

Medicare وأنت 2025

الكتيب الرسمي لبرنامج Medicare
 الصادر عن الحكومة الأمريكية



Medicare

ما هو الجديد والمهم؟



تعرف على الجديد في برنامج Medicare هذا العام لمساعدتك في إدارة صحتك وعافيتك بشكل عام.

تخفيض تكاليف عقاقير الوصفات الطبية

بفضل قانون العقاقير الجديد الذي أصدره الرئيس بايدن، فإن تكاليف العقاقير السنوية التي ستدفعها من جيبك الخاص في عام **2025** لن تتجاوز **2000** دولار. إذا كنت تحصل على تعطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") وكانت تكاليف العقاقير التي تحصل عليها مرتفعة بما يكفي للوصول إلى هذا الحد الأقصى، فلن تضطر إلى دفع مبلغ مشاركة في السداد أو مبلغ مشاركة تأميني للعقاقير المندرجة تحت خطة الجزء "د" لبقية العام التقويمي. ابتداءً من عام 2025، سيكون أمامك أيضًا خيار توزيع تكاليف العقاقير التي تحصل عليها على دفعات شهرية طوال العام. انتقل إلى صفحة 83.

إدارة صحتك العقلية وعافيتك

تغطي خطة برنامج Medicare الرعاية الصحية العقلية الموسعة، مثل خدمات برنامج المرضى الخارجيين المكثفة في مواقع معينة والخدمات المقدمة من أخصائي الزواج والعلاقات الأسرية ومستشاري الصحة العقلية (صفحة 46). أثناء زيارتك السنوية لـ "الرعاية الصحية"، يمكن لمقدم الرعاية الصحية خاصتك أيضًا استخدام تقييم المخاطر الصحية لفهم احتياجاتك الاجتماعية بشكل أفضل وإحالتك إلى الخدمات والدعم المناسبين (صفحة 55).

مزيد من الموارد لمقدمي الرعاية

تغطي خطة برنامج Medicare دعماً إضافياً لمقدمي الرعاية، مثل التدريب الذي يساعد مقدم الرعاية خاصتك على رعايتك بشكل أفضل (صفحة 33) والراحة عندما يعتني بأفراد الأسرة في الرعاية التلطيفية (صفحة 27). بالإضافة إلى ذلك، قد يتمكن بعض الأشخاص المصابين بالخرف ومقدمي الرعاية خاصتهم من الحصول على المزيد من الدعم من خلال برنامج تجريبي جديد (صفحة 35).

برنامج المزايا الصحية للخدمة البريدية

اعتباراً من الأول من يناير 2025، سيحصل موظفو هيئة البريد الأمريكية والمتقاعدون وأسرهم على تعطية من خلال برنامج مزايا جديد بدلاً من برنامج المزايا الصحية للموظفين الفيدراليين. انتقل إلى صفحة 89.

تغييرات على تعطية الرعاية الصحية عن بعد

يمكنك الحصول على خدمات الرعاية الصحية عن بعد في أي مكان في الولايات المتحدة، بما في ذلك منزلك، حتى **31 ديسمبر 2024**. بعد انتهاء هذه الفترة، يجب أن تتوارد في عيادة أو مرفق طبي يقع في منطقة ريفية للحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية عن بعد. ومع ذلك، لا يزال بإمكانك الحصول على بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد (مثل الصحة العقلية والسلوكية) في منزلك بغض النظر عن المكان الذي تعيش فيه. انتقل إلى صفحة 51.

المحتويات

2.....	ما هو الجديد والمهم؟
4.....	فهرس الموضوعات
9.....	ما هي أجزاء برنامج Medicare؟
10.....	خيارات برنامج Medicare المتاحة لك
11.....	لمحة موجزة: خطة برنامج Medicare الأصلية مقارنة بخطة ميزات برنامج Medicare
13.....	ابداً مع خطة برنامج Medicare
14.....	احصل على المساعدة في العثور على التغطية المناسبة لك
15.....	القسم 1: التسجيل في خطة برنامج Medicare
25.....	القسم 2: اكتشف ما تغطيه خطة برنامج Medicare
57.....	القسم 3: خطة برنامج Medicare الأصلية
61.....	القسم 4: خطط ميزات برنامج Medicare والخيارات الأخرى
75.....	القسم 5: التأمين التكميلي لبرنامج Medicare (Medigap)
79.....	القسم 6: تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")
91.....	القسم 7: احصل على مساعدة في دفع تكاليف رعايتك الصحية وعقاقيرك
97.....	القسم 8: "حقوقك وحمايتك في برنامج Medicare".
107.....	القسم 9: اعثر على جهات الاتصال المفيدة والمزيد من المعلومات
119.....	القسم العاشر: التعريفات

هل تحتاج إلى معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه أو بلغة أخرى؟

انتقل إلى الصفحات 124–126.

مفتاح الرموز

ابحث عن هذه الرموز لمساعدتك على فهم تغطية Medicare الخاصة بك.

هام: يسلط الضوء على المعلومات الهامة للمراجعة.

هام!

المقارنة: توضح اختلاف المزايا الرئيسية بين خطة



برنامـج Medicare الأصلـية وخطـة مـيزـات Medicare.

جديد: يسلط الضوء على كل ما هو جديد.

جديد!

التكلفة والتغطية: يقدم لك معلومات حول التكاليف والتغطية الخاصة بالخدمات.



اكتشف: يساعدك في العثور على معلومات مهمة على Medicare.gov.



راجع خيارات Medicare الخاصة بك على الصفحات 10–14.



الخدمة الوقائية: يزودك بتفاصيل حول الخدمات الوقائية.



فهرس الموضوعات

C

- إعادة تأهيل القلب 33–32
- موارد تدريب مقدمي الرعاية 33
- فحوصات سرطان عنق الرحم والمهبل 33
- العلاج الكيميائي 65 , 34
- خدمات تقويم العمود الفقري 34
- خدمات إدارة الرعاية المزمنة 34
- خدمات إدارة ومعالجة الألم المزمن 34
- المطالبات 25 , 109 , 105–102 , 100–99 , 59–58
- الدراسات البحثية السريرية 27 , 62 , 34
- قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (COBRA) 19–18 (COBRA) 89
- التقييم المعرفي 35 , 55
- فحص القولون بالمنظار 35–36
- التطبيقات المتصلة 109 , 59
- أجهزة الضغط الإيجابي المستمر في مجرى الهواء (CPAP) 36
- وملحقاتها والعلاج بها 36
- مرض فيروس كورونا 2019 كوفيد-19 (Covid-19) 50 , 49 , 38–37
- الجراحة التجميلية 55
- خطة التكلفة. انتقل إلى خطط تكلفة برنامج Medicare .Medicare التوفيرات في التكاليف. انتقل إلى برامج توفيرات Medicare (Medicare)
- التكاليف (مبلغ المشاركة في السداد، ومبلغ المشاركة التأميني، والبالغ المقطعة، والأقساط التأمينية) 94–92
- المساعدة الإضافية لدفع تكاليف الجزء "د" 66–65
- خطط ميزات برنامج Medicare الأصلية 58–59
- خطة الجزء "أ" و الجزء "ب" 22–24 , 55–25
- غرامة التأخير في الاشتراك في خطة الجزء "د" 83–85
- الاستشارة لمنع التدخين والأمراض المرتبطة بالتدخين 37
- تحديد التغطية (الجزء "د") 99–100
- الخدمات المغطاة (الجزء "أ" والجزء "ب") 25–55
- تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة 83–85 , 79 , 64 , 81 , 79
- 119 , 94 , 89

A

- تمدد الأبهر البطني 30
- خدمات الاتصال المترابطة 124
- مؤسسة الرعاية المسئولة (ACO) 29 , 74 , 103
- 110 , 111–111
- وخز الإبر 30 , 87
- الإشعار المسبق للمستفيد بعدم التغطية 101
- التخطيط المسبق للرعاية 30 , 31–35
- فحوصات واستشارات إساءة استخدام الكحول 31
- خدمات الإسعاف 53 , 31
- المراكمز الجراحية الخارجية 31
- التصلب الجانبي الضموري (ALS) 15
- الاستئناف 28 , 108 , 101–97 , 87 , 66 , 28
- الأطراف الصناعية 49
- التكليف 29 , 33–35 , 43 , 45 , 47 , 48 , 54–55 , 55
- 119 , 65 , 60–59

B

- فحص التوازن 42
- حقنة الباريوم الشرجية 35
- خدمات تكامل الصحة السلوكية 32 , 87
- الرعاية المركزية على الأسرة والمستفيد - مؤسسات تحسين الجودة 100 , 112
- فتررة الاستفادة 27 , 29 , 119
- تنسيق المزايا 21–22 , 89 , 90–89
- الفواتير 23 , 24–59 , 82 , 88 , 89 , 99 , 105
- فحوصات الدم 26 , 32–33 , 35–36 , 38–39
- 44 , 76
- اختبار المؤشرات الحيوية المعتمدة على الدم 36
- الدعامات (الذراع، الساق، الظهر، الرقبة) 49

- D**
- تغطية خطة التأمين الصحي الجماعي من جهة العمل 26
 - تكليف تغطية الجزء "أ" قد تكون مختلفة 26
 - تغطية العقاقير 84
 - Medicare 21
 - كيفية عملها مع التسجيل في خطة 77
 - مرض الكلى في المرحلة النهائية (ESRD) 21, 17–16
 - التسجيل 98, 74, 70, 64, 53–51, 44, 42
 - خطة ميزات Medicare (الجزء "ج") 65–64
 - تغطية عقاقير Medicare (الجزء "د") 81–80
 - الزيارات الإلكترونية 41
 - المساعدة الإضافية (مساعدة في دفع تكاليف عقاقير) 81, 79, 120, 112, 96, 94–92
 - النظارات الطبية 75, 55, 41
- F**
- فحوصات الدم الخفي في البراز 36–35
 - برنامج المزايا الصحية للعاملين الفيدراليين (FEHB) 89
 - خدمات المراكز الصحية المؤهلة فيدراليًا 41
 - فحص القولون بالمنظار السيني المرن 36
 - لماح الإنفلونزا 122, 54, 40, 50
 - رعاية القدم 42, 38
 - قائمة العقاقير 120, 99, 88, 86–85, 81
 - الاحتيال 106–105, 103
- G**
- فترة التسجيل العامة 18, 80, 71, 23
 - فحص الجلوكوما 42
- H**
- سوق التأمين الصحي (Health Insurance Marketplace®) 18, 20, 19
 - خطة منظمة الحفاظ على الصحة (HMO) 67–66, 64, 61
 - تقييم المخاطر الصحية 54
 - حسابات التوفيرات الصحية (HSAs) 20
 - الأجهزة السمعية 75, 56, 42
 - لماح التهاب الكبد B 50, 42
 - فحص التهاب الكبد C 43
 - فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية 43
 - الخدمات/رعاية الصحية المنزلية 43, 43, 29, 26, 25, 9
 - 108, 100
- E**
- مخاططات كهربائية القلب 51, 41
 - الكتيب الإلكتروني 14, 63
 - السجلات الصحية الإلكترونية 111
 - إشعارات ملخص Medicare الإلكتروني 109, 59
 - وصف الأدوية إلكترونياً 111
 - خدمات قسم الطوارئ 41

M

- تصوير الثدي بالأشعة السينية 45 , 70 , 122
Health Marketplace (سوق التأمين الصحي). انتقل إلى **Insurance Marketplace®** (سوق التأمين الصحي).
,52 , 34 , 29 , 26 , 21 , 19 , 18 , 11 , 10 Medicaid
120 , 103 , 88 , 74 , 65 , 59–55
 سرقة الهوية الطبية 105
 العلاج الغذائي الطبي 39 , 45 , 51
,65–64 , 61 , 20 (MSA) خطة حسابات التوفيرات الطبية
 79 , 67
 رعاية طيبة
 الجزء "أ" (تأمين المستشفيات) 25–29
 الجزء "ب" (التأمين الطبي) 29–55
74–61 (Medicare)
 الجزء "ج" (خطط ميزات برنامج Medicare 90–79)
 الجزء "د" (تعطية عقاقير Medicare 109 , 108 , 105 , 91 , 59 , 24 , 14 Medicare حساب
 111
 المتعاقد الإداري لبرنامج Medicare 103 , 99 Medicare
 فترة التسجيل المفتوحة لخطة مزايا
 80 , 72–71
 خطط ميزات برنامج Medicare 121 Medicare
 كيفية عملها مع التغطية الأخرى 64
 أنواع الخطط 70–66
 تطبيقات 59 Medicare
 أمين مظالم المستفيدين من برنامج Medicare 106 Medicare
 بطاقة 109 , 108 , 61 , 37 , 25–24 , 15 Medicare
 113–112
 بطاقة تكاليف 121 , 82 , 79 , 72 , 55 Medicare
 خطة عقاقير برنامج
 80–79
 خطط برنامج Medicaid-Medicare 95–94
 برامج توفيرات Medicare 92–91 (MPSs)
,99 , 91 , 59 , 58 (MSN) Medicare إشعارات ملخص
 109 , 105 , 101
 التأمين التكميلي لبرنامج Medicare 89 , 78–75 , 73 , 65 , 58–56 , 12–10
 121 , 98
 خدمات إدارة العلاج الدوائي 88
 Medigap. انتقل إلى التأمين التكميلي لبرنامج Medicare
 رعاية الصحة النفسية 46
 إشعار ملخص Medicare. انتقل إلى إشعار ملخص
 Medicare

خدمات العلاج الوريدي المنزلي، المعدات والإمدادات
44 , 40

الرعاية التلطيفية 9 , 25 , 26 , 27–26 , 76 , 87 , 100 حساب التوفيرات الصحية. انتقل إلى حسابات التوفيرات الصحية (HSAs).

I

- التطعيمات. انتقل إلى التطعيمات.
 تغطية العقاقير المثبتة للمناعة 52–53 , 64 , 91
 مبلغ التسوية الشهري المرتبط بالدخل (IRMAA) 24–23 , 82
 وكالة Indian Health Service 84 , 83 , 80 , 71 , 23 , 20 , 18 , 17
 فترة التسجيل الأولية 28–27
 رعاية المريض الداخلي بالمستشفى 93 , 70 , 28
 المؤسسة 88 , 38
 الأئسولين

J

- الاشتراك
 خطة ميزات برنامج Medicare 80–79
 خطة الصحية من برنامج Medicare 65–64

K

التنقيف بشأن أمراض الكلى 44
 غسيل الكلى (الغسيل الكلوي) انتقل إلى غسيل الكلى.
 زراعة الكلى 16 , 44 , 45 , 52 , 64 , 98

L

- الاختبارات المعملية 37 , 44 , 51
 غرامة التأخير في التسجيل. انتقل إلى الغرامة.
 الأيام الاحتياطية مدى الحياة 120 , 27
 رعاية طويلة الأجل 28 , 75 , 56 , 55
 بطاقة Medicare المفقودة. انتقل إلى بطاقة Medicare.
 البديلة.
 فحوصات سرطان الرئة 45
 عناصر معالجة ضغط الونمة اللمفية 45

- N**
- خدمات العلاج الطبيعي 48
 - مساعد الطبيب 39, 46, 48, 46
 - الرسومات التوضيحية البرامج التجريبية 74, 95, 120, 121
 - لراحات الإنفلونزا 48, 50, 54
 - خطة منظمة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المفضلين (PPO) 68, 65, 64, 61
 - الخدمات الوقائية 9, 29, 33–35, 39–41, 43–45, 50–54, 109–108, 122, 122, 110, 70
 - طبيب الرعاية الأولية 31, 33, 43, 47, 50, 57, 66
 - خدمات إدارة الرعاية الأولية 48
 - خدمات توجيه المرضى الرئيسيين 49
 - إشعار الخصوصية 103–104
 - خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS) 121, 69, 64, 61
 - برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE) 121, 95, 74
 - فحوصات سرطان البروستاتا (اختبار مستضد البروستاتا المحدد (PSA 49
 - الأطراف الاصطناعية/الأدوات التقويمية 49
 - بورتوريكو 15, 16, 53, 92, 93, 96
 - برامج إعادة التأهيل الرئوي 49
- R**
- هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB) 15, 16–17, 20, 24–25
 - خطط ميزات برنامج Medicare 11, 62, 66, 70
 - خطة برنامج Medicare الأصلية 11, 57, 63
 - الخدمات المغطاة بالجزء "ب" 30–55
 - مؤسسة الرعاية الصحية غير الطيبة الدينية 28
 - بطاقة برنامج Medicare البديلة 108, 112
 - التأمين الصحي للمتقاعدين (تغطية) 18, 19, 21–22, 26
 - هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB). انتقل إلى هيئة تقاعد السكك الحديدية.
 - مستشفي الطوارئ الريفية 31
 - عيادة الصحية الريفية 49
- S**
- الفحوصات. انتقل إلى الخدمات الوقائية.
 - برنامج دورية Medicare لكتاب السن 105
 - منطقة الخدمة 11, 64, 74, 79, 81, 122
- O**
- الإشعارات 28, 59–58, 63, 69, 81, 91, 97, 99
 - الإشعار السنوي بالتغيير 63, 69, 81
 - إشعار ملاحظة المرضى الخارجيين في برنامج Medicare ("MOON") 28
 - إشعارات ملخص (MSN) Medicare 58, 91, 99
 - إشعار عدم التمييز 101, 103, 105, 123
 - إشعار ممارسات الخصوصية 103–104
 - الممرض المختص 39, 43, 46, 48
 - دار رعاية المسنين 26, 56, 70, 74, 75–76, 93, 94
 - دور رعاية المسنين 108
 - خدمات العلاج الغذائي. انتقل إلى العلاج الغذائي الطبي.
- P**
- الملاحظة 28
 - خدمات العلاج المهني 43, 47
 - مكتب الحقوق المدنية 104, 123
 - مكتب إدارة شؤون الموظفين 24, 89, 113
 - التسجيل المفتوح 13, 71–72, 77, 80, 84
 - معالجة اضطراب استخدام الأفون 27, 40, 47, 54
 - مكتب إدارة شؤون الموظفين (OPM). انتقل إلى مكتب إدارة شؤون الموظفين.
 - غير مشارك (الأطباء) 60
 - خطة برنامج Medicare الأصلية 57–58, 60, 121
 - الأدوات التقويمية 49
 - خدمات المرضى الخارجيين بالمستشفيات 48
 - الأكسجين 40
- P**
- برنامج الرعاية الشاملة لكتاب السن (PACE). انتقل إلى برنامج الرعاية الشاملة للمسنين.
 - خيارات الدفع (القسط) 23–24
 - فحص الحوض 33
 - غرامة (التأخير في الاشتراك)
 - الجزء "ا" (تأمين المستشفيات) 17, 18, 22
 - الجزء "ب" (التأمين الطبي) 15–16, 17, 18, 23, 25
 - الجزء "د" (تغطية عقاقير) 64, 79, 81, 82, 83, 85–88
 - برامـج المساعدة الدوائـية 93, 94, 89, 95

