقات أو ملحقات أو تغطية اختيارية أخرى تم اختيارها، وتشرح تغطيتك، وما يجب علينا فعله، وحقوقك، وما يتعين عليك فعله بصفتك عضواً في خطتنا.

الاستثناء – نوع من قرارات التغطية إذا تمت الموافقة عليه، يسمح لك بالحصول على دواء غير مدرج في كتيب الوصفات الطبية الخاص بنا (استثناء من كتيب الوصفات الطبية). يمكنك أيضاً طلب استثناء إذا كانت خطتنا تشترط عليك تجربة دواء آخر قبل الحصول على الدواء الذي تطلبه، أو إذا كانت خطتنا تتطلب تصريحاً مسبقاً لدواء معين وتريدنا أن نتنازل عن قيد المعايير، أو إذا كانت خطتنا تحد من كمية الدواء الذي تطلبه أو جرعته (استثناء من كتيب الوصفات الطبية).

المساعدة الإضافية – برنامج تابع لـ Medicare يساعد الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج أدوية Medicare، مثل الأقساط والخصومات ونسب التأمين المشترك.

الدواء الجنييس – دواء يستلزم وصفة طبية حاصل على موافقة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) لاحتوائه على المكون (المكونات) الفعال نفسه للدواء ذي الاسم التجاري. بشكل عام، يعمل الدواء الجنييس بالطريقة نفسها التي يعمل بها الدواء ذو الاسم التجاري وعادةً ما يكون أقل تكلفة.

التظلم – نوع الشكوى التي تقدمها بشأن خطتنا أو مقدمي الخدمات أو الصيدليات لدينا، بما في ذلك الشكوى التي تتعلق بجودة الرعاية التي تتلقاها. ولا يتضمن هذا أي نزاعات تتعلق بالتغطية أو الدفع.

مساعد الصحة المنزلية – شخص يقدم خدمات لا تتطلب مهارات ممرض أو معالج مرخص، مثل المساعدة في الرعاية الشخصية (مثل الاستحمام أو استخدام المرحاض أو ارتداء الملابس أو تنفيذ التمارين الموصوفة).

دار رعاية المحتضرين – ميزة تقدم معاملة خاصة إلى عضو تم التصديق طبيًا على أنه مصاب بمرض عضال، ما يعني أن متوسط العمر المتوقع له لا يزيد على 6 أشهر. يجب أن تزودك خطتنا بقائمة دور رعاية المحتضرين في منطقتك الجغرافية. إذا اخترت دار رعاية المحتضرين وواصلت دفع الأقساط، فأنت لا تزال عضوًا في خطتنا. ولا يزال بإمكانك الحصول على جميع الخدمات الطبية الضرورية بالإضافة إلى المزايا التكميلية التي نقدمها.

الإقامة في المستشفى للمرضى الداخليين – الإقامة في المستشفى عندما تدخله رسميًا للحصول على خدمات طبية متخصصة. حتى إذا أقمت في المستشفى ليلة واحدة، فقد تُعد مريضًا خارجيًا.

مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA) – إذا كان إجمالي دخلك المعدل، المُبلغ به في إقرارك الضريبي لهيئة الضرائب الأمريكية (IRS) قبل عامين، أعلى من مبلغ معين، فسوف تدفع مبلغ القسط القياسي بالإضافة إلى مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل، ويشار إليه اختصارًا بالرمز IRMAA. مبلغ التعديل الشهري المتعلق بالدخل هو رسم إضافي يُضاف إلى قسطك. ويؤثر هذا الرسم على أقل من 5% من الأشخاص المشتركين في Medicare، لذلك لن يدفع معظم الأشخاص قسطًا أعلى.

مرحلة التغطية الأولية – هذه هي المرحلة التي تسبق وصول التكاليف التي تتحملها من مالك الخاص لهذا العام إلى الحد الأقصى لها.

فترة التسجيل الأولية – الفترة الزمنية التي يمكنك فيها الاشتراك في Medicare الجزء A والجزء B عندما تكون مؤهلاً لـ Medicare لأول مرة. إذا كنت مؤهلاً لبرنامج Medicare عند بلوغك سن 65 عامًا، فإن فترة التسجيل الأولية هي فترة تمتد 7 أشهر تبدأ قبل 3 أشهر من الشهر الذي تكمل فيه 65 عامًا، وتشمل شهر بلوغك 65 عامًا، وتنتهي بعد 3 أشهر من الشهر الذي تكمل فيه 65 عامًا.

خطة D-SNP المتكاملة – خطة D-SNP تغطي خدمات Medicare ومعظم خدمات Medicaid أو جميعها ضمن خطة صحية واحدة لمجموعات معينة من الأشخاص المؤهلين للاستفادة من كل من Medicare و Medicaid. ويُعرف هؤلاء الأشخاص أيضًا بالمؤهلين للحصول على المزايا الكاملة بشكل مزدوج.

خطة الاحتياجات الخاصة للمؤسسات (I-SNP) – تقصر خطط الاحتياجات الخاصة للمؤسسات التسجيل على الأشخاص المؤهلين للاستفادة من Medicare Advantage الذين يعيشون داخل المجتمع لكنهم يحتاجون إلى مستوى الرعاية الذي يقدمه أحد المرافق، أو الذين يقيمون (أو من المتوقع أن يقيموا) مدة 90 يومًا متتاليًا على الأقل في مرافق معينة للرعاية طويلة الأمد. وتتضمن خطط الاحتياجات الخاصة للمؤسسات الأنواع الآتية من الخطط: خطط الاحتياجات الخاصة المكافئة للمؤسسات (IE-SNP)، وخطط الاحتياجات الخاصة للمؤسسات الهجينة (HI-SNP)، وخطط الاحتياجات الخاصة للمؤسسات القائمة على المرافق (FI-SNP).

خطة الاحتياجات الخاصة المكافئة للمؤسسات (IE-SNP) – تقصر خطة الاحتياجات الخاصة المكافئة للمؤسسات التسجيل على الأشخاص المؤهلين للاستفادة من Medicare Advantage الذين يعيشون داخل المجتمع لكنهم يحتاجون إلى مستوى الرعاية الذي يقدمه أحد المرافق.

بديل حيوي قابل للتبديل – بديل حيوي يمكن استخدامه كبديل لمنتج بديل حيوي أصلي في الصيدلية من دون الحاجة إلى وصفة طبية جديدة لأنه يلبي متطلبات إضافية تتعلق بإمكانية الاستبدال التلقائي. ويخضع الاستبدال التلقائي في الصيدلية لقانون الولاية.

قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية (كتيب الوصفات الطبية أو قائمة الأدوية) – قائمة بالأدوية التي تستلزم وصفة طبية التي تغطيها خططنا.

إعانة ذوي الدخل المنخفض (LIS) – انتقل إلى المساعدة الإضافية.

برنامج خصم الشركة المصنعة – برنامج تدفع بموجبه الشركات المصنعة للأدوية جزءًا من التكلفة الكاملة لخططنا مقابل الأدوية ذات الأسماء التجارية والمنتجات البيولوجية المشمولة بالتغطية وفق الجزء D. وتعتمد الخصومات على الاتفاقيات المبرمة بين الحكومة الفيدرالية والشركات المصنعة للأدوية.

أقصى سعر عادل – السعر الذي تفاوض عليه Medicare لدواء محدد.

الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص – أقصى مبلغ تتحمله من مالك الخاص خلال السنة التقويمية مقابل الخدمات المشمولة بالتغطية وفق الجزء A والجزء B. ولا يتم حساب المبالغ التي تدفعها مقابل أقساط Medicare الجزء A والجزء B، والأدوية التي تستلزم وصفة طبية، ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة تقاسم التكاليف من Medicare ضمن خطة أوريغون الصحية (Medicaid)، فلست مسؤولاً عن دفع أي تكاليف من مالك الخاص تُحسب ضمن الحد الأقصى للمبلغ الذي تتحمله من مالك الخاص للخدمات المشمولة بالتغطية في الجزء A والجزء B. (ملاحظة: نظرًا إلى أن أعضاءنا يحصلون أيضًا على المساعدة من خطة أوريغون الصحية (Medicaid)، فإن عددًا قليلًا جدًا منهم يصلون إلى هذا الحد الأقصى للمبلغ الذي يتحملونه من مالهم الخاص.)

Medicaid (أو المساعدة الطبية) – برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد على تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة. وتختلف برامج Medicaid الحكومية، لكن تتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من كل من Medicare و Medicaid.

الغرض المقبول طبياً – استخدام دواء معتمد من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية أو مدعوم بمراجع محددة، مثل معلومات الأدوية من خدمة كتيب الوصفات الطبية بالمستشفيات الأمريكية ونظام معلومات Micromedex DRUGDEX.