دخل الضمان التكميلي (SSI) 96, 93
المستلزمات (الطبية) 49, 48, 44, 39–38, 36, 28, 27
120, 90, 88, 75, 58
خدمات الضمادات الجراحية 50

T

نماذج الضرائب 22–23
رعاية الصحية عن بعد 110, 51
الاختبارات (غير المعملية) 51
فئات العاقير (ضمن قائمة العاقير) 86–85, 83–81, 80–99
خدمات إدارة الرعاية الانتقالية 52
خدمات الزرع 98, 64, 53–52, 45, 44, 33, 16
السفر 76–75, 53, 12
TRICARE 119, 113, 90, 48, 25, 12, 19

U

نقابة
تكليف تغطية الجزء "أ" قد تكون مختلفة 26
تغطية العاقير 94, 88, 84, 80–79
خطط ميزات برنامج 64
التسجيل في الجزء "ب" 19
الرعاية المطلوبة بشكل عاجل 12, 60, 53

V

المحاربين القدمى (VA). انتقل إلى مزايا المحاربين القدمى.
اللقاحات. انتقل إلى التطعيمات.
مزايا المحاربين القدمى (VA) 113, 90, 84, 18
الرؤية (رعاية العين) 55, 41

W

المشيات 44, 40, 28, 9
الزيارة الوقائية "أهلًا بك في برنامج Medicare 41
55–54
زيارة الرعاية الصحية 108, 55–54, 35, 30, 9
الكراسي المتحركة 44, 9

X

الأشعة السينية 51, 48, 28

فحوصات الأمراض المنقولة جنسياً والاستشارات 50
برامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). انتقل إلى برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية.
التطعيمات (اللقاحات) 9, 54, 50, 48, 42, 41, 37, 122, 108

فحص القولون بالمنظار السيني 35–36
رعاية مرافق الخدمات التمريضية الماهرة 25, 9 (SNF)
مرافق الخدمات التمريضية الماهرة. انتقل إلى رعاية مرافق الخدمات التمريضية الماهرة (SNF).
خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) انتقل إلى خطة الاحتياجات الخاصة.

الضمان الاجتماعي
تغيير العنوان في إشعار ملخص Medicare 59
المساعدة الإضافية لدفع تكاليف الجزء "د" 92
جهات الاتصال المفيدة الأخرى 113–112
الأقساط التأمينية للجزء "أ" والجزء "ب" 24–22
القسط التأميني للجزء "د" 82

التسجيل في الجزء "أ" والجزء "ب" 19–15
دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI) المزايا 96
برنامج الولاية للمساعدة الدوائية (SPAP). انتقل إلى برامـج الولاية للمساعدة الدوائية.

فترة التسجيل الخاصة
خطة الجزء "أ" والجزء "ب" 23, 18–17
الجزء "ج" (خطط ميزات برنامج Medicare 73–71 (Medicare 93, 89, 80 (Medicare
الجزء "د" (خطط عاقير 70, 61 61 (SNP)
خطة الاحتياجات الخاصة 50, 43, 39
أمراض النطق واللغة 39
دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI). انتقل إلى دخل الضمان الاجتماعي التكميلي.
برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP) 16, 14, 100, 95, 94, 89, 83, 80, 78, 77, 73, 60, 56, 117–114, 108, 105

المساعدات الطبية بالولاية 70 (Medicaid)
مكتب المساعدات الطبية بالولاية 58, 56 (Medicaid 124, 96–95, 91
برامج الولاية للمساعدة الدوائية 95
معالجات اضطراب استخدام المواد المخدرة 54, 51, 47, 87–86, 55
التأمين التكميلي (Medigap) 89
تغطية العاقير 77
التسجيل المفتوح 58
خطة برنامج Medicare الأصلية

ما هي أجزاء برنامج Medicare؟

الجزء "أ" - تأمين المستشفيات



يساعد في تغطية:

- رعاية المرضى المقيمين في المستشفى
- رعاية مرافق التمريض الماهرة
- الرعاية التلطيفية
- الرعاية الطبية المنزلية

[انتقل إلى الصفحات 25-29.](#)

الجزء "ب" - التأمين الطبي



يساعد في تغطية:

- الخدمات المقدمة من الأطباء وموظفي الرعاية الصحية الآخرين
- رعاية المرضى في العيادات الخارجية
- الرعاية الصحية المنزلية
- المعدات الطبية المعمرة (مثل الكراسي المتحركة، والمشابيات، وأسرة المستشفيات، وغيرها من المعدات)
- العديد من **الخدمات الوقائية** (مثل الفحوصات، واللقاحات أو التطعيمات، والزيارات السنوية لـ "الرعاية الصحية")

[انتقل إلى الصفحات 29-55.](#)

الجزء "د" - تغطية العقاقير



تساعد في تغطية تكاليف عقاقير الوصفات الطبية (بما في ذلك العديد من التطعيمات واللقاحات الموصى بها).

تُدار الخطط التي تقدم تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") من قبل شركات التأمين الخاصة التي تتبع القواعد التي وضعها برنامج Medicare.

[انتقل إلى الصفحات 79-90.](#)

خيارات برنامج Medicare المتاحة لك

عند اشتراكك للمرة الأولى في برنامج Medicare وفي أوقات معينة من العام، يمكنك اختيار كيفية حصولك على تغطية Medicare. هنالك طريقتين رئيسيتين للحصول على Medicare:

خطة ميزات برنامج Medicare (تعرف أيضاً باسم الجزء "ج")

- خطة ميزات برنامج Medicare هي خطة معتمدة من برنامج Medicare يتم إتاحتها من قبل أي شركة خاصة كديل لخطة برنامج Medicare الأصلية من أجل توفير التغطية الصحية وتغطية العقاقير. تشمل هذه الخطط "المجموعة" كلاً من خطة الجزء "أ"، وخطة الجزء "ب"، وخطة الجزء "د" عادةً.
- في الكثير من الحالات، يمكنك فقط الحصول على خدمات الأطباء المشمولين في شبكة الخطة. وفي الكثير من الحالات أيضاً، قد تحتاج إلى الحصول على موافقة من خطتك قبل أن تغطي الخطة عقاقير أو خدمات معينة.
- قد تكون بعض الخطط تكاليف مختلفة عن تلك الخاصة بخطة برنامج Medicare الأصلية أو التغطية التكميلية مثل تغطية Medigap. قد تدفع أيضاً قسطاً تأمينياً إضافياً.
- توفر العديد من الخطط بعض المزايا الإضافية التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية.



الجزء "أ"



الجزء "ب"



الجزء "د"

تشتمل معظم الخطط على:

بعض المزايا الإضافية

انتقل إلى صفحة 61 لمعرفة المزيد حول خطة ميزات برنامج Medicare.

خطة برنامج Medicare الأصلية

- تشتمل خطة برنامج Medicare الأصلية على خطة الجزء "أ" (تأمين المستشفيات) وخطة الجزء "ب" من برنامج Medicare (التأمين الطبي).
- يمكنك الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة من برنامج Medicare للحصول على تغطية العقاقير من برنامج Medicare (خطة الجزء "د").
- يمكنك الحصول على خدمات أي طبيب أو مستشفى يقبل الرعاية الطبية في أي مكان داخل الولايات المتحدة.
- يمكنك أيضاً التسوق وشراء تغطية تكميلية تساعدك في دفع التكاليف التي تدفعها من جيبك (مثل نسبة 20% المدفوعة كمبلغ مشاركة تأميني).



الجزء "أ"



الجزء "ب"



الجزء "د"



كما يمكنك إضافة:

التغطية التكميلية

يمكن أن تساعد في دفع بعض التكاليف التي لا تغطيها الأجزاء الأخرى. تشمل هذه التغطية التكميلية "التأمين التكميلي من Medicare" (Medigap). انتقل إلى صفحة 75 لمعرفة المزيد عن خطة برنامج Medigap. أو يمكنك استخدام التغطية من جهة العمل الحالي أو السابق أو النقابة، أو برنامج Medicaid (إذا كان لديك).

انتقل إلى صفحة 57 لمعرفة المزيد حول خطة برنامج Medicare الأصلية

لمحة موجزة: خطة برنامج الأصلية مقارنة بخطة ميزات برنامج Medicare

اختيار الطبيب والمستشفى

خطة ميزات برنامج Medicare (الجزء "ج")	خطة برنامج Medicare الأصلية
في كثير من الحالات، يمكنك فقط الحصول على خدمات الأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين المشمولين في شبكة الخطة و منطقة الخدمة (الرعاية غير الطارئة). تقدم بعض الخطط تغطية للحالات غير الطارئة خارج الشبكة، ولكن بتكلفة أعلى عادةً.	يمكنك الحصول على خدمات أي طبيب أو مستشفى يقبل الرعاية الطبية في أي مكان داخل الولايات المتحدة.
قد تحتاج إلى الحصول على إهالة للحصول على خدمات من أخصائي.	في معظم الحالات، لا تحتاج إلى إهالة للحصول على خدمات من أخصائي.

التكاليف

خطة ميزات برنامج Medicare (الجزء ج)	خطة برنامج Medicare الأصلية
تتفاوت التكاليف التي يتم دفعها من الجيب. بالنسبة لخدمات معينة قد تختلف التكاليف التي يتم دفعها من الجيب للخطط.	بالنسبة لخدمات الجزء "ب" المغطاة، عادةً ما تدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare بعد أن تستوفي المبلغ المقاطع المخصص لك. هذا المبلغ يُسمى مبلغ المشاركة التأميني الخاص بك.
ستدفع القسط التأميني الشهري لخطة الجزء "ب" وقد تحتاج أيضاً إلى دفع القسط التأميني للخطة. قد يكون البعض الخطة قسط تأميني قدره 0 دولار وقد تساعد في دفع كل أو جزء من القسط التأميني لخطة الجزء "ب". تشمل معظم الخطط تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د").	ستدفع القسط التأميني الشهري لخطة الجزء "ب". وإذا اخترت الانضمام إلى خطة عقاقير Medicare، فستدفع قسطاً تأمينياً منفصلاً مقابل تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د").
الخطط لها حد أقصى سنوي لما تدفعه مقابل خدمات الجزء "أ" والجزء "ب" المغطاة (مع حدود قصوى مختلفة للخدمات داخل الشبكة وخارجها). بمجرد الوصول إلى الحد الأقصى لخطتك، فإن تدفع أي شيء مقابل الخدمات المغطاة لباقي العام.	لا يوجد حد سنوي لما تدفعه من جيبك، ما لم يكن لديك تغطية تكميلية - مثل التأمين التكميلي لبرنامج Medcaire (Medigap)، ميزات برنامج Medicare (Medicaid)، أو صاحب عمل، أو منقاد، أو تعطية تقابية.
لا يمكنك شراء ميزات برنامج Medigap لتغطية التكاليف التي تدفعها من جيبك.	يمكنك اختيار شراء ميزات Medigap للمساعدة في دفع التكاليف التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare (مثل نسبة 20% المدفوعة كمبلغ مشاركة تأميني). انظر إلى صفحة 77. أو يمكنك استخدام التغطية من جهة العمل الحالي أو السابق أو التقابة، أو ميزات برنامج Medicaid.

خطة ميزات برنامج Medicare (الجزء "ج")	خطة برنامج Medicare الأصلية
<p>يجب أن تغطي الخطط جميع الخدمات الطبية الضرورية التي تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية بالنسبة لبعض الخدمات، قد تستخدم الخطط معايير التغطية الخاصة بها لتحديد الضرورة الطبية. قد تقدم الخطط أيضًا بعض المزايا الإضافية التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية.</p>	<p>تغطي خطة برنامج Medicare الأصلية معظم الخدمات والمستلزمات الضرورية طبياً في المستشفيات ومكاتب الأطباء ومرافق الرعاية الصحية الأخرى. لا تغطي خطة برنامج Medicare الأصلية بعض الخدمات، مثل الاختبارات البدنية الروتينية، واختبارات العيون، ومعظم خدمات رعاية الأسنان. انظر إلى صفحة 55.</p>
<p>في كثير من الحالات، قد تحتاج إلى الحصول على موافقة (إذن مسبق) من خطتك قبل أن تغطي الخطة خدمات أو مستلزمات معينة.</p>	<p>في معظم الحالات، لا تحتاج إلى موافقة (إذن مسبق) لتغطية خدماتك أو مستلزماتك من خلال خطة برنامج Medicare الأصلية.</p>
<p>تكون تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") مشمولة في معظم الخطط. في معظم أنواع خطط ميزات Medicare، لا يمكنك الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة من Medicare.</p>	<p>يمكنك الانضمام إلى خطة عقاقير برنامج Medicare منفصلة للحصول على تغطية عقاقير برنامج Medicare (خطة الجزء "د").</p>

✈ السفر إلى الخارج

خطة ميزات برنامج Medicare (الجزء "ج")	خطة برنامج Medicare الأصلية
<p>لا تغطي الخطط عموماً الرعاية الطبية خارج الولايات المتحدة. قد تقم بعض الخطط ميزة إضافية تغطي خدمات الطوارئ والخدمات المطلوبة بشكل عاجل عند السفر خارج الولايات المتحدة.</p>	<p>لا تغطي خطة برنامج Medicare الأصلية عموماً الرعاية الطبية خارج الولايات المتحدة قد تتمكن من شراء بوليصة تأمين تكميلي لبرنامج Medicare (Medigap) تغطي الرعاية الطارئة خارج الولايات المتحدة.</p>

لم تكن مبالغ أقساط التأمين لعام 2025، وتكليف العقاقير، والحدود القصوى للدخل متاحة في وقت الطباعة. تفضل بزيارة Medicare.gov للحصول على أحدث المعلومات المتاحة.

ابدأ مع خطة برنامج Medicare

تأكد من أنك:

- على دراية بخيارات تغطية Medicare خاصتك. هناك طريقتان رئيسيتان للحصول على تغطية برنامج Medicare—خطة برنامج Medicare الأصلية (خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب") وخطة ميزات برنامج Medicare (الجزء "ج"). انتقل إلى الصفحتين 10–12 لمعرفة المزيد والمقارنة.
- اعرف كيف ومتي يمكنك التسجيل. إذا لم يكن لديك الجزء "أ" أو الجزء "ب" من خطة برنامج Medicare، فانتقل إلى صفحة 15. إذا كنت لا تحصل على تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")، فانتقل إلى صفحة 79.
- تعرف على الكيفية التي تعمل بها خطة برنامج Medicare مع التأمينات الأخرى إذا كنت مشتركاً فيها. انتقل إلى الصفحتين 19–22 لمعرفة المزيد.
- راجع تغطية الصحة والعقاقير من برنامج Medicare خاصتك كل عام. تأكد من أنها لا تزال تلبي احتياجاتك، وقرر ما إذا كنت تريد إجراء تغيير. لست بحاجة إلى الاشتراك في خطة برنامج Medicare كل عام، ولكن لا يزال يتبعك عليك مراجعة خياراتك.

ضع علامة على هذه التواريخ الرئيسية في التقويم الخاص بك!

<p>ابداً بمقارنة تغطية الصحة أو العقاقير من برنامج Medicare خاصتك مع الخيارات المتوفرة لعام 2025. قد تتمكن من توفير المال أو الحصول على مزايا إضافية.</p> <p>Medicare.gov/plan-compare</p>	<p>1 أكتوبر 2024</p> 
<p>قم بتغيير تغطية الصحة والعقاقير من برنامج Medicare خاصتك لعام 2025، إذا قررت ذلك. يمكنك الانضمام إلى خطة ميزات Medicare أو خطة عقاقير من Medicare أو التبديل إليها أو العverseها، أو التبديل إلى خطة Medicare الأصلية خلال فترة التسجيل المفتوحة هذه كل عام.</p>	<p>من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر 2024</p>
<p>تبدأ التغطية الجديدة إذا قمت بإجراء تغيير. إذا احتفظت بتغطيتك الحالية وتغيرت تكاليف أو مزايا خطاك، فستبدأ هذه التغييرات أيضاً في هذا التاريخ.</p>	<p>1 يناير 2025</p>
<p>إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات Medicare، فيمكنك التغيير إلى خطة ميزات برنامج Medicare مختلفة أو التبديل إلى خطة برنامج Medicare الأصلية (والانضمام إلى خطة عقاقير من Medicare منفصلة) مرة واحدة خلال هذا الوقت. ستكون أي تغييرات تجريها سارية المفعول في اليوم الأول من الشهر الذي يلي تلقي الخطة لطلبك. انتقل إلى صفحة 63.</p>	<p>1 يناير إلى 31 مارس 2025</p>

هام! قد تدفع المزيد إذا لم تقم بالى الصفحتين 22–23 (خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب") وصفحة 83 (الجزء "د") للحصول على مزيد من المعلومات حول غرامات التأخير في التسجيل.