الضرورة الطبية – الخدمات أو المستلزمات أو الأدوية المطلوبة للوقاية أو التشخيص أو علاج حالتك الطبية، والمستوفية لمعايير الممارسة الطبية المعتمدة.

Medicare – برنامج التأمين الصحي الفيدرالي للأشخاص بعمر 65 عامًا أو أكثر، وبعض الأشخاص تحت 65 عامًا ممن لديهم إعاقات معينة، والأشخاص الذين يعانون من مرض كلوي في المرحلة النهائية (عادةً أولئك المصابون بفشل كلوي دائم يتطلب غسيل كلوي أو زراعة كلية).

فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage – الفترة الزمنية الممتدة من 1 يناير إلى 31 مارس التي يتمكن فيها الأعضاء في خطة Medicare Advantage من إلغاء تسجيلهم في خططهم والتحويل إلى خطة Medicare Advantage أخرى أو الحصول على تغطية من خلال Original Medicare. إذا اخترت الانتقال إلى Original Medicare خلال هذه الفترة، فيمكنك أيضًا الانضمام إلى خطة منفصلة للأدوية التي تستلزم وصفة طبية من Medicare في الوقت نفسه. فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage متاحة أيضًا لمدة 3 أشهر بعد أن يصبح الشخص مؤهلاً للاستفادة من Medicare لأول مرة.

خطة Medicare Advantage (MA) – يُطلق عليها أحيانًا Medicare الجزء C. خطة تقدمها شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتزويدك بجميع مزايا Medicare الجزء A والجزء B. وقد تكون خطة Medicare Advantage من نوع 1) مؤسسة تنسيق خدمات الرعاية الصحية (HMO) أو 2) مؤسسة مقدمي الخدمات المفضلين (PPO) أو 3) خطة الخاصة

بنظام الرسوم مقابل الخدمة (PFFS) أو 4 خطة حساب المدخرات الطبية (MSA) لبرنامج Medicare. إلى جانب الاختيار من بين أنواع الخطط هذه، يمكن أيضًا أن تكون خطة Medicare Advantage من نوع مؤسسة تنسيق خدمات الرعاية الصحية أو مؤسسة مقدمي الخدمات المفضلين خطة للاحتياجات الخاصة (SNP). في معظم الحالات، تقدم خطط Medicare Advantage أيضًا Medicare الجزء D (تغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية). ويطلق على هذه الخطط **خطة Medicare Advantage مع تغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية.**

الخدمات المشمولة بتغطية Medicare – الخدمات التي يغطيها Medicare الجزء A والجزء B. ويجب أن تغطي جميع خطط Medicare الصحية جميع الخدمات التي يغطيها Medicare الجزء A والجزء B. ولا يشمل مصطلح الخدمات المشمولة بتغطية Medicare المزايا الإضافية، مثل الرؤية أو طب الأسنان أو السمع، التي قد تقدمها خطة Medicare Advantage.

خطة Medicare الصحية – يتم تقديم خطة Medicare الصحية من جانب شركة خاصة تتعاقد مع Medicare لتوفير مزايا الجزء A والجزء B للأشخاص المستفيدين من Medicare والمُسجلين في خطتنا. ويشمل هذا المصطلح جميع خطط Medicare Advantage، وخطط تكاليف Medicare، وخطط الاحتياجات الخاصة، والبرامج التوضيحية/التجريبية، وبرامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE).

تغطية الأدوية في Medicare (Medicare الجزء D) – تأمين للمساعدة على دفع تكاليف الأدوية التي تستلزم وصفة طبية للمرضى الخارجيين، واللقاحات والمنتجات البيولوجية وبعض المستلزمات التي لا يغطيها Medicare الجزء A أو الجزء B.

برنامج إدارة العلاج الدوائي (MTM) – برنامج Medicare الجزء D المخصص لذوي الاحتياجات الصحية المعقدة، ويُقدّم لمن يستوفون متطلبات معينة أو المشتركين في برنامج إدارة الأدوية. وتتضمن خدمات إدارة العلاج الدوائي عادةً مناقشة مع الصيدلي أو مقدم الرعاية الصحية لمراجعة الأدوية.