احصل على المساعدة في العثور على التغطية المناسبة لك

استكشف خيارات التغطية الخاصة بك

- ابحث عن خطط الصحة والعقاقير وقارنها:

[Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) 

- اتصل على (1-800-4227-633) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- احصل على استشارات تأمين صحي مجانية ومخصصة وغير متحيزة من برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). انقل إلى الصفحات 114–117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).
- يمكن للوكيل أو الوسيط الموثوق به أيضًا تقديم المساعدة. تفضل بزيارة [Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules](https://www.Medicare.gov/health-drug-plans/health-plans/your-coverage-options/plan-marketing-rules) لمعرفة المزيد.

احصل على المساعدة في دفع تكاليف الرعاية الصحية

ثمة العديد من البرامج المتاحة للمساعدة في التكاليف. العديد من الأشخاص مؤهلون للحصول على خطة برنامج Medicare اننقل إلى الصفحات 91–96.

انتقل إلى النسخة الرقمية

بإمكانك مساعدة برنامج Medicare في توفير المال عن طريق التبديل إلى النسخة الإلكترونية من هذا الكتيب. قم بتسجيل الدخول إلى (أو إنشاء) حساب Medicare الآمن الخاص بك على [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) للتبديل إلى الكتيب الإلكتروني. سنرسل إليك عبر البريد الإلكتروني رابطًا لنسخة PDF بدلًا من إرسال نسخة ورقية عبر البريد كل خريف. واعتبارًا من أوائل عام 2024، ساعد الأشخاص الذين اشتراكوا في الدليل الإلكتروني في توفير ما يقرب من 19.5 مليون دولار لبرنامج Medicare.

القسم 1:

التسجيل في خطة برنامج Medicare

هل سأحصل على خدمات الجزء "أ" وخدمات الجزء "ب" تلقائياً؟

إذا كنت تحصل بالفعل على مزايا من الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فستحصل تلقائياً على خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" بدءاً من اليوم الأول من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً. إذا كان يوم ميلادك يوافق اليوم الأول من الشهر، فستبدأ خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" في اليوم الأول من الشهر السابق.

إذا كان عمرك أقل من 65 عاماً ولديك إعاقة، فستحصل على خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" تلقائياً بعد الحصول على مزايا الإعاقة لمدة 24 شهراً، إما من الضمان الاجتماعي أو بعض مزايا الإعاقة من هيئة تقاعد السكك الحديدية.

إذا كنت تعيش فيبورتوريكو، فلن تحصل على خطة الجزء "ب" تلقائياً. حيث يتبعن عليك التسجيل فيها. انتقل إلى صفحة 16.

إذا كنت مصاباً بمرض التصلب الجانبي الضموري الذي يعرف أيضاً بمرض لو جيريج أو ALS، فستحصل على خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" تلقائياً في الشهر الذي تبدأ فيه مزايا الإعاقة من الضمان الاجتماعي.

إذا حصلت على تغطية Medicare تلقائياً، فستتلقي بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء الخاصة بك عبر البريد قبل 3 أشهر من يوم ميلادك الخامس والستين أو الشهر الخامس والعشرين من مزايا الإعاقة، ولن تحتاج إلى دفع **القسط التأميني** لخطة الجزء "أ" (يُطلق عليه أحياناً "الجزء "أ" الم مجاني الأقساط التأمينية"). يختار معظم الأشخاص الاحتفاظ بخطة الجزء "ب". ولكن إذا كنت لا تريد خطة الجزء "ب"، فأخبرنا بذلك قبل تاريخ بدء التغطية على بطاقة Medicare الخاصة بك. إذا لم تفعل شيئاً، فسوف تحفظ بخطة الجزء "ب" وتدفع أقساط الجزء "ب" من خلال الضمان الاجتماعي أو مزايا هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB). إذا كان لديك تغطية أخرى وتحتاج إلى مساعدة في اتخاذ القرار بشأن ما إذا كان يجب عليك الاحتفاظ بخطة الجزء "ب"، فانقل إلى صفحة 19. إذا اخترت عدم الاحتفاظ بخطة الجزء "ب" ولكن قررت أنك تريد ذلك لاحقاً، فقد يحدث لديك تأخيراً في الحصول على تغطية الجزء "ب" من برنامج Medicare لأنك لا تستطيع التسجيل إلا في أوقات معينة. قد يتبعن عليك أيضاً دفع غرامة التأخير في التسجيل طالما كنت مشتركاً في خطة الجزء "ب". انتقل إلى صفحة 23.

هل يجب علي التسجيل في خطة الجزء "أ" وأو الجزء "ب"؟

إذا كان عمرك يقترب من 65 عاماً، ولكنك لا تحصل على مزايا الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فسوف تحتاج إلى التسجيل في خطة برنامج Medicare. تفضل بزيارة SSA.gov/medicare. لتقديم طلب للحصول على خطة الجزء "أ" والجزء "ب". يمكنك أيضاً الاتصال بالضمان الاجتماعي قبل 3 أشهر من بلوغك 65 عاماً لتحديد موعد. إذا كنت تعمل في شركة سكك حديدية، فيمكنك زيارة موقع RRB.GOV أو الاتصال على هيئة تقاعد السكك الحديدية على الرقم 1-877-772-5772. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-312-4701-751.

في معظم الحالات، إذا لم تقم بالتسجيل في خطة الجزء "ب" عند تأهلك لأول مرة، فقد يحدث لديك تأخير في الحصول على تغطية الجزء "ب" من برنامج Medicare في المستقبل لأنك لا تستطيع التسجيل إلا في أوقات معينة. قد يتبعن عليك أيضاً دفع غرامة التأخير في التسجيل طالما كنت مشتركاً في خطة الجزء "ب". انتقل إلى صفحة 23.

إذا كنت تعاني من مرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD) وترغب في الحصول على تغطية برنامج Medicare، فسوف تحتاج إلى التسجيل للحصول عليها. تواصل مع قسم الضمان الاجتماعي لمعرفة موعد ومكان التسجيل في خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب". ولمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة لمراجعة الكتيب "تغطية برنامج Medicare.gov/publications لخدمات غسيل الكلى".

هام! إذا كنت تعيش في بورتوريكو وتحصل على مزايا من الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فستحصل على خطة الجزء "أ" تلقائياً بدءاً من اليوم الأول من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً أو بعد حصولك على مزايا الإعاقة لمدة 24 شهراً. ومع ذلك، إذا كنت تزيد الجزء "ب"، فسوف تحتاج إلى التسجيل فيه عن طريق استكمال "نموذج طلب التسجيل في الجزء "ب"" (CMS-40B). للحصول على هذا النموذج باللغتين الإنجليزية والإسبانية، يمكنك زيارة [Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment](https://www.Medicare.gov/basics/forms-publications-mailings/forms/enrollment)، أو الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE لإرسال نسخة إليك بالبريد. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 2048-486-1877-1. إذا لم تقم بالتسجيل في خطة الجزء "ب" عند تأهلك لأول مرة، فقد يحدث لديك تأخير في الحصول على تغطية الجزء "ب" في المستقبل لأنك لا تستطيع التسجيل إلا في أوقات معينة. قد يتغير عليك أيضاً دفع غرامة التأخير في التسجيل طالما كنت مشتركاً في خطة الجزء "ب". انقل إلى صفحة 23.

أين يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات؟

فضل بزيارة [SSA.gov/medicare/sign-up](https://www.SSA.gov/medicare/sign-up) للحصول على مزيد من المعلومات حول أهليتك للحصول على تغطية Medicare والتسجيل في خطة الجزء "أ" وأو خطة الجزء "ب" إذا لم تحصل عليهما تلقائياً. إذا كنت تعمل في شركة سكك حديدية أو تحصل على مزايا هيئة تقاعد السكك الحديدية، فضل بزيارة موقع [RRB.gov](https://www.RRB.gov) أو اتصل على هيئة تقاعد السكك الحديدية على الرقم 1-877-772-5772. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-312-751-4701.

يمكنك أيضاً الحصول على استشارات تأمين صحي مجانية ومخصصة وغير متخصصة من برنامج مساعدة التأمين الصحي التابع لولايتك (SHIP). انقل إلى الصفحات 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

بعد الاشتراك في خطة الجزء "أ" وأو الجزء "ب" من برنامج Medicare، حان الوقت للقاء نظرة على خيارات التغطية المتاحة لك. يحصل الأشخاص على تغطية Medicare بطرق مختلفة. لتحقيق أقصى استفادة من التغطية، راجع جميع خياراتك وقرر ما يلبي احتياجاتك على أفضل وجه. انقل إلى الصفحات 11-13 لمزيد من التفاصيل.

إذا لم أحصل على خطة الجزء "أ" والجزء "ب" تلقائياً، متى يمكنني الاشتراك؟

إذا لم تحصل على خطة الجزء "أ" مجانية الأقساط التأمينية تلقائياً (على سبيل المثال، لأنك لا تزال في الخدمة ولم تحصل بعد على الضمان الاجتماعي أو مزايا هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)), فيمكنك الاشتراك فيها في أي وقت بعد أن تصبح مؤهلاً لأول مرة للحصول على تغطية Medicare. انقل إلى صفحة 22.

في هذا المثال، ستتراجع تغطية الجزء "أ" خاصتك (بأثر رجعي) لمدة 6 أشهر من وقت تسجيلك في خطة الجزء "أ" أو تقديم طلب للحصول على مزايا من الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكك الحديدية، ولكن ليس قبل الشهر الأول الذي تصبح فيه مؤهلاً للحصول على تغطية Medicare. قد تختلف الفترة بأثر رجعي اعتماداً على كيفية أهليتك للجزء "أ".

يمكنك التسجيل في خطة الجزء "ب" فقط خلال فترات التسجيل الموضحة في الصفحتين 17-18.

هام! تذكر ، في معظم الحالات ، إذا لم تقم بالتسجيل في خطة الجزء "أ" (إذا كان عليك شرائها) وخطة الجزء "ب" عندما تكون مؤهلاً لأول مرة ، فقد يتاخر تسجيلك وقد تضطر إلى دفع غرامة التأخير في التسجيل. انتقل إلى الصفحتين 22-23.

ما هي فترات التسجيل في خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب"؟

يمكنك فقط الاشتراك في خطة الجزء "ب" (و/أو خطة الجزء "أ" إذا كان عليك شرائها) خلال فترات التسجيل هذه.

فترة التسجيل الأولية

بشكل عام، يمكنك التسجيل أولاً في الجزء "أ" و/أو الجزء "ب" خلال فترة السبعة أشهر التي تبدأ قبل ثلاثة أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً وتنتهي بعد ثلاثة أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً. إذا كان يوم ميلادك في اليوم الأول من الشهر ، فإن فترة السبعة أشهر الخاصة بك تبدأ قبل أربعة أشهر من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً وتنتهي بعد شهرين من الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً.

مثال: إذا بلغت 65 عاماً في 2 يونيو، فستبدأ فترة السبعة أشهر الخاصة بك في مارس وتنتهي في سبتمبر. إذا بلغت 65 عاماً في الأول من يونيو، فستبدأ فترة السبعة أشهر الخاصة بك في فبراير وتنتهي في أغسطس.

إذا قمت بالتسجيل في خطة الجزء "أ" و/أو خطة الجزء "ب" خلال الأشهر الثلاثة الأولى من فترة التسجيل الأولية، ففي معظم الحالات، تبدأ تغطيتك في اليوم الأول من شهر ميلادك. ومع ذلك، إذا كان يوم ميلادك يقع في اليوم الأول من الشهر، تبدأ تغطيتك في اليوم الأول من الشهر السابق.

إذا قمت بالتسجيل في الشهر الذي تبلغ فيه 65 عاماً أو خلال الأشهر الثلاثة الأخيرة من فترة التسجيل الأولية، تبدأ تغطيتك في اليوم الأول من الشهر التالي للتسجيل.

فترة التسجيل الخاصة

بعد انتهاء فترة التسجيل الأولية، قد تناح لك فرصة التسجيل في برنامج Medicare خلال فترة التسجيل الخاصة. على سبيل المثال، إذا لم تقم بالتسجيل في خطة الجزء "ب" (أو خطة الجزء "أ" إذا كان عليك شرائها) عندما أصبحت مؤهلاً لأول مرة لأن لديك تغطية خطة تأمين صحي جماعية بناءً على عملك الحالي (عملك الخاص أو عمل زوجك أو أحد أفراد الأسرة إذا كنت تعاني من إعاقة)، فيمكنك التسجيل في خطة الجزء "أ" و/أو خطة الجزء "ب":

- في أي وقت لا تزال مشمولاً بخطة التأمين الصحي الجماعية
- خلال فترة الثمانية أشهر التي تبدأ في الشهر التالي لانتهاء العمل أو انتهاء التغطية، أيهما يحدث أولاً

تبدأ تغطيتك عادةً في اليوم الأول من الشهر التالي للتسجيل. إذا قمت بالتسجيل في خطة الجزء "ب" أثناء عملك، أو خلال الشهر الكامل الأول بعد فقدان تغطية جهة العمل، فيمكنك طلب تأخير تاريخ بدء خطة الجزء "ب" لمدة تصل إلى 3 أشهر. عادةً، لن تحتاج إلى دفع غرامة التأخير في التسجيل إذا قمت بالتسجيل خلال فترة التسجيل الخاصة. لا يتم تطبيق فترة التسجيل الخاصة هذه إذا كنت مؤهلاً للحصول على تغطية Medicare بناءً على مرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD)، أو كنت لا تزال في فترة التسجيل الأولية.

للتسجيل في خطة الجزء "أ" و/أو "ب"، يمكنك زيارة SSA.gov/medicare/sign-up

هام! لا تعتبر تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (COBRA) تغطية تعتمد على العمل الحالي ولا تُحسب كتغطية لجهة العمل لفترة التسجيل الخاصة. وينطبق الأمر نفسه على خطط الرعاية الصحية للمتقاعدين، وتغطية شؤون المحاربين القدامى، وتغطية التأمين الصحي الفردي (مثل التغطية من خلال Health Insurance Marketplace® (سوق التأمين الصحي)). إذا كنت تفك في تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد، فقد تكون هناك أسباب تدفعك إلى اختيار خطة الجزء "ب" بدلاً من تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد أو بالإضافة إليها. لديك 8 أشهر بعد انتهاء تغطيتك استناداً إلى وظيفتك الحالية للتسجيل في خطة الجزء "ب" دون غرامة، سواء اخترت تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد أم لا. ومع ذلك، إذا كنت مشاركاً في تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد و كنت مؤهلاً للحصول على تغطية خطة برنامج Medicare، فقد تدفع تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد جزءاً صغيراً فقط من تكاليف تأمينك الطبية. بشكل عام، أنت لست مؤهلاً لفترة تسجيل خاصة للتسجيل في خطة برنامج Medicare عندما تنتهي تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد. انتقل إلى صفحة 89 للحصول على المزيد من المعلومات حول تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد. لتجنب دفع غرامة، تأكد من التسجيل في خطة برنامج Medicare عندما تكون مؤهلاً لأول مرة. إذا كان لديك تغطية للمتقاعدين، فقد لا تغطي تكاليف خدماتك الصحية إذا لم تحصل على خطة الجزء "أ" والجزء "ب".

الحالات الاستثنائية لفترة التسجيل الخاصة

هناك ظروف أخرى قد تسمح لك بالتسجيل في خطة برنامج Medicare أثناء فترة التسجيل الخاصة. قد تكون مؤهلاً إذا فانتك فترة التسجيل بسبب ظروف استثنائية معينة، مثل التأثر بكارثة طبيعية أو حالة طوارئ، أو السجن، أو خطأ من جانب جهة العمل أو خطة الرعاية الصحية، أو فقدان تغطية ميزات Medicaid، أو ظروف أخرى خارجة عن إرادتك يقرر برنامج Medicare أنها استثنائية. لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة Medicare.gov أو اتصل على (1-800-633-4227) أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 2048-486-1877.

هام! إذا فقدت ميزات Medicaid مؤخراً وأصبحت الآن مؤهلاً للحصول على خطة برنامج Medicare، ولكنك لم تقم بالتسجيل في خطة برنامج Medicare عندما أصبحت مؤهلاً لأول مرة، فقد تتمكن من التسجيل في خطة الجزء "أ" والجزء "ب" دون دفع غرامة التأخير في التسجيل. إذا كان لديك بالفعل تغطية Medicare ولكنك فقدت ميزات Medicaid، فلديك أيضاً خيارات تغطية. لمزيد من المعلومات، راجع صحيفة الحقائق هل فقدت ميزات Medicaid؟ على Medicare.gov/media/document/12177-2023-02-508.pdf

فترة التسجيل العامة

يمكنك التسجيل في الجزء "ب" خلال فترة التسجيل العامة من 1 يناير إلى 31 مارس من كل عام) إذا فانتك فترة التسجيل الأولية ولم تكن مؤهلاً لفترة التسجيل الخاصة. يمكنك أيضاً شراء خطة الجزء "أ" خلال هذه الفترة إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على خطة الجزء "أ" المجانية **الاقساط التأمينية** وفانتك فترة التسجيل الأولية. قد يتغير علىك دفع قسط تأميني أعلى لخطة الجزء "أ" وأو الجزء "ب" مقابل التأخير في التسجيل. انتقل إلى صفحة 22-23.

عند التسجيل خلال فترة التسجيل العامة، تبدأ تغطيتك في اليوم الأول من الشهر التالي للتسجيل.

هل أنت غير متأكد مما إذا كنت مؤهلاً لفترة التسجيل؟ تفضل بزيارة Medicare.gov، أو اتصل على 1-800-MEDICARE.

لدي تغطية صحية أخرى. هل ينبغي أن أحصل على خطة الجزء "ب"؟

يمكن أن تساعدك هذه المعلومات في اتخاذ قرار بشأن ما إذا كان ينبغي لك الحصول على خطة الجزء "ب" بناءً على نوع التغطية الصحية التي قد تحصل عليها.

تغطية جهة العمل أو النقابة

إذا كنت أنت أو زوجتك (أو أحد أفراد أسرتك إذا كنت تعاني من إعاقة) لا تزال في الخدمة ولديك تغطية صحية من خلال جهة العمل أو النقابة، فانتقل إلى صفحة 21 لمعرفة كيفية تغطيتك مع ميزات Medicare. يمكنك أيضًا الاتصال بمسؤول مزايا جهة العمل أو النقابة للحصول على المعلومات. وهذا يشمل التوظيف الفيدرالي أو الحكومي والخدمة العسكرية الفعلية. قد يكون من مصلحتك تأخير التسجيل في خطة الجزء "ب" عندما تكون لا تزال تحصل على تغطية صحية بناءً على وظيفتك الحالية أو وظيفة زوجتك الحالية.

لا تشمل التغطية بناءً على الوظيفة الحالية ما يلي:

- تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (أو تغطية استمرارية مماثلة بعد انتهاء الوظيفة)
- تغطية المتقاعدين
- تغطية شؤون المحاربين القدماء
- تغطية التأمين الصحي الفردي (مثل من خلال® Health Insurance Marketplace (سوق التأمين الصحي))
- التغطية التي تحصل عليها من جهة العمل السابقة من خلال إنهاء الخدمة أو التسريح

برنامجهترأيكير

إذا كنت مشتركًا في برنامج TRICARE (برنامج الرعاية الصحية لأفراد الخدمة الفعلية والمتقاعدين وعائلاتهم)، فيجب عليك عمومًا التسجيل في خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" عندما تصبح مؤهلاً لأول مرة للاحتفاظ بـ **تغطية TRICARE الخاصة بك**. ومع ذلك، إذا كنت عضواً في الخدمة الفعلية أو إذا كان أحد أفراد أسرتك في الخدمة الفعلية، فلن تضطر إلى التسجيل في خطة الجزء "ب" من أجل الاحتفاظ بـ **تغطية TRICARE الخاصة بك**. لمزيد من المعلومات، اتصل بمتعهد تغطية TRICARE الخاص بك. انتقل إلى صفحة 90.

إذا كنت مشتركًا في برنامج CHAMPVA، فيتعين عليك التسجيل في خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" من أجل الاحتفاظ بها. اتصل على 1-800-733-8387 لمزيد من المعلومات حول برنامج CHAMPVA.

خطة ميزات Medicaid

إذا كنت مشتركًا في خطة ميزات Medicaid ولست مسجلًا في خطة الجزء "ب"، فسوف تدفع خطة برنامج Medicare أولاً مقابل خطة الجزء "أ" التي تغطيها خطة برنامج Medicare. قد تتمكن أيضًا من الحصول على مساعدة من ولايتك لدفع **أقساط لخطة الجزء "أ" والجزء "ب"** من خلال إحدى برامج توفيرات Medicare. انتقل إلى الصفحات 91-92. لمعرفة المزيد حول التسجيل في خطة الجزء "ب"، انتقل إلى صفحة 15.

لمزيد من المعلومات حول خطة ميزات Medicaid ومعرفة ما إذا كنت مؤهلاً، تفضل بزيارة gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu (1-800-MEDICARE 1-800-633-4227) للحصول على رقم هاتف مكتب خطة ميزات Medicaid في ولايتك. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

(سوق التأمين الصحي) Health Insurance Marketplace®

حتى لو كنت تحصل على تغطية السوق (أو أي تغطية صحية فردية أخرى لا تعتمد على الوظيفة الحالية)، فينبع لك التسجيل في خطة برنامج Medicare عندما تصبح مؤهلاً لأول مرة لتجنب خطر التأخير في تغطية Medicare وإمكانية فرض عقوبة التأخير في التسجيل في خطة برنامج Medicare.

إذا كنت تحصل على تغطية Marketplace:

- ينبغي عليك إنهاء تغطية Marketplace الخاصة بك في الوقت المناسب عندما تصبح مؤهلاً للحصول على تغطية Medicare لتجنب التداخل في التغطية.
- بمجرد اعتبارك مؤهلاً للحصول على خطة الجزء "أ" المجانية الأقساط التأمينية، أو كنت تحصل بالفعل على خطة الجزء "أ" **بأقساط تأمينية**، فلن تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة من Marketplace لدفع الأقساط التأمينية لخطة Marketplace الخاصة بك أو أي تكاليف طبية أخرى. إذا وصلت الحصول على المساعدة في دفع أقساط خطة Marketplace الخاصة بك، فقد يتغير عليك سداد بعض أو كل المساعدة التي حصلت عليها عند تقديم إقرارات ضريبة الدخل الاتحادية الخاصة بك.

للتعرف على كيفية إنهاء خطة Marketplace أو توفرات Marketplace عند بدء تغطية Medicare الخاصة بك، تفضل بزيارة HealthCare.gov/medicare/changing-from-marketplace-to-Medicare. يمكنك أيضاً الاتصال بمركز اتصال Marketplace على الرقم 1-800-2596-318. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-855-889-4325.

حساب التوفيرات الصحية (HSA)

لا يحق لك تقييم مساهمات إلى حساب التوفيرات الصحية (HSA) بعد حصولك على خطة برنامج Medicare لتجنب فرض أي غرامة ضريبية، ينبغي لك إجراء آخر مساهمة في حساب التوفيرات الصحية الخاص بك في الشهر الذي يسبق بدء تغطيات الجزء "أ" خاصتك. ستتراجع تغطية الجزء "أ" المجانية الأقساط التأمينية (بأثر رجعي) إلى 6 أشهر من تاريخ التسجيل في الجزء "أ" أو تقييم طلب للحصول على مزايا من الضمان الاجتماعي أو هيئة تعاون السكك الحديدية (RRB)، ولكن ليس قبل الشهر الأول الذي تكون فيه مؤهلاً للحصول على تغطية Medicare. قد تختلف الفترة بأثر رجعي اعتماداً على كيفية أهلية لك للجزء "أ". راجع الرسم البياني أدناه للمساعدة في تحديد الوقت الأفضل لإيقاف مساهماتك في حساب التوفيرات الصحية (HSA).

يمكنك تجنب فرض أي غرامة ضريبية عن طريق إجراء آخر مساهمة في حساب التوفيرات الصحية الخاص بك في الشهر الذي يسبق بلوغك 65 عاماً.	خلال فترة التسجيل الأولية بعد شهرين من انتهاء فترة التسجيل الأولية	إذا قمت بالتسجيل في خطة برنامج :Medicare
بشكل عام، تبدأ تغطية Medicare في اليوم الأول من الشهر الذي يسبق بلوغك 65 عاماً. يمكنك تجنب فرض أي عقوبة ضريبية عن طريق إجراء آخر مساهمة في حساب التوفيرات الصحية الخاص بك قبل شهرين من بلوغك 65 عاماً.	و عندما يكون يوم ميلادك هو اليوم الأول من الشهر	
يمكنك تجنب فرض أي غرامة ضريبية عن طريق إيقاف مساهماتك في حساب التوفيرات الصحية في الشهر الذي يسبق بلوغك 65 عاماً.	أقل من 6 أشهر بعد بلوغك 65 عاماً	إذا انتظرت للتسجيل في خطة برنامج :Medicare
يمكنك تجنب فرض أي غرامة ضريبية عن طريق إيقاف مساهماتك في حساب التوفيرات الصحية قبل ستة أشهر من الشهر الذي تقدم فيه بطلب للحصول على تغطية Medicare.	6 أشهر أو أكثر بعد بلوغك 65 عاماً	

ملاحظة: خطة حساب التوفيرات الطبية (MSA) هي خطة مماثلة لخطة حساب التوفيرات الصحية (HSA). انتقل إلى صفحة 67.

كيف يعمل التأمين الآخر الذي أحصل عليه مع خطة برنامج Medicare؟

إذا كنت تحصل على تأمين آخر (مثل خطة صحية جماعية، أو تأمين صحي للمتقاعدين، أو تغطية Medicaid) و Medicare، فهناك قواعد تحدد ما إذا كانت تغطية Medicare أو التغطية الأخرى الخاصة بك تُدفع أولاً.

تدفع تغطية Medicare أولاً.	إذا كنت تحصل على تغطية صحية للمتقاعدين، مثل التأمين من وظيفتك السابقة أو وظيفة زوجتك السابقة...
تدفع خطة التأمين الصحي الجماعية الخاصة بك أولاً.	إذا كان عمرك 65 عاماً أو أكثر، وتحصل على تغطية خطة صحية جماعية بناءً على وظيفتك الحالية أو وظيفة زوجتك الحالية، وكان لدى جهة العمل 20 موظفاً أو أكثر...
تدفع تغطية Medicare أولاً.	إذا كان عمرك 65 عاماً أو أكثر، وتحصل على تغطية خطة صحية جماعية بناءً على وظيفتك الحالية أو وظيفة زوجتك الحالية، وكان لدى جهة العمل أقل من 20 موظفاً .
تدفع خطة التأمين الصحي الجماعية الخاصة بك أولاً.	إذا كان عمرك أقل من 65 عاماً ولديك إعاقة، وتحصل على تغطية خطة صحية جماعية بناءً على وظيفتك الحالية أو وظيفة أحد أفراد أسرتك، وكان لدى جهة العمل 100 موظف أو أكثر...
تدفع تغطية Medicare أولاً.	إذا كان عمرك أقل من 65 عاماً ولديك إعاقة، وتحصل على تغطية خطة صحية جماعية بناءً على وظيفتك الحالية أو وظيفة أحد أفراد أسرتك، وكان لدى جهة العمل أقل من 100 موظف ...
تدفع خطة التأمين الصحي الجماعية الخاصة بك أولاً لمدة الثلاثين شهراً الأولى بعد أن تصبح مؤهلاً للحصول على تغطية Medicare. تدفع خطة برنامج Medicare أولاً بعد فترة الثلاثين شهراً هذه.	إذا كنت تحصل على تغطية خطة صحية جماعية بناءً على وظيفتك أو وظيفة أحد أفراد أسرتك أو وظيفتك السابقة، وكانت مؤهلاً للحصول على تغطية Medicare بسبب مرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD) ...
يدفع برنامج Medicare أولاً، ما لم تكن في الخدمة الفعلية، أو تحصل على بنود أو خدمات من مستشفى أو عيادة عسكرية، أو أي مقدم رعاية صحية اتحادي آخر.	إذا كنت تحصل على تغطية TRICARE ...
تدفع تغطية Medicare أولاً.	إذا كنت تحصل على تغطية Medicaid ...

هام! إذا كنت لا تزال في الخدمة وتحصل على تغطية جهة العمل من خلال العمل، فاتصل بجهة العمل لمعرفة الكيفية التي تعمل بها تغطية جهة العمل مع تغطية Medicare.

تذكر:

- تقوم خطة التأمين التي تدفع أولاً (جهة الدفع الرئيسية) بدفع أقصى حدود تعطيتها.
- لا يتم دفع التأمين الذي يدفع من قبل جهة الدفع الثانوية إلا إذا كانت هناك تكاليف لم تغطيها جهة الدفع الرئيسية.
- قد لا تقوم جهة الدفع الثانوية (التي قد تكون Medicare) بدفع جميع التكاليف غير المغطاة.
- إذا كانت خطة التأمين الصحي الجماعي الخاصة بك أو تغطية التأمين الصحي للمتقاعدين هي جهة الدفع الثانوية، فمن المحتمل أنك ستحتاج إلى التسجيل في خطة الجزء "ب" قبل أن تقوم خطة التأمين الخاصة بك بالدفع.

تفصل بزيارة [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) لمراجعة الكتيب "كيف تعمل تغطية Medicare مع التأمينات الأخرى" أو اتصل على (1-633-800-4227) أو (1-800-MEDICARE) لمعرفة المزيد. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

هام! إذا انتهت تغطية خطة التأمين الصحي الجماعي الخاصة بك، فاتصل على رقم 1-800-MEDICARE لتحديث سجلك. إذا كانت لديك تغييرات أخرى في تأمينك، فيمكنك أيضًا الاتصال على مركز تنسيق واسترداد مزايا برنامج Medicare على الرقم 1-855-798-2627. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-855-797-2627. إذا كنت مقاعدًا، فاتصل على رقم 1-800-MEDICARE للتأكد من صحة معلومات التأمين الأساسي الخاصة بك.

إذا كنت تحصل على خطة الجزء "أ"، فيمكنك الحصول على نموذج "التغطية الصحية" (نموذج IRS 1095-B) من Medicare. يؤكد هذا النموذج على حصولك على تغطية صحية في العام الماضي. يُرجى الاحفاظ بهذا النموذج لسجلاتك. لن يحصل الجميع على هذا النموذج. إذا لم تحصل على النموذج 1095-B، فلا تقلق. فعلًا الرغم من أنك لا تحتاج إليه لتقديم ضرائبك، إلا أنه يمكنك طلب نسخة من Medicare.

هل يجب علي أن أدفع مقابل خطة الجزء "أ"؟

عادةً لا تدفع **قسطًا تأمينيًا** شهريًا لتغطية خطة الجزء "أ" إذا كنت تدفع أنت أو زوجتك ضرائب الرعاية الطبية أثناء العمل لفترة زمنية معينة. يُطلق على هذا أحيانًا اسم **خطة الجزء "أ"** المجانية الأقساط التأمينية. وإذا لم تكن مؤهلاً للحصول على خطة الجزء "أ" المجانية الأقساط التأمينية، فقد تتمكن من شرائها. لمزيد من المعلومات حول كيفية دفع القسط التأميني لخطة الجزء "أ"، انظر إلى صفحة 24.

إذا اشتريت خطة الجزء "أ"، فسوف تدفع قسطًا تأمينيًا قدره 278 دولار أو ما يصل إلى 505 دولار شهريًا في عام 2024 اعتمادًا على المدة التي عملت فيها أنت أو زوجتك ودفعت خلالها ضرائب Medicare. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في دفع القسط التأميني لخطة الجزء "أ"، انقل إلى الصفحتين 91-92. إذا كانت لديك أسئلة حول دفع تكاليف خطة الجزء "أ"، تفضل بزيارة [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) أو اتصل على 1-800-MEDICARE.

في معظم الحالات، إذا اخترت شراء خطة الجزء "أ"، فيجب عليك أيضًا الحصول على خطة الجزء "ب" ودفع أقساط شهرية لكليهما. إذا اخترت عدم شراء خطة الجزء "أ"، فلا يزال بإمكانك شراء خطة الجزء "ب" إذا كنت مؤهلاً.

تفصل بزيارة موقع [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) لمعرفة مبالغ أقساط خطة الجزء "أ" لعام 2025.

ما هي غرامة التأخير في التسجيل في خطة الجزء "أ"؟

إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على خطة الجزء "أ" المجانية الأقساط التأمينية، ولم تشتريها عندما أصبحت مؤهلاً لأول مرة، فقد يرتفع قسطك التأميني الشهري بنسبة 10%. ستضطر إلى دفع قسط تأميني أعلى مقابل ضعف عدد السنوات التي كان بإمكانك فيها الحصول على خطة الجزء "أ" ولكنك لم تقم بالتسجيل. على سبيل المثال، إذا كنت مؤهلاً لخطة الجزء "أ" لمدة عامين ولكنك لم تقم بالتسجيل، فستضطر إلى دفع قسط تأميني أعلى بنسبة 10% لمدة 4 سنوات.

كم تكلفة تغطية خطة الجزء "ب"؟

مبلغ **القسط التأميني** القياسي لخطة الجزء "ب" في عام 2024 هو 174.70 دولار. يدفع معظم الأشخاص مبلغ القسط التأميني القياسي مقابل خطة الجزء "ب" كل شهر.

إذا كان دخلك الإجمالي المعدل المسوى أعلى من مبلغ معين (في عام 2024 سيكون 103,000 دولار إذا قمت بالتقديم بشكل فردي أو 206,000 دولار إذا كنت متزوجاً وتقدمت بالطلب بشكل مشترك)، فقد تدفع مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA). يمثل مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA) الرسم الإضافي الذي يتم إضافته إلى مبلغ قسطك التأميني.