سياسة Medigap (التأمين التكميلي لـ Medicare) – التأمين التكميلي لـ Medicare الذي تبيعه شركات التأمين الخاصة لسد الثغرات في Original Medicare. ولا تعمل سياسات Medigap إلا مع Original Medicare. (ولا تعد خطة Medicare Advantage سياسة Medigap).

العضو (عضو في خطتنا، أو عضو الخطة) – الشخص المستفيد من Medicare والمؤهل للحصول على الخدمات المشمولة بالتغطية، الذي تم تسجيله في خطتنا وتم تأكيد تسجيله من مراكز خدمات Medicare & Medicaid (CMS).

صيدلية الشبكة – صيدلية تتعاقد مع خطتنا حيث يمكن لأعضاء خطتنا الحصول على مزايا أدويتهم التي تستلزم وصفة طبية. في معظم الحالات، لا تكون وصفاتك الطبية مشمولة بالتغطية إلا إذا تم صرفها في إحدى صيدليات شبكتنا.

مقدم الخدمة التابع للشبكة – مقدم الخدمة هو المصطلح العام الذي يشار به إلى الأطباء وغيرهم من الاختصاصيين في الرعاية الصحية والمستشفيات ومرافق الرعاية الصحية الأخرى المرخصة أو المعتمدة من Medicare والولاية لتقديم خدمات الرعاية الصحية. **مقدمو الخدمة التابعون للشبكة** لديهم اتفاق مع خطتنا لقبول دفعتنا كدفعه كاملة، وفي بعض الحالات، لتنسيق وتقديم الخدمات المشمولة بالتغطية لأعضاء خطتنا. مقدمو الخدمة التابعون للشبكة يطلق عليهم أيضًا **مقدمي الخدمة في الخطة.**

فترة التسجيل المفتوح - الفترة الزمنية الممتدة من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر من كل عام التي يمكن فيها للأعضاء تغيير خططهم الصحية أو الدوائية أو الانتقال إلى Original Medicare.

خطة أوريغون الصحية (Medicaid) (أو المساعدة الطبية) برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد على تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل المنخفض والموارد المحدودة. تختلف برامج خطة أوريغون الصحية (Medicaid) من ولاية إلى أخرى، لكن تتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية إذا كنت مؤهلاً للاستفادة من كل من Medicare وخطة أوريغون الصحية (Medicaid).

قرار المؤسسة – القرار الذي تتخذه خطتنا بشأن ما إذا كانت المستلزمات أو الخدمات مشمولة بالتغطية، أو المبلغ الذي يتعين عليك دفعه مقابلها. ويطلق على قرارات المؤسسة قرارات التغطية في هذا المستند.

المنتج البيولوجي الأصلي – منتج بيولوجي حاصل على موافقة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية ويستخدم كمرجع للشركات المصنعة التي تنتج نسخة بديل حيوي. ويسمى أيضًا منتجًا مرجعيًا.

Original Medicare (Medicare) التقليدي أو Medicare بنظام الرسوم مقابل الخدمة – يتم تقديم Original Medicare من الحكومة، وليس من خطة صحية خاصة مثل خطط Medicare Advantage وخطط الأدوية التي تستلزم وصفة طبية. في إطار Original Medicare، تتم تغطية خدمات Medicare من خلال دفع مبالغ للأطباء والمستشفيات وغيرهم من مقدمي الرعاية الصحية، ويحدد الكونغرس هذه المبالغ. ويمكنك زيارة أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية صحية آخر يقبل Medicare. ويجب عليك دفع المبلغ المستقطع. يدفع Medicare حصته من المبلغ المعتمد من Medicare، وتدفع أنت حصتك. يتضمن Original Medicare جزأين: الجزء A (تأمين المستشفى) والجزء B (التأمين الطبي) ويتوفر في كل مكان في الولايات المتحدة.

صيدلية خارج الشبكة – صيدلية ليس لديها عقد مع خطتنا لتنسيق الأدوية المشمولة بالتغطية أو تقديمها لأعضاء خطتنا. معظم الأدوية التي تحصل عليها من الصيدليات خارج الشبكة لا تغطيها خطتنا ما لم تنطبق شروط معينة.

مقدم خدمة خارج الشبكة أو مرفق خارج الشبكة – مقدم خدمة أو مرفق ليس لديه عقد مع خطتنا لتنسيق الخدمات المشمولة بالتغطية أو تقديمها لأعضاء خطتنا. مقدمو الخدمات خارج الشبكة هم مقدمو الخدمات الذين لم توظفهم خطتنا أو تمتلكهم أو تشغيلهم.