لتحديد ما إذا كنت ستدفع ضريبة مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA)، يستخدم برنامج Medicare الدخل الإجمالي المسوى الموضح في إقرارات الضريبي لدى مصلحة الضرائب الداخلية منذ عامين. تفضل بزيارة لمعرفة المزيد عن مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA) [Medicare.gov](#).

تفضل بزيارة موقع [Medicare.gov](#) لمعرفة مبلغ القسط التأميني لخطة الجزء "ب" لعام 2025 وحدود الدخل.

ملاحظة: يمكنك أيضاً دفع مبلغ مشاركة في السداد مقابل القسط التأميني لتغطية عقاقير برنامج Medicare (خطة الجزء "د") إذا كان دخلك الإجمالي المسوى أعلى من مبلغ معين. انتقل إلى صفحة 82.

إذا كنت مضطراً لدفع مبلغ مشاركة في السداد ولا توافق عليه (على سبيل المثال، دخلك أقل من المبلغ بسبب وقوع حدث ما في حياتك)، تفضل بزيارة SSA.gov/medicare/lower-irmaa

ما هي غرامة التأخير في التسجيل في الجزء "ب"؟

هام! إذا لم تقم بالتسجيل في خطة الجزء "ب" عندما تصبح مؤهلاً لأول مرة، فقد يتبعك دفع غرامة التأخير في التسجيل طالما كنت تحصل على خطة الجزء "ب". وقد ترتفع أقساطك الشهرية لخطة الجزء "ب" بنسبة 10% لكل 12 شهراً كاملة في الفترة التي كان بإمكانك فيها الحصول على خطة الجزء "ب"، ولكنك لم تقم بالتسجيل. إذا سُمح لك بالتسجيل في خطة الجزء "ب" أثناء فترة التسجيل الخاصة، فلن تدفع عادةً غرامة التأخير في التسجيل. انتقل إلى صفحة 17-18.

مثال: انتهت فترة التسجيل الأولية للسيد سميث في ديسمبر 2020. لقد انتظر حتى مارس 2023 (خلال فترة التسجيل العامة) للتسجيل في خطة الجزء "ب". تبلغ غرامة القسط التأميني لخطة الجزء "ب" الخاص به 20%， وسيضطر إلى دفع هذه الغرامة بالإضافة إلى القسط التأميني لخطة الجزء "ب" القياسي طالما كان يحصل على خطة الجزء "ب". (وعلى الرغم من أن السيد سميث لم يكن يحصل على خطة الجزء "ب" ، لمدة 27 شهراً، إلا أن هذا شمل فترتين كاملتين لمدة 12 شهراً فقط).

التكلفة والتغطية: لمعرفة كيفية الحصول على المساعدة فيما يتعلق بتكاليف خطة برنامج Medicare، انتقل إلى صفحة 91.



كيف يمكنني دفع القسط التأميني لخطة الجزء "ب" الخاص بي؟

إذا كنت تحصل على مزايا الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فسيتم خصم القسط التأميني لخطة الجزء "ب" من مدفوعات المزايا الشهرية الخاصة بك.

ملاحظة: إذا حصلت على فاتورة من هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، قم بإرسال مدفوعات أقساطك التأمينية عبر البريد إلى:

RRB Medicare Premium Payments
PO Box 979024
St. Louis, MO 63197-9000

إذا كانت لديك أسئلة حول الفواتير التي تلقاها من هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فاتصل على الرقم 1-312-751-4701. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-772-5772.

إذا كنت متقاعداً اتحادياً وتحصل على معاش تقاعدي من مكتب إدارة الموظفين ولست مؤهلاً للحصول على مزايا الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاد السكك الحديدية (RRB)، فيمكنك طلب خصم **أقساط** خطة الجزء "ب" من معاشك التقاعدي. اتصل على 1-800-633-4227 لتقديم طلبك. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا لم تحصل على مدفوعات الضمان الاجتماعي أو الأقساط التأمينية لهيئة تقاد السكك الحديدية (RRB)، فسوف تتلقى فاتورة مقابل القسط التأميني لخطة الجزء "ب" الخاص بك. عادةً ما يتم دفع أقساط خطة الجزء "ب" على أساس ربع سنوي (كل 3 أشهر). إذا كنت تدفع أيضاً مقابل خطة الجزء "أ" أو الجزء "د" من مبلغ التسوية الشهري المتعلق بالدخل (IRMAA)، أو تستخدم خطة الدفع السهل من Medicare لدفع أقساطك، فستتلقى فاتورة شهرية (الصفحتان 22 و82). هناك 4 طرق لسداد فاتورة قسطك التأميني:

1. الدفع عبر الإنترنت باستخدام بطاقة الائتمان أو بطاقة الخصم أو بطاقة حساب التوفيرات الصحية (HSA) أو حساب التوفيرات أو الحساب الجاري. للقيام بذلك، قم بتسجيل الدخول إلى (أو إنشاء) حساب Medicare الآمن الخاص بك على [Medicare.gov](#). يعد الدفع عبر الإنترنت الطريقة الأسرع والأكثر أماناً للدفع دون إرسال معلوماتك الشخصية عبر البريد. ستحصل على رقم تأكيد عند قيامك بالدفع.

2. الدفع مباشرةً من حساب التوفيرات أو الحساب الجاري الخاص بك من خلال خدمات دفع الفواتير عبر الإنترنت التي يقدمها البنك الخاص بك. أسأل إذا كان البنك الخاص بك يقدم هذه الخدمة. قد تحصل بعض البنوك رسوماً. سيحتاج البنك الخاص بك إلى هذه المعلومات:

- رقم **Medicare** الخاص بك: من الضروري استخدام الرقم المضبوط الموجود على بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء، ولكن بدون الشرطات.
- اسم المستفيد: CMS Medicare Insurance
- عنوان المستفيد: Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355

3. التسجيل في خدمة الدفع السهل من Medicare. تقوم هذه الخدمة المجانية بخصم مدفوعاتك من حساب التوفيرات أو الحساب الجاري الخاص بك تلقائياً كل شهر. تفضل بزيارة [Medicare.gov/basics/costs/](#)، أو اتصل على الرقم 1-800-MEDICARE [pay-premiums/medicare-easy-pay](#) كيفية التسجيل.

4. إرسال مدفوعاتك إلى Medicare عبر البريد. يمكنك الدفع عن طريق شيك أو حواله بريدية أو بطاقة ائتمان أو بطاقة خصم أو بطاقة حساب التوفيرات الصحية (HSA). اكتب رقم Medicare الخاص بك على مدفوعاتك، وأملأ قسيمة الدفع الخاصة بك. أرسل مدفوعاتك وقسيمتها بالبريد إلى:

Medicare Premium Collection Center
PO Box 790355
St. Louis, MO 63179-0355

في حال كان لديك أسئلة حول أقساطك، اتصل على 1-800-MEDICARE أو تفضل بزيارة [Medicare.gov](#)

وإذا كنت بحاجة إلى تغيير عنوانك على فاتورتك، تفضل بزيارة [SSA.gov/mycontact](#)

قد تتمكن من الحصول على مساعدة من ولايتك لدفع أقساط خطة الجزء "أ" والجزء "ب" من خلال إحدى برامج توفيرات Medicare. انتقل إلى الصفحتين 91-92.

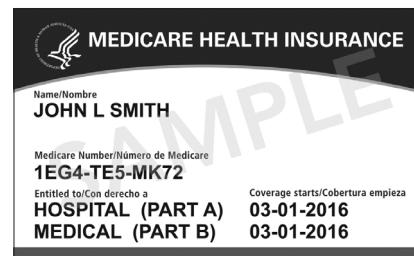
القسم 2:

اكتشف ما تغطيه خطة برنامج Medicare

ما هي الخدمات التي تغطيها خدمة برنامج Medicare؟

ستجد في هذا القسم معلومات حول البنود والاختبارات والخدمات التي تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية (خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب") في المستشفيات وعيادات الأطباء ومرافق الرعاية الصحية الأخرى. قد تكون موهلاً للحصول على الخطة التي تغطيها خطة برنامج Medicare في هذا القسم إذا كنت تحصل على خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب".

إذا كنت مشتركاً في خطة برنامج Medicare الأصلية، فستستخدم بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء للحصول على الخدمات التي تغطيها خطة برنامج Medicare. ظهرت بطاقة Medicare الخاصة بك ما إذا كنت تحصل على خطة الجزء "أ" (المدرج باسم تأمين المستشفى)، أو الجزء "ب" (المدرج باسم التأمين الطبي)، أو كليهما، وتاريخ بدء التغطية الخاصة بك.



هام! إذا انضمت إلى خطة ميزات Medicare أو أي خطة صحية أخرى من خطط برنامج Medicare، فتأكد من مشاركة بطاقة خطاك مع مقدم الخدمة خاصتك للحصول على الخدمات التي تغطيها خطة برنامج Medicare.

ملاحظة: إذا لم تكن متواجداً بشكل قانوني في الولايات المتحدة، فلن تدفع خطة برنامج Medicare مطالباتك الخاصة بخطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب"، ولن تتمكن من الانضمام إلى خطة ميزات Medicare أو خطة عقاقير Medicare.

ما الذي تغطيه خطة الجزء "أ"؟

تساعد خطة الجزء "أ" (تأمين المستشفى) على تغطية:

- رعاية المرضى الداخليين في المستشفى
- **رعاية مرافق التمريض الماهرة**
- الرعاية التلطيفية
- الرعاية الطبية المنزلية

تحتوي الصفحات من 26 إلى 29 على قائمة بالخدمات المشتركة التي تغطيها خطة الجزء "أ" والأوصاف العامة.

لمزيد من المعلومات حول الخدمات المغطاة بخطة الجزء "أ"، تفضل بزيارة Medicare.gov/coverage.

ما هو المبلغ الذي أدفعه مقابل الحصول على الخدمات المغطاة بخطة الجزء "أ"؟ يمكن تطبيق **مبالغ المشاركة في السداد أو مبلغ المشاركة التأميني أو المبلغ المقطعة** لكل خدمة مدرجة في الصفحات التالية.

إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات **Medicare** أو لديك خطة تأمين أخرى (مثل **Medigap** أو **Medicaid**) أو جهة العمل أو المتقاعد أو التغطية النقابية، فقد تكون تكاليفك التي تدفعها من جيبك مثل مبلغ المشاركة في السداد أو مبلغ المشاركة التأميني أو المبلغ المقطعة مختلفة. لمزيد من المعلومات حول التكاليف، اتصل بخطتك. يمكنك أيضاً الاتصال على الرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

الخدمات المغطاة بخطة الجزء "أ"

الدم

إذا حصل المستشفى على الدم من بنك الدم مجاناً، فلن تضطر إلى دفع ثمنه أو استبداله. إذا كان على المستشفى شراء الدم لك، فيتعين عليك إما دفع تكاليف المستشفى لأول 3 وحدات دم تحصل عليها في السنة التقويمية، أو يمكنك أنت أو شخص آخر التبرع بالدم.

خدمات الرعاية الصحية المنزلية

تغطي خطة الجزء "أ" وأو خطة الجزء "ب" مزايا الرعاية الصحية المنزلية. انتقل إلى صفحة 43.

الرعاية التلطيفية

للتأهل للحصول على الرعاية التلطيفية، يتعين على طبيب الرعاية التلطيفية وطبيبك (إذا كان لديك طبيباً) أن يشهدوا بأنك مصاب بمرض عضال، مما يعني أن متوسط العمر المتوقع لك هو 6 أشهر أو أقل. عندما توافق على الرعاية التلطيفية، فإنك توافق على رعاية الراحة (الرعاية التلطيفية) بدلاً من الرعاية لعلاج مرضك العضال. يتعين عليك أيضاً التوقيع على إفادة باختيار الرعاية التلطيفية بدلاً من العلاجات الأخرى التي تغطيها خطة برنامج Medicare لمرضك العضال والحالات ذات الصلة.

التغطية تشمل:

- جميع البنود والخدمات التي تحتاجها لتخفيف الآلام وإدارة الأعراض
- الخدمات الطبية والتمريضية والاجتماعية
- العقاقير المستخدمة لإدارة الآلام والأعراض
- المعدات الطبية المعمرة لتسكين الآلام وإدارة الأعراض
- خدمات المساعدة والتدير المنزلي
- الخدمات المغطاة الأخرى التي تحتاجها لإدارة الآلام والأعراض الأخرى، بالإضافة إلى النصح والإرشاد الروحي والنصح والإرشاد المتعلق بالحزن لك ولأسرتك

عادةً ما يتم تقديم الرعاية التلطيفية المعتمدة من برنامج Medicare في منزلك أو في مرفق أخرى تعيش فيه، مثل دار رعاية المسنين. ستستمر خطة برنامج **Medicare الأصلية** في دفع تكاليف المزايا المغطاة لأي مشاكل صحية لا تشكل جزءاً من مرضك العضال والحالات ذات الصلة، ولكن ينبعي أن تغطي الرعاية التلطيفية معظم رعايتك.

لن تدفع خطة برنامج Medicare تكاليف الإقامة والطعام لرعايتك في مرفق ما، إلا إذا قرر الفريق الطبي للرعاية التلطيفية أنك بحاجة إلى رعاية داخلية قصيرة الأجل لإدارة الآلام والأعراض الأخرى. ويتعين أن تكون هذه الرعاية في مرفق معتمد من برنامج Medicare، مثل مرفق رعاية الرعاية التلطيفية أو المستشفى أو **مرفق التمريض الماهر** الذي يتعاقد مع مقدم الرعاية التلطيفية.

التخفيف والدعم من مقدمي الرعاية

تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً الرعاية المؤقتة للمرضى الداخليين، وهي الرعاية التي تحصل عليها في مرفق معتمد من Medicare حتى يتمكن مقدم الرعاية الخاص بك (عضو الأسرة أو صديق) من الراحة. يمكنك البقاء لمدة تصل إلى 5 أيام في كل مرة تحصل فيها على رعاية مؤقتة. سيقوم مقدم الرعاية الخاص بك بترتيب هذا الأمر لك.

بعد مرور 6 أشهر، يمكنك الاستمرار في الحصول على الرعاية التلطيفية طالما أن المدير الطبي للرعاية الطبية أو طبيب الرعاية الطبية يؤكّد مرة أخرى (في مقابلة شخصية) أنك لا تزال تعاني من مرض عضال.

ستدفع:

- لا شيء للرعاية التلطيفية.
- **مبلغ مشاركة في الساد** يصل إلى 5 دولارات لكل وصفة طبية للعقاقير المستخدمة للمرضى الخارجيين لإدارة الآلام والأعراض.
- خمسة في المائة من **المبلغ المعتمد من البرنامج Medicare** لرعاية المرضى الداخليين.

سيتم تحصيل رسوم الرعاية التلطيفية من خطة برنامج Medicare الأصلية ، حتى لو كنت مشتركاً في خطة ميزات Medicare. عندما تحصل على الرعاية التلطيفية، لا يزال بإمكان خطة ميزات برنامج Medicare الخاصة بك تغطية الخدمات التي لا تشكل جزءاً من مرضك العضال أو أي حالات مرتبطة بمرضك العضال. لمعرفة المزيد عن الرعاية التلطيفية والعثور على مقدمي الخدمة المعتمدين من Medicare، اتصل بخطتك أو تفضل بزيارة Medicare.gov/care-compare

رعاية المرضى الداخليين في المستشفى

تغطي خطة برنامج Medicare الغرف شبه الخاصة، والوجبات، والتمريض العام، والعقاقير (بما في ذلك الميثادون لعلاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية)، وغيرها من خدمات ومستلزمات المستشفيات كجزء من علاجكم كمريض داخلي. يشمل ذلك الرعاية التي تتلقاها في مستشفيات رعاية الحالات الحرجة، **ومستشفيات الحالات الحرجة، ومرافق إعادة التأهيل للمرضى الداخليين، ومستشفيات الرعاية طويلة الأجل**، والرعاية النفسية في مرافق الطب النفسي للمرضى الداخليين، ورعاية المرضى الداخليين لدراسة بحثية سريرية مؤهلة. لا يشمل ذلك التمريض الخاص، أو التلفزيون، أو الهاتف في غرفتك (إذا كانت هناك رسوم منفصلة لهذه البنود)، أو بنود العناية الشخصية (مثل شفرات الحلاقة أو جوارب النعال)، أو غرفة خاصة، ما لم تكن هناك **الضرورية** طبعاً.

إذا كنت تحصل أيضاً على خطة الجزء "ب"، فإنها تغطي عادةً 80% من المبلغ المعتمد من Medicare مقابل خدمات الأطباء التي تحصل عليها أثناء وجودك في المستشفى.

في عام 2024، ستدفع:

- **الأيام 1-60** (من كل فترة الاستفادة): 0 دولار بعد أن تستوفي **المبلغ المقطوع** لخطة الجزء "أ".
- **الأيام 60-90** (من كل فترة حصول على المزايا): 408 دولار يومياً.
- **بعد اليوم 90** (من كل فترة حصول على المزايا): 816 دولار يومياً لكل **يوم احتياطي مدى الحياة** (حتى 60 يوماً طوال حياتك).

بعد استخدام جميع الأيام الاحتياطية لديك مدى الحياة، ستدفع جميع التكاليف.

يدفع الجزء "أ" فقط لمدة تصل إلى 190 يوماً من الرعاية النفسية للمرضى النفسيين الداخليين التي تتلقاها في مستشفى للأمراض النفسية مستقل طوال حياتك.

تفضل بزيارة موقع Medicare.gov لمعرفة المبالغ المدفوعة لعام 2025.

ملاحظة: يتعين على المستشفيات الآن مشاركة الرسوم القياسية لجميع بنودها وخدماتها (بما في ذلك الرسوم القياسية التي تم التفاوض عليها من خلال خطط ميزات Medicare) على موقع إلكتروني عام لمساعدتك في اتخاذ قرارات أكثر استنارة بشأن رعايتك.

هل أنا مريض داخلي أم خارجي؟

يؤثر كونك مريضاً داخلياً أو مريضاً خارجياً على المبلغ الذي تدفعه مقابل خدمات المستشفى وما إذا كنت مؤهلاً للحصول على رعاية مرافق التمريض المتخصص بموجب خطة الجزء "أ".

- يطلق عليك مريضاً داخلياً عندما يقبلك المستشفى رسميًا بأمر من الطبيب.

- يطلق عليك مريضاً خارجياً إذا كنت تحصل على خدمات الطوارئ أو الملاحظة (والتي قد تشمل الإقامة لليلة واحدة في المستشفى، أو خدمات في مرافق مرضى خارجيين)، أو اختبارات معملية، أو أشعة سينية، دون الحصول على قبول رسمي للمريض الداخلي (حتى لو قضيت الليلة في المستشفى).

في كل يوم تضطر فيه إلى البقاء في المستشفى، ينبغي لك أو لمقدم الرعاية أن تسأل المستشفى وأو طبيبك، أو الأخصائي الاجتماعي في المستشفى، أو أحد مناصري المرضى إذا كنت مريضاً داخلياً أو خارجياً.

هام! في بعض الأحيان قد ي Vick يطلبك الأطباء كمريض خارجي لأغراض الملاحظة بينما يقررون ما إذا كانوا سيقبلونك كمريض داخلي أو يخرجنك. إذا كنت تحت الملاحظة لأكثر من 24 ساعة، فيتعين على المستشفى أن يمنحك "شعار الملاحظة كمريض خارجي من برنامج Medicare" (يُطلق عليه أيضًا "MOON"). يخبرك هذا الإشعار عن سبب حصولك على خدمات الملاحظة كمريض خارجي (في المستشفى أو مستشفى الحالات الحرجة)، وكيف يؤثر ذلك على ما تدفعه في المستشفى وعن الرعاية بعد مغادرتك.

مؤسسة الرعاية الصحية الدينية غير الطبية (رعاية المرضى الداخليين)

إذا كنت مؤهلاً للحصول على رعاية كمريض داخلي في المستشفى أو في مرافق التمريض المتخصص في هذه المرافق، فسوف تغطي خطة برنامج Medicare فقط البنود والخدمات غير الدينية وغير الطبية للمرضى الداخليين، مثل الغرفة والطعام، والبنود أو الخدمات التي لا تحتاج إلى أمر أو وصفة طبية من الطبيب (مثل الضمادات غير الطبية للجروح أو استخدام مشابهة بسيطة). لا تغطي خطة برنامج Medicare الجزء الديني من هذا النوع من الرعاية.

رعاية مرافق التمريض الماهرة

تغطي خطة برنامج Medicare الرعاية المقدمة في مرافق التمريض الماهرة بعد الإقامة في المستشفى لمدة ثلاثة أيام على الأقل لأسباب **الضرورية طبياً** (لا تشمل اليوم الذي تغادر فيه المستشفى) بسبب مرض أو إصابة مرتبطة بالإقامة في المستشفى. تغطي خطة برنامج Medicare الغرف شبه الخاصة، والوجبات، وخدمات التمريض المتخصص والعلاج، وغيرها من الخدمات والمستلزمات الطبية الضرورية في **مرفق تمريض متخصص**.

للتأهل للحصول على رعاية مرافق التمريض المتخصص، يتعين على طبيبك أن يشهد بأنك بحاجة إلى رعاية متخصصة يومية (مثل السوائل الوريدية/العقاقير أو العلاج الطبيعي)، والتي، من الناحية العملية، لا يمكنك الحصول عليها إلا كمريض داخلي في مرافق التمريض المتخصص. لا تغطي خطة برنامج Medicare الرعاية طويلة الأجل غير الطبية. انتقل إلى صفحة 56.

يمكنك الحصول على رعاية تمريضية متخصصة أو علاج إذا كان ذلك ضروريًا لتحسين حالتك الحالية أو الحفاظ عليها. إذا كنت لا توافق على إخراجك، فيمكنك تقديم طعن. على سبيل المثال، إذا تم إخراجك فقط لأنك لم تتحسن، ولكنك لا تزال بحاجة إلى رعاية تمريضية متخصصة أو علاج لمنع حالتك من التدهور، فيمكنك تقديم طعن، انتقل إلى صفحة 100.

- في كل فترة حصول على مزايا (2024)، ستدفع:
- الأيام 1-20: لا شيء. ملاحظة: إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات Medicare، فقد يتم فرض رسوم مشاركة عليك خلال الأيام العشرين الأولى.
 - الأيام 21-100: 204 دولار يومياً.
 - 101 يوم فأكثر: كافة التكاليف.

ملاحظة: قد لا تحتاج إلى الإقامة في المستشفى لمدة 3 أيام على الأقل إذا كان طبيبك مشاركاً في مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO)، أو إذا تمت الموافقة على مقدم الرعاية الخاص بك للحصول على إعفاء من قاعدة الإقامة لمدة 3 أيام في مرافق التمريض المتخصص. إذا كان مقدم الرعاية الخاص بك مشاركاً في إحدى منظمات الرعاية المسؤولة (الصفحات 110-111)، فسأل عن المزايا التي قد تكون متاحة. قد تتنازل خطط ميزات Medicare أيضاً عن الحد الأدنى لمدة ثلاثة أيام. اتصل بخطتك للحصول على مزيد من المعلومات.

ما الذي تغطيه خطة الجزء "ب"؟

تساعد خطة الجزء "ب" من Medicare (التأمين الطبي) في تغطية خطة الأطباء الضرورية طبياً ورعاياً المرضى الخارجيين، والخدمات الصحية المنزلية، والمعدات الطبية المعمرة، وخدمات الصحة العقلية، والعقاقير الطبية المحدودة للمرضى الخارجيين، والخدمات الطبية الأخرى. كما تغطي خطة الجزء "ب" أيضاً العديد من الخدمات الوقائية. انتقل إلى الصفحات 30-55 للحصول على قائمة بالخدمات الشائعة التي تغطيها خدمات الجزء "ب". قد تغطي خطة برنامج Medicare بعض الخدمات والاختبارات في كثير من الأحيان أكثر من الأطر الزمنية المدرجة إذا لزم الأمر لتشخيص أو علاج حالة ما.

اكتشف ما إذا كان برنامج Medicare يغطي خدمة غير مدرجة في هذه القائمة:

[Medicare.gov/coverage](https://www.medicare.gov/coverage) 

أو اتصل على (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ما هو المبلغ الذي أدفعه مقابل الخدمات التي تغطيها خطة الجزء "ب"؟

ترد في الصفحات التالية قائمة الخدمات المغطاة بالترتيب الأبجدي. يقدم هذا الكتاب معلومات عامة حول ما تدفعه إذا كان لديك خطة برنامج Medicare الأصلية وحصلت على خدمات أطباء أو مقدمي رعاية صحية آخرين يقولون التكليف (الصفحتان 59-60). ستدفع المزيد إذا حصلت على خدمات أطباء أو مقدمي رعاية لا يقبلون التكليف. إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات Medicare أو لديك خطة تأمين أخرى (مثل Medigap أو Medicaid أو جهة العمل أو المتقادع أو التغطية النقابية)، فقد تكون تكاليفك التي تدفعها من جيبك مثل مبلغ المشاركة في السداد أو مبلغ المشاركة التأميني أو المبالغ المقطعة مختلفة. اتصل بخطتك للحصول على مزيد من المعلومات.

بموجب خطة برنامج Medicare الأصلية، إذا تم تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"، فيتعين عليك دفع جميع التكاليف (حتى المبلغ المعتمد من Medicare) حتى تستوفي المبلغ المقطوع السنوي الخاص بخطة الجزء "ب". بعد أن تستوفي المبلغ المقطوع الخاص بك، سيدفع برنامج Medicare حصته وعادةً ما تدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare (إذا قبل الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر التكليف). لا يوجد حد سنوي لما تدفعه من جيبك إذا كان لديك خطة برنامج Medicare الأصلية. قد تكون هناك حدوداً لما تدفعه إذا كان لديك تغطية تكميلية مثل Medicaid أو Medigap أو تغطية جهة العمل أو المتقادع أو التغطية النقابية.

لن تدفع شيئاً مقابل معظم الخدمات الوقائية المغطاة إذا حصلت على الخدمات من طبيب أو مقدم رعاية صحية مؤهل آخر يقبل التكليف. ومع ذلك، بالنسبة لبعض الخدمات الوقائية، قد يتعين عليك دفع مبلغ مقطوع، أو مبلغ مشاركة تأميني، أو كليهما. وقد تطبق هذه التكاليف أيضاً إذا حصلت على خدمة وقائية في نفس الزيارة مع خدمة غير وقائية.

الخدمات المغطاة بخطة الجزء "ب"

يوجد شكل التفاحة  بجوار الخدمات الوقائية في الصفحتين 30-55.

الخدمة الوقائية

فحوصات تمدد الأوعية الدموية الأبهيرية في البطن



تغطي خطة برنامج Medicare فحوصات تمدد الأوعية الدموية الأبهيرية في البطن مرة واحدة إذا كنت في خطر **فقط بحاله** من طبيبك أو مقدم رعاية صحية مؤهل آخر. تعتبر معرضًا للخطر إذا كان لديك تاريخ عائلي للإصابة بتمدد الأوعية الدموية الأبهيرية في البطن، أو إذا كنت رجلاً يتراوح عمره بين 65 و 75 عاماً وقمت بتدخين ما لا يقل عن 100 سيجارة في حياتك، لن تدفع أي شيء مقابل الفحص إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية **مؤهل آخر التكليف**.

الوخز بالإبر

تغطي خطة برنامج Medicare الوخذ بالإبر (من بين ذلك الوخذ بالإبر الجافة) لآلام أسفل الظهر المزمنة فقط.

تغطي خطة برنامج Medicare ما يصل إلى 12 زيارة للوخز بالإبر على مدار 90 يوماً لآلام أسفل الظهر المزمنة المحددة على النحو التالي:

- تستمر لمدة 12 أسبوعاً أو أكثر
- عدم وجود سبب محدد (على سبيل المثال، عدم وجود مرض يمكن تحديده مثل السرطان المنتشر، أو مرض معدى أو التهابي)
- الألم غير المرتبط بالجراحة أو الحمل

تغطي خطة برنامج Medicare ثمانية جلسات إضافية إذا أظهرت تحسناً. يمكنك الحصول على ما يصل إلى 20 علاجاً بالوخز بالإبر خلال فترة 12 شهراً. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع و مبلغ المشاركة التأميني** لخطة الجزء "ب". إذا لم تظهر أي تحسن، فلن تغطي خطة برنامج Medicare العلاجات الإضافية الثمانية.

لا يمكن لجميع مقدمي الرعاية تقديم خدمات الوخذ بالإبر، ولا يمكن لبرنامج Medicare دفع تكاليف خدمات الوخذ بالإبر المرخصة لأخصائيي الوخذ بالإبر بشكل مباشر.

التخطيط المسبق للرعاية

تغطي خطة برنامج Medicare التخطيط الطوعي للرعاية المسبقة كجزء من زيارتك السنوية لـ "الرعاية الصحية" (الصفحتان 55-54). هذا هو التخطيط للرعاية التي ستحصل عليها عندما تحتاج إلى المساعدة في اتخاذ القرارات بنفسك. وكجزء من تخطيط الرعاية المسبقة، قد تختار استكمال التوجيه المسبق. تسجل هذه الوثيقة القانونية المهمة رغباتك فيما يتعلق بالعلاج الطبي في المستقبل، إذا لم تكون قادراً على اتخاذ القرارات بشأن رعايتك. يمكنك التحدث عن التوجيه المسبق مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك، ويمكنه مساعدتك في ملء النماذج، إذا كنت تفضل ذلك.

فكر جيداً في الشخص الذي تريد أن يتحدث نيابة عنك وما هي التوجيهات التي تريد تقديمها. لديك الحق في تنفيذ خططك بالطريقة التي تختارها دون تمييز على أساس عمرك أو إعاقتك. يمكنك تحديث التوجيه المسبق الخاصة بك في أي وقت.

لن تدفع أي شيء إذا تم تقديمك جزء من الزيارة السنوية لـ "الرعاية الصحية"، ووافق طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر على التكليف.

قد تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً هذه الخدمة كجزء من علاجك الطبي. إذا لم يكن التخطيط المسبق للرعاية جزءاً من زيارتك السنوية لـ "الرعاية الصحية"، يتم تطبيق **المبلغ المقطوع و مبلغ المشاركة التأميني** لخطة الجزء "ب".

هل تحتاج إلى مساعدة في التوجيه المسبق الخاص بك؟ نفضل بزيارة Eldercare Locator على eldercare.acl.gov للعثور على المساعدة في مجتمعك.



الخدمات الوقائية الفحوصات والنصائح والإرشاد المتعلقة بتعاطي الكحول

تغطي خطة برنامج Medicare فحوصات تعاطي الكحول للبالغين (بما في ذلك النساء الحوامل) الذين يستخدمون الكحول، ولكنهم لا يستوفون المعايير الطبية للاعتماد على الكحول. إذا قرر طبيب الرعاية الأولية أو أي مقدم رعاية صحية آخر أنك تتعاطي الكحول، فيمكنك الحصول على ما يصل إلى 4 جلسات استشارية قصيرة شخصية سنويًا (إذا كنت كامل الأهلية ومتتبهاً أثناء النصح والإرشاد). يجب أن تحصل على النصح والإرشاد في مكان الرعاية الأولية، مثل عيادة الطبيب. لن تدفع شيئاً إذا قبل طبيبك الرئيسي أو أي مقدم رعاية صحية آخر التكليف.

خدمات الإسعاف

تغطي خطة البرنامج Medicare خدمة النقل البري بسيارة الإسعاف إلى المستشفى أو مستشفى الحالات الحرجة أو مستشفى الطوارئ الريفي أو مرفق التمريض المتخصص للحصول على الخدمات **الضرورية طبياً** عندما يكون السفر في أي مركبة أخرى من شأنه أن يعرض صحتك للخطر. قد تدفع خطة برنامج Medicare تكاليف النقل بسيارة الإسعاف في حالات الطوارئ في طائرة أو مروحيّة إذا كنت بحاجة إلى النقل بسيارة الإسعاف الفوريّة والسريعة التي لا تستطيع وسائل النقل البريّة توفيرها.

وفي بعض الحالات، قد تدفع خطة برنامج Medicare تكاليف النقل بسيارة الإسعاف غير الطارئة طبياً إذا كان لديك أمر مكتوب من طبيبك ينص على أن النقل بسيارة الإسعاف ضروري من الناحية الطبية. على سبيل المثال، قد يحتاج المريض الذي خرج من المستشفى إلى نقله بسيارة إسعاف ضرورية من الناحية الطبية إلى مرفق تمريض متخصص.

ستغطي خطة البرنامج Medicare فقط النقل بسيارة الإسعاف إلى أقرب مرفق طبي مناسب قادر على تقديم الرعاية التي تحتاجها.

ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"

مراكز الجراحة الخارجية

تغطي خطة البرنامج Medicare رسوم خدمات المرافق المتعلقة بالإجراءات الجراحية المعتمدة التي يتم إجراؤها في مركز جراحي خارجي (مرفق للمرضى الخارجيين يقوم بإجراء العمليات الجراحية)، ويتوقع أن يخرج المريض من المستشفى خلال 24 ساعة. باستثناء بعض **الخدمات الوقائية** (التي لا تدفع مقابلها أي شيء إذا قبل طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر التكليف)، فإنك تدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare لكل من مركز الجراحة الخارجية والطبيب الذي يعالجك. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". ستدفع جميع رسوم خدمات المرفق مقابل العمليات الجراحية التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare في مراكز الجراحة الخارجية.



التكلفة والتغطية: احصل على تقديرات التكلفة للعمليات الجراحية في مرفق المرضى الخارجيين في مركز الجراحة الخارجية:

Medicare.gov/procedure-price-lookup

جراحة السمنة

تغطي خطة برنامج Medicare بعض العمليات الجراحية لعلاج السمنة، مثل جراحة المجازة المعدية وجراحة ربط المعدة بالمنظار، عندما تستوفي شروطًا معينة تتعلق بالسمنة المفرطة. للحصول على معلومات حول التكلفة، تفضل بزيارة [.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery](https://www.Medicare.gov/coverage/bariatric-surgery)

خدمات تكامل الصحة السلوكية

إذا كنت تعاني من حالة صحية سلوكية (مثل الاكتئاب أو القلق أو حالة صحية عقلية أخرى)، فقد يدفع برنامج Medicare لمقدم الرعاية الخاص بك للمساعدة في إدارة هذه الحالة. قد يقدم بعض مقدمي الرعاية الذين يديرون حالات الصحة السلوكية خدمات رعاية متكاملة، مثل نموذج الرعاية التعاونية النفسية. هذا النموذج عبارة عن مجموعة من خدمات الصحة السلوكية المتكاملة، يشمل دعم إدارة الرعاية الذي قد يشمل:

- تخطيط الرعاية لحالات الصحة السلوكية
- التقييم المستمر لحاليك
- دعم الدواء
- النصح والإرشاد
- علاج آخر يوصي به مقدم الرعاية الخاص بك

سيطلب منك مقدم الرعاية الصحية التوقيع على اتفاقية للحصول على هذه الخدمات على أساس شهري. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"** و**مبلغ المشاركة التأميني** على رسوم الخدمة الشهرية.