التكاليف التي تتحملها من مالك الخاص – ارجع إلى تعريف تقاسم التكاليف أعلاه. يُشار أيضًا إلى متطلب تقاسم التكاليف مع العضو لدفع جزء من تكاليف الخدمات أو الأدوية التي يتلقاها بمصطلح متطلب التكلفة التي يدفعها العضو من ماله الخاص.

الحد الأقصى للتكاليف المدفوعة من المال الخاص – الحد الأقصى للمبلغ الذي تدفعه من مالك الخاص مقابل أدوية الجزء D.

خطة الرعاية الشاملة للمسنين – تجمع خطة PACE (برنامج الرعاية الشاملة للمسنين) بين الخدمات والدعم الطبي والاجتماعي طويل الأمد (LTSS) للأشخاص الضعفاء لمساعدتهم على البقاء مستقلين والعيش في مجتمعهم (بدلاً من الانتقال إلى دار رعاية المسنين) لأطول فترة ممكنة. ويحصل المسجلون في خطط الرعاية الشاملة للمسنين على مزايا Medicare و Medicaid الخاصة بهم من خلال خطتنا.

الجزء C – راجع خطة Medicare Advantage (MA).

الجزء D – البرنامج الطوعي لمزايا الأدوية التي تستلزم وصفة طبية في Medicare.

أدوية الجزء D – الأدوية التي يمكن تغطيتها ضمن الجزء D. وقد نقدم جميع أدوية الجزء D أو لا نقدمها. بعض فئات الأدوية تم استبعادها من تغطية الجزء D من خلال الكونجرس. ويجب أن تغطي كل خطة فئات معينة من أدوية الجزء D.

غرامة التسجيل المتأخر في الجزء D – مبلغ يضاف إلى قسط خطتك الشهرية لتغطية أدوية Medicare إذا ظلت من دون تغطية معتمدة (تغطية من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما لا يقل عما تدفعه تغطية أدوية Medicare القياسية) فترة لا تقل عن 63 يومًا بعد أن تصبح مؤهلاً لأول مرة للانضمام إلى خطة الجزء D. إذا فقدت المساعدة الإضافية، فقد تُصبح خاضعاً لغرامة التسجيل المتأخر في جزء D إذا قضيت 63 يومًا متتاليًا أو أكثر من دون تغطية الجزء D أو أي تغطية دوائية أخرى معتمدة.

مدير مزايا الصيدلية (PBM) – عادةً ما يكون طرفاً آخر مسؤولاً عن معالجة مطالبات الأدوية التي تستلزم وصفة طبية والدفع مقابلها نيابةً عن خطة صحية.

خطة مؤسسة مقدمي الخدمات المفضلين (PPO) – خطة مؤسسة مقدمي الخدمات المفضلين هي خطة Medicare Advantage التي تحتوي على شبكة من مقدمي الخدمة المتعاقدين الذين وافقوا على علاج أعضاء الخطة مقابل تلقي مبلغ محدد. ويجب أن تغطي خطة مؤسسة مقدمي الخدمات المفضلين جميع مزايا الخطة سواء تم تلقيها من مقدمي الخدمة التابعين للشبكة أو مقدمي الخدمة خارج الشبكة. وسيكون مقدار تقاسم التكاليف مع الأعضاء أعلى بشكل عام عند تلقي مزايا الخطة من مقدمي خدمة خارج الشبكة. تتضمن خطط مؤسسة مقدمي الخدمات المفضلين حدًا سنويًا للتكاليف التي تدفعها من مالك الخاص مقابل الخدمات التي تتلقاها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (المفضلين) وحدًا أعلى لإجمالي التكاليف التي تدفعها من مالك الخاص مقابل الخدمات التي تتلقاها من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة (المفضلين) ومقدمي الخدمات خارج الشبكة (غير المفضلين).

القسط – المبلغ الدوري الذي يُدفع إلى Medicare أو إلى شركة تأمين أو إلى خطة رعاية صحية مقابل التغطية الصحية أو تغطية الأدوية التي تستلزم وصفة طبية.

الخدمات الوقائية – الرعاية الصحية التي تهدف إلى الوقاية من المرض أو اكتشاف المرض في مرحلة مبكرة، عندما يكون من المرجح أن يعمل العلاج بشكل أفضل (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية اختبارات عنق الرحم، ولقاحات الأنفلونزا، وفحص تصوير الثدي بالأشعة السينية).