الدم

إذا حصل مقدم الرعاية على الدم من بنك الدم مجاناً، فلن تضطر إلى دفع ثمنه أو استبداله. ومع ذلك، **ستدفع مبالغ مشاركة في السداد مقابل خدمات معالجة الدم ومناولته لكل وحدة دم تحصل عليها.** ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". إذا كان على مقدم الرعاية شراء الدم لك، فيتعين عليك إما دفع تكاليف المستشفى لأول 3 وحدات دم تحصل عليها في السنة التقويمية، أو يمكنك أنت أو شخص آخر التبرع بالدم.



الخدمة الوقائية قياس كثافة العظام

يساعد هذا الفحص على معرفة ما إذا كنت معرضاً لخطر الإصابة بكسر العظام. تغطي خطة برنامج Medicare هذا الفحص مرة كل 24 شهراً (أو أكثر إذا كان ذلك ضروريًا من **الضرورية طبيًا**) للأشخاص الذين يعانون من حالات طبية معينة (مثل هشاشة العظام المحتملة) أو يستوفون معايير معينة. لن تدفع أي شيء مقابل هذا الفحص إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر **التكليف**.

إعادة تأهيل القلب

تغطي خطة برنامج Medicare برامج شاملة تتضمن التمارين والتعليم والنصائح والإرشاد إذا كنت تعاني من إحدى الحالات التالية على الأقل:

- نوبة قلبية في آخر 12 شهراً
- جراحة مجازة الشريان التاجي
- ذبحة صدرية مستقرة حالياً (ألم في الصدر)
- إصلاح أو استبدال صمام القلب
- رأب الأوعية التاجية (إجراء طبي يستخدم لفتح الشريان المسدود) أو الدعامة التاجية (إجراء يستخدم لحفظ على الشريان مفتوحاً)
- عملية زرع القلب أو القلب والرئة
- قصور القلب المزمن المستقر

تغطي خطة برنامج Medicare إعاقة تأهيل القلب المنتظمة والمكثفة. تغطي خطة برنامج Medicare الخدمات المقدمة في عيادة الطبيب أو مرافق المرضى الخارجيين في المستشفى. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare إذا حصلت على الخدمات في عيادة الطبيب، بالإضافة إلى دفع مبلغ مشاركة في السداد في مرافق المرضى الخارجيين في المستشفى. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

الخدمة الوقائية

العلاج السلوكي للقلب والأوعية الدموية



تغطي خطة برنامج Medicare زيارة العلاج السلوكي للقلب والأوعية الدموية مرة واحدة كل عام مع طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو مقدم رعاية أولية مؤهل آخر في مكان الرعاية الأولية (مثل عيادة الطبيب) للمساعدة في تقليل مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. أثناء هذه الزيارة، قد يناقش طبيبك استخدام الأسبرين (إذا كان ذلك مناسباً)، وفحص ضغط الدم، وإعطائك نصائح حول تناول الطعام الجيد. لن تدفع شيئاً إذا قبل طبيبك الرئيسي أو أي مقدم رعاية صحية آخر التكليف.

الخدمة الوقائية

فحوصات أمراض القلب والأوعية الدموية



تتضمن هذه الفحوصات اختبارات الدم لمستويات الكوليسترول والدهون والدهون الثلاثية التي تساعد في الكشف عن الحالات التي قد تؤدي إلى نوبة قلبية أو سكتة دماغية. تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات الدم هذه مرة كل خمس سنوات. لن تدفع أي شيء مقابل الاختبارات إذا قبل الطبيب أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

جديد! موارد تدريب مقدمي الرعاية



تغطي خطة برنامج Medicare الآن التدريب الذي يساعد مقدم الرعاية الخاص بك على تعلم وتطوير المهارات اللازمة لرعايتك (مثل إعطاء العقاقير والرعاية المخصصة والمزيد) كجزء من خطة العلاج الخاصة بك. إذا قرر مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أن تدرب مقدم الرعاية مناسب لخطة علاجك، فيمكن لمقدم الرعاية الخاص بك الحصول على جلسات تدريبية فردية أو جماعية من مقدم الرعاية الخاص بك دون الحاجة إلى حضورك. ويتعين أن يركز التدريب على أهدافك الصحية، ويجب أن يتطلب علاجك مساعدة مقدم الرعاية للنجاح. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

الخدمة الوقائية

فحوصات سرطان عنق الرحم والمهبل



تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات مسحة باب (Pap tests) واختبارات الحوض للتحقق من سرطان عنق الرحم والمهبل. كجزء من فحص الحوض، تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً فحص الثدي السريري للتحقق من سرطان الثدي. في معظم الحالات، تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات الفحص هذه مرة كل 24 شهراً. تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات الفحص مرة كل 12 شهراً إذا كنت معرضة لخطر الإصابة بسرطان عنق الرحم أو المهبل، أو إذا كنت في سن الإنجاب وأجري لك فحص مسحة باب واضح أنه غير طبيعي في الأشهر الـ 36 الماضية.

تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً اختبارات فيروس الورم الحليمي البشري (HPV) (كجزء من اختبار مسحة باب) مرة كل 5 سنوات إذا كان عمرك بين 30 و 65 عاماً ولا تظهر عليك أعراض فيروس الورم الحليمي البشري.

لن تدفع أي شيء مقابل اختبار مسحة باب المختبري، واختبار فيروس الورم الحليمي البشري المختبري مع اختبار مسحة باب، وجمع عينة اختبار مسحة باب، واختبارات الحوض والثدي إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

العلاج الكيميائي

تغطي خطة برنامج Medicare العلاج الكيميائي في عيادة الطبيب أو العيادة المستقلة أو مرفق المرضى الخارجيين في المستشفى إذا كنت تعاني من السرطان. ستدفع **مبلغ مشاركة في السداد** مقابل العلاج الكيميائي في مرفق المرضى الخارجيين في المستشفى.

ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من Medicare** مقابل العلاج الكيميائي في عيادة الطبيب أو العيادة المستقلة. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقاطع** لخدمات الجزء "ب".

بالنسبة للعلاج الكيميائي المغطى **بالجزء "أ"** في العيادات الداخلية في المستشفى، انتقل إلى رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في الصفتين 27-28.

خدمات تقويم العمود الفقري

تغطي خطة برنامج Medicare فقط معالجة العمود الفقري لتصحيف الخلع الجزئي (عندما تفشل مفاصل العمود الفقري في الحركة بشكل صحيح ولكن الاتصال بين المفاصل يظل سليماً). ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع لخطة الجزء "ب".

خدمات إدارة الرعاية المزمنة

إذا كنت تعاني من حالتين مزمنتين خطيرتين أو أكثر (مثل التهاب المفاصل والسكري) وتتوقع أن تستمر لمدة عام على الأقل، فقد يدفع برنامج Medicare تكاليف مساعدة مقدم الرعاية الصحية لإدارة هذه الحالات. يشمل ذلك خطة رعاية شاملة تسرد مشاكلك وأهدافك الصحية وتقديمي الرعاية الآخرين والعقاقير والخدمات المجتمعية التي تحصل عليها والتي تحتاجها وغير ذلك من المعلومات الصحية. كما تشرح أيضاً الرعاية التي تحتاجها وكيفية تنسيقها.

إذا وافقت على الحصول على هذه الخدمة، فسوف يقوم مقدم الخدمة بإعداد خطة رعاية لك أو لمقدم الرعاية الخاص بك، ومساعدتك في إدارة العقاقير، وتوفير إمكانية الوصول على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع لاحتياجات إدارة الرعاية العاجلة، وتقديم الدعم لك عندما تنتقل من مرافق رعاية صحية إلى آخر، ومساعدتك في احتياجات الرعاية المزمنة الأخرى.

ستدفع رسوماً شهرية، ويتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع **والمبلغ المشارك التأميني** لخطة الجزء "ب". إذا كنت تحصل على تأمين تكميلي، بما في ذلك **Medicaid** ، فقد يساعدك ذلك في تغطية الرسوم الشهرية.

خدمات إدارة الآلام المزمنة وعلاجها

تغطي خطة برنامج Medicare الخدمات الشهرية للأشخاص الذين يعانون من الآلام المزمنة (الآلام المستمرة أو المتركرة التي تستمر لأكثر من 3 أشهر). يمكن أن تتضمن الخدمات تقييم الآلام وإدارة العقاقير وتنسيق الرعاية والتخدير. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع **والمبلغ المشارك التأميني** لخطة الجزء "ب".

الدراسات البحثية السريرية

تحتبر الدراسات البحثية السريرية مدى نجاح أنواع مختلفة من الرعاية الطبية وما إذا كانت آمنة، مثل مدى نجاح عقاقير السرطان. بالنسبة لبعض الدراسات البحثية السريرية، تغطي خطة برنامج Medicare بعض التكاليف، مثل زيارات العيادة والاختبارات. قد تدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare، وذلك اعتماداً على العلاج الذي تتفاهم. وقد يتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع لخطة الجزء "ب".

ملاحظة: إذا كنت مشركاً في **خطة ميزات برنامج Medicare**، يمكن لخطة برنامج **Medicare الأصلية** تغطية بعض التكاليف مع خطة ميزات Medicare. اتصل بخطتك للحصول على تفاصيل حول التغطية للدراسات البحثية السريرية.

خدمات التقييم الإدراكي وخطة الرعاية

عندما تزور مقدم الخدمة خاصتك (بما في ذلك زيارتك السنوية لـ "الرعاية الصحية")، فقد يقوم بإجراء تقييم إدراكي للبحث عن علامات الخرف، بما في ذلك مرض الزهايمر. تشمل علامات ضعف الإدراك صعوبة التذكر، أو تعلم أشياء جديدة، أو التركيز، أو إدارة الأموال، أو اتخاذ القرارات. يمكن أن تسبب حالات مثل الاكتئاب، والقلق، والهذيان أيضاً ارتباكاً، لذا من المهم أن تفهم سبب ظهور الأعراض لديك.

تغطي خطة برنامج Medicare زيارة منفصلة للطبيب أو مقدم الرعاية الصحية لإجراء مراجعة كاملة لوظائفك الإدراكية، وتأسيس أو تأكيد التشخيص مثل الخرف أو مرض الزهايمر، وتطوير خطة رعاية. يمكنك اصطحاب شخص معك، مثل زوجتك أو صديقك أو مقدم الرعاية، للمساعدة في تقديم المعلومات والإجابة على الأسئلة.

أثناء هذه الزيارة، قد يقوم الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية بما يلي:

- إجراء فحص، والتحدث معك حول تاريخك الطبي، ومراجعة أدويتك.
- تحديد الدعم الاجتماعي الخاص بك بما في ذلك الرعاية التي يمكن أن يقدمها لك مقدم الرعاية المعتمد.
- إنشاء خطة رعاية للمساعدة في معالجة أعراضك وإدارتها.
- مساعدتك على تطوير أو تحديث خطة الرعاية المتقدمة الخاصة بك. انتقل إلى صفحة 30-31.
- إحالتك إلى طبيب متخصص إذا لزم الأمر.
- مساعدتك على فهم المزيد حول موارد المجتمع، مثل خدمات إعادة التأهيل، وبرامج الصحة النهارية للبالغين، ومجموعات الدعم.

ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقاطع و مبلغ المشاركة التأميني لخطة الجزء "ب"**.

جديداً قد يتمكن بعض الأشخاص المصابون بالخرف وأسرهم ومقدمي الرعاية غير مدفوعي الأجر من الحصول على دعم إضافي من خلال برنامج تجريبي بعنوان "توجيه تجربة أفضل لمرضى الخرف". تحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك للحصول على مزيد من المعلومات ومعرفة ما إذا كان مشاركاً في الخدمة.



الخدمة الوقائية

فحوصات سرطان القولون والمستقيم

تغطي خطة برنامج Medicare هذه الفحوصات للمساعدة في اكتشاف النمو السرطاني أو اكتشاف السرطان في وقت مبكر، عندما يكون العلاج أكثر فعالية. قد تغطي خطة برنامج Medicare واحداً أو أكثر من اختبارات الفحص التالية:

- **حقنة الباريوم:** تغطي خطة برنامج Medicare هذا الفحص مرة كل 48 شهراً إذا كان عمرك 45 عاماً أو أكثر (أو كل 24 شهراً إذا كنت في خطر كبير) عندما يستخدمه طبيبك بدلاً من تنظير القولون السيني المرن أو تنظير القولون بالفحص. ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare** مقابل خدمات الأطباء. في مرفق المرضى الخارجيين في المستشفى، ستدفع للمستشفى أيضاً **مبلغ مشاركة في الساد**. ولا يتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع لخطة الجزء "ب".

تفضل بزيارة Medicare.gov/coverage/barium-enemas للحصول على مزيد من المعلومات.

- **فحص القولون بالمنظار:** تغطي خطة برنامج Medicare هذا الفحص مرة كل 120 شهراً (أو كل 24 شهراً إذا كنت في خطر كبير) أو بعد 48 شهراً من إجراء تنظير القولون السيني المرن السابق. لا يوجد حد أدنى للعمر. إذا أجريت في البداية اختبار فحص غير جراحي يعتمد على البراز (اختبارات الدم الخفي في البراز أو اختبار الحمض النووي متعدد الأهداف في البراز) وحصلت على نتيجة إيجابية، فإن خطة برنامج Medicare تغطي أيضاً متابعة تنظير القولون كاختبار فحص. لن تدفع أي شيء مقابل اختبارات الفحص إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر **التكليف**.

• فحص القولون السيني المرن بالمنظار: تغطي خطة برنامج Medicare هذا الفحص مرة كل 48 شهراً إذا كان عمرك 45 عاماً أو أكثر، أو بعد 120 شهراً من إجراء فحص القولون بالمنظار السابق إذا لم تكن في خطر كبير. لن تدفع أي شيء مقابل الفحص إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

إذا وجد طبيبك ورماً حميداً أو أي نسيج آخر وقام بإزالته أثناء فحص القولون أو فحص القولون السيني المرن بالمنظار، فسوف تدفع 15% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل خدمات الأطباء. في مرفق المرضى الخارجيين في المستشفى، ستدفع أيضاً للمستشفى **تأميناً مشتركاً** بنسبة 15%. لا يتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع لخطة الجزء "ب".

• اختبارات الدم الخفي في البراز: تغطي خطة برنامج Medicare اختبار الفحص هذا مرة كل 12 شهراً إذا كان عمرك 45 عاماً أو أكثر. لن تدفع أي شيء مقابل الفحص إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

• اختبارات الحمض النووي متعددة الأهداف في البراز و المؤشرات الحيوية القائمة على الدم: تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات الفحص هذه مرة كل ثلاث سنوات إذا كنت تستوفي جميع الشروط التالية:

- عمرك بين 45-85.
- لا تظهر عليك أي أعراض لمرض القولون والمستقيم بما في ذلك، على سبيل الذكر لا الحصر، آلام الجهاز الهضمي السفلية، أو وجود دم في البراز، أو فحص الدم الخفي الإيجابي في البراز أو فحص المناعة الكيميائية في البراز.
- معرض لخطر متوسط للإصابة بسرطان القولون والمستقيم، وهذا يعني:
 - ليس لديك تاريخ شخصي للإصابة بالأورام الحميدة الغذية، أو سرطان القولون والمستقيم، أو مرض التهاب الأمعاء، بما في ذلك مرض كرون والتهاب القولون التقرحي.
 - ليس لديك تاريخ عائلي للإصابة بسرطان القولون والمستقيم أو السلالات الغذية أو السلالات العائلية الغذية أو سرطان القولون والمستقيم الوراثي غير السلائلي.

اختبارات الحمض النووي في البراز متعددة الأهداف هي اختبارات معملية يمكن إجراؤها في المنزل. يتم إجراء اختبارات المؤشرات الحيوية المعتمدة على الدم في المختبر. لن تدفع أي شيء مقابل هذه الاختبارات إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

أجهزة وملحقات الضغط الهوائي الإيجابي المستمر (CPAP)

قد تغطي خطة برنامج Medicare فترة تجريبية لمدة ثلاثة أشهر لأجهزة وملحقات الضغط الهوائي الإيجابي المستمر (CPAP) إذا تم تشخيص إصابتك بانقطاع النفس الانسدادي أثناء النوم. بعد فترة التجربة، قد تستمر خطة برنامج Medicare في تغطية أجهزة وملحقات الضغط الهوائي الإيجابي المستمر (CPAP) إذا قابلت طبيبك شخصياً، وقام طبيبك بتوثيق ذلك في سجل الطبي بأنك تستوفي شروطاً معينة وأن جهاز أجهزة وملحقات الضغط الهوائي الإيجابي المستمر (CPAP) سيساعدك.

ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare لاستئجار الجهاز وشراء المستلزمات ذات الصلة (مثل الأقنعة والأنابيب). ويتم هنا تطبيق المبلغ المقاطع لخطة الجزء "ب". ستدفع خطة برنامج Medicare للمورد مقابل استئجار الجهاز لمدة 13 شهراً إذا كنت تستخدمه دون انقطاع. بعد استئجار الجهاز لمدة 13 شهراً، سيصبح ملكك.