مقدم الرعاية الأولية (PCP) – الطبيب أو مقدم الخدمة الآخر الذي تتوجه إليه أولاً لمعظم المشكلات الصحية. في العديد من خطط Medicare الصحية، يجب عليك زيارة مقدم الرعاية الأولية الخاص بك قبل رؤية أي مقدم رعاية صحية آخر.

التصريح المسبق – الموافقة سلفًا على الحصول على الخدمات أو بعض الأدوية بناءً على معايير محددة. وقد تم تحديد الخدمات المشمولة بالتغطية التي تحتاج إلى تصريح مسبق في جدول المزايا الطبية في الفصل 4. وتم تحديد الأدوية المشمولة بالتغطية التي تحتاج إلى تصريح مسبق في كتيب الوصفات الطبية، كما تم نشر معاييرنا على موقعنا.

الأجهزة التعويضية والتقويمية – أجهزة طبية تشمل، على سبيل المثال لا الحصر، دعامات الذراع والظهر والرقبة والأطراف الاصطناعية والعيون الاصطناعية والأجهزة اللازمة لاستبدال جزء أو وظيفة داخلية من الجسم، بما في ذلك مستلزمات فغر القولون والعلاج بالتغذية المعوية والحقنية.

منظمة تحسين الجودة (QIO) – مجموعة من الأطباء الممارسين وغيرهم من خبراء الرعاية الصحية، تمولها الحكومة الفيدرالية للتحقق من الرعاية المقدمة لمرضى Medicare وتحسينها.

حدود الكمية – أداة إدارية مصممة للحد من استخدام الدواء لأسباب تتعلق بالجودة أو السلامة أو الاستخدام. قد تكون هناك حدود لكمية الدواء التي نغطيها لكل وصفة طبية أو لفترة زمنية محددة.

"أداة المزايا الفورية" – بوابة أو تطبيق كمبيوتر يمكن للمُسجلين من خلاله الاطلاع على كتيب الوصفات الطبية ومعلومات المزايا بشكل كامل ودقيق وفي الوقت المناسب وملأنه سريريًا ومخصص لكل مسجل. وتتضمن مبالغ تقاسم التكاليف وكتيب الوصفات الطبية البديلة التي يمكن استخدامها لنفس الحالة الصحية مثل دواء معين، وقيود التغطية (التصريح المسبق، والعلاج التدريجي، وحدود الكمية) التي تنطبق على الأدوية البديلة.

خدمات إعادة التأهيل – تشمل هذه الخدمات رعاية إعادة تأهيل المرضى الداخليين، والعلاج الطبيعي (للمرضى الخارجيين)، وعلاج النطق واللغة، والعلاج الوظيفي.

الدواء المحدد – دواء مشمول بالتغطية بموجب الجزء D تفاوض Medicare على أقصى سعر عادل له.

منطقة الخدمة – منطقة جغرافية يجب أن تكون مقيمًا فيها للانضمام إلى خطة صحية معينة. بالنسبة إلى الخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك الاستفادة منها، فهي أيضًا تمثل بشكل عام المنطقة التي يمكنك من خلالها الحصول على خدمات روتينية (غير طارئة). ويجب أن تقوم خطتنا بإلغاء تسجيلك إذا انتقلت بشكل دائم إلى خارج منطقة خدمة خطتنا.

رعاية مرفق التمريض المتخصص (SNF) – خدمات رعاية التمريض المتخصص وإعادة التأهيل التي يتم تقديمها بشكل مستمر ويومي في مرفق التمريض المتخصص. وتشمل أمثلة الرعاية العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدي التي لا يمكن أن يقدمها إلا ممرض أو طبيب مسجل.

خطة الاحتياجات الخاصة – نوع خاص من خطة Medicare Advantage يوفر رعاية صحية أكثر تركيزًا لمجموعات محددة من الأشخاص، مثل أولئك الذين يستفيدون من كل من Medicare وخطة أوريغون الصحية (Medicaid)، والذين يعيشون في دار رعاية المسنين، أو المصابين بحالات طبية مزمنة معينة.

العلاج التدريجي – أداة لتنظيم الاستخدام تتطلب منك أولاً تجربة دواء آخر لعلاج حالتك الطبية قبل أن نغطي الدواء الذي قد يكون طبيبك وصفه لك في البداية.

دخل الضمان التكميلي (SSI) – مبلغ شهري تدفعه هيئة الضمان الاجتماعي للأمريكية للأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة من المعاقين أو فاقد البصر أو الذين يبلغون من العمر 65 فأكثر. وتختلف مزايا دخل الضمان التكميلي عن مزايا الضمان الاجتماعي.

الخدمات العاجلة – خدمة تغطيها الخطة للحالات التي تتطلب رعاية طبية فورية، وليست حالة طارئة، وهذا إذا كنت خارج منطقة الخدمة التي تغطيها خطتنا مؤقتًا، أو إذا كان من المستبعد حصولك على هذه الخدمة من مقدمي الخدمات التابعين للشبكة لأسباب تتعلق بالوقت أو المكان أو الظروف. من أمثلة الخدمات العاجلة الأمراض والإصابات الطبية غير المتوقعة، أو التفاقمات غير المتوقعة للحالات المرضية القائمة. من الناحية الطبية، لا تُعد زيارات مقدمي الخدمات الروتينية الضرورية (مثل الفحوصات السنوية) ضرورية بشكل عاجل حتى إذا كنت خارج نطاق تغطية خطتنا أو كانت شبكة خطتنا غير متاحة مؤقتًا.

خدمة عملاء Providence Medicare Dual Plus (HMO D-SNP)

الوسيلة	خدمة العملاء - معلومات الاتصال
الاتصال	8000-574-503 أو 1-800-603-2340 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). توفر خدمة العملاء أيضًا خدمات ترجمة فورية مجانية متاحة لغير الناطقين باللغة الإنجليزية.
TTY	711 المكالمات إلى هذا الرقم مجانية. من 1 إبريل إلى 30 سبتمبر، تكون ساعات العمل من الاثنين إلى الجمعة من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ). من 1 أكتوبر إلى 31 مارس، تكون ساعات العمل من الأحد إلى السبت (7 أيام في الأسبوع) من 8 صباحًا إلى 8 مساءً (بتوقيت المحيط الهادئ).
الفاكس	503-574-8608
المراسلات	Providence Health Assurance Attn: Customer Service Team P.O. Box 5548 Portland, OR 97228-5548
الموقع الإلكتروني	www.ProvidenceHealthAssurance.com

برنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (Oregon SHIP)

برنامج مساعدة مزايا التأمين الصحي لكبار السن (SHIBA) هو برنامج على مستوى الولاية يحصل على أموال من الحكومة الفيدرالية لتقديم استشارات تأمين صحي محلية مجانية للأشخاص المستفيدين من Medicare.

الوسيلة	بيانات الاتصال
الاتصال	1-800-722-4134
TTY	711
المراسلات	SHIBA 500 Summer St. NE, E-12 Salem, OR 97301
الموقع الإلكتروني	البريد الإلكتروني: shiba.oregon@odhsos.oregon.gov www.shiba.oregon.gov

بيان الإفصاح بموجب قانون حق الوصول إلى السجلات العامة (PRA) وفقًا لقانون خفض الأعمال الورقية لعام 1995، لا يُطلب من أي شخص الاستجابة لجمع المعلومات ما لم يُعرض عليه رقم تحكم صادر عن مكتب الإدارة والميزانية (OMB). رقم التحكم الصالح الصادر عن مكتب الإدارة والميزانية (OMB) في ما يتعلق بجمع المعلومات هذه هو 0938-1051. إذا كان لديك تعليقات أو اقتراحات لتحسين هذا النموذج، فأرسل رسالة إلى: CMS، Security Boulevard 7500، إلى: PRA Reports Clearance Officer، محطة البريد 21244-1850، Baltimore, Maryland 21244-1850.

ملحق متعدد اللغات

خدمات الترجمة الفورية متعددة اللغات

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-603-2340 (TTY: 711). Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-603-2340 (TTY: 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-603-2340 (TTY: 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-603-2340 (TTY: 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-603-2340 (TTY: 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-603-2340 (TTY: 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-603-2340 (TTY: 711)번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-603-2340 (TTY: 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على [1-800-603-2340]. سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-603-2340 (TTY: 711) पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-603-2340 (TTY: 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-603-2340 (TTY: 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-603-2340 (TTY: 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-603-2340 (TTY: 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-800-603-2340 (TTY: 711) にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。