ملاحظة: قد تغطي خطة برنامج Medicare أجهزة وأجهزة و/أو ملحقات الضغط الهوائي الإيجابي المستمر (CPAP) المستأجرة أو البديلة إذا كان لديك جهاز CPAP قبل حصولك على تغطية Medicare، وتستوفي شروط معينة.



الخدمة الوقائية

النصح والإرشاد للوقاية من تعاطي التبغ والأمراض الناجمة عن التبغ

تغطي خطة برنامج Medicare ما يصل إلى 8 زيارات شخصية خلال فترة 12 شهراً إذا كنت تتعاطى التبغ. لن تدفع أي شيء مقابل جلسات النصح والإرشاد إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر **التكليف**.

كوفيد-19 (مرض فيروس كورونا 2019)

يتعرض العديد من الأشخاص المشمولين ببرنامج Medicare لخطر أكبر للإصابة بمرض كوفيد-19 الخطير، لذلك من المهم اتخاذ الخطوات الازمة لحفظ سلامتك وسلامة الآخرين.

تغطي خطة برنامج Medicare العديد من الاختبارات والبنود والخدمات المتعلقة بمرض كوفيد-19. تحدث مع طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية خاصتك لمعرفة ما هو المناسب لك.

اللقاحات كوفيد-19:

- تساعد اللقاحات المعتمدة والمصرح بها من قبل إدارة الغذاء والدواء على تقليل خطر الإصابة بمرض كوفيد-19 من خلال العمل مع مناعات الجسم الطبيعية لتطوير المناعة (الحماية) ضد الفيروس بأمان.
- لن تدفع شيئاً مقابل الحصول على لقاح كوفيد-19 إذا وافق طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر على التكليف بإعطائك الجرعة.
- تأكد من إحضار بطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء معك عند الحصول على اللقاح حتى يتمكن مقدم الرعاية الصحية أو الصيدلية من تحصيل رسوم Medicare. إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات Medicare، فيجب عليك استخدام البطاقة من خطتك للحصول على الخدمات التي تغطيها خطة برنامج Medicare. لن تدفع شيئاً عند الحصول على اللقاح من مقدم خدمة داخل الشبكة. تحقق من خطتك للحصول على مزيد من المعلومات.

الاختبارات المعملية التشخيصية:

- هذه الاختبارات تساعد على معرفة ما إذا كنت مصاباً بفيروس كوفيد-19.
- لن تدفع شيئاً عندما يطلب مقدم الرعاية الصحية هذا الفحص وتحصل عليه من مختبر أو صيدلية أو طبيب أو مستشفى قبل الرعاية الطبية.
- إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات Medicare، فتأكد من خطتك لمعرفة ما إذا كنت ستدفع أي تكاليف إضافية.

العلاجات ومنتجات الأجسام المضادة وحيدة النسيلة:

- يمكن أن تساعد هذه العلاجات المعتمدة أو المصرح بها من قبل إدارة الغذاء والدواء في مكافحة المرض وإيقائك خارج المستشفى. يجب أن تكون نتيجة اختبارك إيجابية لفيروس كوفيد-19، وأن يكون لديك أعراض خفيفة إلى متوسطة، وأن تكون معرضاً لخطر كبير للتقدم إلى حالة شديدة من كوفيد-19، وأو الحاجة إلى دخول المستشفى.
- ستغطي خطة برنامج Medicare الأصلية علاجات الأجسام المضادة وحيدة النسيلة إذا كنت تعاني من أعراض كوفيد-19.
- لن تدفع أي شيء مقابل هذه العلاجات عندما تحصل عليها من أحد مقدمي أو موردي الرعاية الطبية. يجب عليك أن تستوفي شروط معينة للتأهل. إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات Medicare، فتواصل مع خطتك بشأن التغطية والتكاليف.

ملاحظة: يمكن لبعض منتجات الأجسام المضادة وحيدة النسيلة المعتمدة أو المصرح بها من قبل إدارة الغذاء والدواء أن تحميك قبل التعرض لفيروس كوفيد-19. إذا كنت مشتركاً في خطة الجزء "B" وقرر طبيبك أن هذا النوع من المنتج قد يناسبك (مثل إذا كان لديك جهاز مناعة ضعيف)، فلن تدفع شيئاً مقابل المنتج عندما تحصل عليه من أحد مقدمي الخدمات أو موردي Medicare.

احصل على مزيد من المعلومات

- لمعرفة المزيد عن هذه الخدمات المغطاة، تفضل بزيارة [Medicare.gov/medicare](https://www.Medicare.gov/medicare)-[coronavirus](https://www.coronavirus.gov).
- لمعرفة المزيد عن كوفيد-19، تفضل بزيارة [CDC.gov/coronavirus](https://www.CDC.gov/coronavirus).

أجهزة تنظيم ضربات القلب

قد تغطي خطة برنامج Medicare جهاز تنظيم ضربات القلب القابل للزرع إذا تم تشخيص إصابتك بقصور في القلب. إذا أجريت الجراحة في أحد مرافق المرضى الخارجيين، فستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل الحصول على خدمات الأطباء. ستدفع أيضًا مبلغ مشاركة في السداد. في معظم الحالات، لا يمكن أن يكون مبلغ المشاركة في السداد أكبر من **المبلغ المقطوع للإقامة في المستشفى بموجب خطة الجزء "أ"**. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". تغطي خطة الجزء "أ" العمليات الجراحية لزرع أجهزة تنظيم ضربات القلب في مرفق المرضى الداخليين في المستشفى. انتقل إلى رعاية المرضى الداخليين في المستشفى في الصفحتين 27-28.

الخدمة الوقائية فحص الاكتئاب

تغطي خطة برنامج Medicare فحصاً واحداً للاكتئاب سنويًا. يجب أن يتم إجراء الفحص في مرفق للرعاية الأولية (مثل عيادة الطبيب) الذي يمكنه توفير متابعة العلاج وأو **الإحالات**. لن تدفع أي شيء مقابل هذا الفحص إذا قبل طبيبك التكليف.

إذا كنت أنت أو شخص تعرفه يعاني من مشاكل أو أزمة ويرغب في التحدث إلى مستشار أزمات مدرب، فاتصل أو أرسل رسالة نصية على الرقم 988، وهو خط المساعدة المجاني والسري للانتحار والأزمات. يمكنك أيضًا التواصل مع مستشار عبر الدردشة على الويب على [988lifeline.org](https://www.988lifeline.org).

المعدات والمستلزمات والأدوية العلاجية لمرضى السكري

تغطي خطة برنامج Medicare أجهزة قياس ومراقبة الجلوکوز المستمرة المستخدمة لتقدير نسبة الجلوکوز في الدم (مستوى السكر في الدم) والمستلزمات ذات الصلة، بما في ذلك شرائط الاختبار، والمشارط، وحاملات المشارط، والمستشعرات، ومحاليل التحكم. كما تغطي خطة برنامج Medicare أيضًا الأنابيب ومجموعات الإدخال والأنسولين للمرضى الذين يستخدمون مضخات الأنسولين، والمستشعرات، وأجهزة الإرسال والاستقبال للمرضى الذين يستخدمون أجهزة مراقبة الجلوکوز المستمرة. بالإضافة إلى ذلك، تغطي خطة برنامج Medicare زوجاً واحداً من الأذنья والنعال الإضافية أو المخصصة سنويًا للأشخاص الذين يعانون من مشاكل محددة في القدم مرتبطة بمرض السكري.

ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من قبل برنامج Medicare إذا وافق المورد الخاص بك على التكليف. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

هام! قد تغطي خدمة تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") الأنسولين الذي تحققه بنفسك، وبعض المستلزمات الطبية المستخدمة لحقن الأنسولين (مثل المحافظ)، والمضخات التي تستخدم لمرة واحدة، وبعض عقاقير السكري المأخوذة عن طريق الفم. تتحقق من خطتك للحصول على مزيد من المعلومات. يقتصر سعر إمدادات شهر واحد من كل منتج من منتجات الأنسولين المغطاة على 35 دولار. انتقل إلى صفحة 88. تطبق حدود مماثلة على التكاليف بالنسبة للأنسولين التقليدي المستخدم في مضخات الأنسولين المغطاة بالجزء "ب".

الخدمة الوقائية فحوصات مرض السكري

تغطي خطة برنامج Medicare ما يصل إلى فحصين مخبريين لنسبة الجلوکوز في الدم (سكر الدم) (صائم أو غير صائم) كل عام إذا قرر طبيبك أنك معرض لخطر الإصابة بمرض السكري. لن تدفع أي شيء مقابل الفحص إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.



الخدمة الوقائية

التدريب على إدارة مرض السكري ذاتياً

تغطي خطة برنامج Medicare التدريب على إدارة مرض السكري ذاتياً للمرضى الخارجيين لتعليمك كيفية التعامل مع مرض السكري وإدارته. قد يتضمن البرنامج نصائح لتناول الطعام الصحي، والنشاط البدني، ومراقبة نسبة السكر في الدم، وتناول وعاقفiro الوصفة الطبية، وتقليل المخاطر. ويتعين أن يكون قد تم تشخيصك بمرض السكري وأن تحصل على أمر مكتوب من طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر. وقد يكون بعض المرضى مؤهلين أيضاً للحصول على خدمات العلاج الغذائي الطبي (صفحة 45). ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطعلخطة الجزء "ب".

ملاحظة: قد تتمكن من الحصول على التدريب على إدارة مرض السكري ذاتياً من طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر موجود في مكان آخر باستخدام تقنية الاتصال الصوتي والفيديو، مثل هاتفك أو جهاز الحاسوب الخاص بك. تفضل بزيارة adces.org/program-finder للعثور على البرامج المعتمدة بالقرب منك.

خدمات الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين

تغطي خطة برنامج Medicare خدمات الأطباء **الضرورية طبياً** (بما في ذلك خدمات رعاية المرضى الداخليين وبعض خدمات الأطباء لرعاية المرضى الداخليين في المستشفيات) ومعظم **الخدمات الوقائية**. تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً الخدمات التي تحصل عليها من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين، مثل المساعدين الطبيين، وممارسي التمريض، ومتخصصي التمريض السريري، والأخصائيين الاجتماعيين السريريين، وأخصائيي العلاج الطبيعي، وأخصائيي العلاج المهني، وأخصائيي أمراض النطق واللغة، والأطباء النفسيين السريريين. وباستثناء بعض الخدمات الوقائية (التي قد لا تدفع أي شيء مقابلها إذا قبل طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر **التكليف** بها)، ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل الحصول على معظم الخدمات. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطعلخطة الجزء "ب".

هام! إذا لم تتقى أي خدمات من طبيبك أو مجموعتك الطبية خلال السنوات الثلاث الماضية، فقد يعتبرونك مريضاً جيداً. استشر الطبيب أو المجموعة الطبية لمعرفة ما إذا كانوا يقبلون مرضى جدد.

العقاقير

تغطي خطة الجزء "ب" عدداً محدوداً من عقاقير الوصفة الطبية للمرضى الخارجيين، مثل:

- معظم العقاقير التي تؤخذ عن طريق الحقن العضلي أو الوريدي عندما يقدمها مقدم رعاية طيبة مرخص
- بعض العقاقير المضادة للسرطان التي تؤخذ عن طريق الفم
- العقاقير التي تستخدم مع بعض أنواع المعدات الطبية المعمرة (مثل البخاخات أو مضخة التسريب الخارجية)
- الجلوبولين المناعي الوريدي للاستخدام في المنزل
- بعض العقاقير التي تحصل عليها في مرفق المرضى الخارجيين في المستشفى (في ظروف محدودة للغاية)
- معظم عقاقير غسيل الكلى والمنتجات البيولوجية (صفحة 44)

ملاحظة: فيماعدا الأمثلة المذكورة أعلاه، ستدفع 100% مقابل معظم العقاقير، ما لم يكن لديك تغطية عقاقير Medicare (الجزء "د") أو تغطية عقاقير أخرى. انتقل إلى الصفحتان 79-90 للحصول على مزيد من المعلومات حول تغطية العقاقير من Medicare.

بالنسبة لبعض العقاقير التي تُستخدم مع مضخة التسريب الخارجية، وبالنسبة للجلوبولين المناعي الوريدي للاستخدام في المنزل، قد تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً الخدمات (مثل زيارات التمريض) بموجب مزايا العلاج بالتسريب في المنزل ومزايا الجلوبولين المناعي الوريدي (صفحة 44). تغطي خطة الجزء "ب" أيضاً بعض العقاقير التي تؤخذ عن طريق الحقن أو الزرع لعلاج اضطراب تعاطي المخدرات عندما يقوم مقدم الخدمة بإعطائها في عيادة الطبيب أو في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل هذه العقاقير. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخدمات الجزء "ب". لن تضطر إلى دفع أي مدفوعات مشتركة مقابل هذه الخدمات إذا حصلت عليها من برنامج علاج المواد الأفيونية المسجل في برنامج Medicare (صفحة 47).

يجب على الأطباء والصيادليات قبول **التكليف** بالعقاقير المغطاة بالجزء "ب"، لذلك ينبغي لا يطلب منك أبداً دفع مبلغ أكبر من **مبلغ المشاركة التأميني** أو مبلغ المشاركة في السداد المخصص للعقار المغطى بالجزء "ب" نفسه.

هام! يمكن أن يتغير مبلغ المشاركة التأميني الخاص بك اعتماداً على سعر العقار الموصوف طيباً لك. قد تدفع مبلغاً أقل من مبلغ المشاركة التأميني لبعض العقاقير والمستحضرات البيولوجية المغطاة بخطة الجزء "ب" عند الحصول عليها في عيادة الطبيب أو الصيدلية، أو في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى، إذا ارتفعت أسعارها إلى ما يتجاوز معدل التضخم. تتغير العقاقير المحددة والوفرات المحتملة كل ربع سنة.

إذا كانت العقاقير المغطاة بخطة الجزء "ب" التي تحصل عليها في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى جزءاً من خدمات مرافق المرضى الخارجيين المقدمة لك، فسوف تدفع مبلغ مشاركة في السداد مقابل الخدمات المقدمة لك. لا تغطي خطة الجزء "ب" "العقاقير التي يتم تناولها ذاتياً" في مرافق المرضى الخارجيين في المستشفى. "العقاقير التي يتم تناولها ذاتياً" هي العقاقير التي تتناولها عادةً بنفسك.

يعتمد ما تدفعه مقابل العقاقير التي تتناولها بنفسك في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى على ما إذا كان لديك تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") أو تغطية عقاقير أخرى، وما إذا كانت صيدلية المستشفى مدرجة ضمن شبكة خطة العقاقير الخاصة بك. إذا كان لديك تغطية عقاقير أخرى، فقد تغطي خطة العقاقير الخاصة بك العقاقير التي قد لا تغطيها خطة الجزء "ب". اتصل بخطة العقاقير الخاصة بك لمعرفة ما تدفعه عندما لا تغطي خطة الجزء "ب" العقاقير التي تحصل عليها في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى.

المعدات الطبية المعمرة (DME)

تغطي خطة برنامج Medicare المعدات **الضرورية طبياً** مثل الأكسجين ومعدات الأكسجين، والمشابكات، وأسرة المستشفيات عندما يطلبها طبيب مسجل في Medicare أو مقدم رعاية صحية آخر استخدامها في المنزل. ستضطر إلى استئجار معظم المعدات، ولكن يمكنك أيضاً شراؤها. تصبح بعض المعدات ملكاً لك بعد أن تقوم بسداد عدد من أقساط الإيجار. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

تأكد من أن أطبائك وموردي المعدات الطبية المعمرة (**DME**) مسجلون في برنامج Medicare. من الضروري أن تسأل مورديك عما إذا كانوا يشاركون في برنامج Medicare قبل حصولك على المعدات الطبية المعمرة (**DME**). إذا كان الموردون مشاركين في برنامج Medicare، فيتعين عليهم قبول التكليف (وهذا يعني أنه يمكنهم تحصيل رسوم مبلغ المشاركة التأميني والمبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب" فقط المبلغ المعتمد من Medicare). إذا لم يشارك موردو المعدات الطبية المعمرة (**DME**) ولم يقبلوا التكليف، فقد يتعين عليك دفع التكفة الكاملة للمعدات الطبية المعمرة (**DME**).

فحوصات مخططات كهربائية القلب (تسمى ECG أو EKG)

تغطي خطة برنامج Medicare فحوصات مخططات كهربائية القلب الروتينية التي تسمى ECG أو EKG إذا حصلت على **حالة** من طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر أثناء زيارتك لمرة واحدة لـ "مرحبا بك في Medicare" (صفحة 54). بعد استيفاء المبلغ المقطوع الخاص بخطة الجزء "ب"، ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare**. تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً مخططات كهربائية القلب التي تسمى ECG أو EKG كاختبارات تشخيصية (صفحة 52). ستدفع أيضاً **مبلغ مشاركة في السداد** إذا أجريت الاختبار في مستشفى أو عيادة مملوكة للمستشفى.

خدمات قسم الطوارئ

تغطي خطة برنامج Medicare هذه الخدمات عندما تتعرض لإصابة، أو مرض مفاجئ، أو مرض يتفاقم بسرعة كبيرة. ستدفع مبلغ مشاركة في السداد إضافي مقابل كل زيارة لقسم الطوارئ و20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل خدمات الأطباء. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". إذا أدخلك طبيبك إلى نفس المستشفى كمريض داخلي، فقد تختلف تكاليفك.

الزيارات الإلكترونية

تغطي خطة برنامج Medicare الزيارات الإلكترونية للسماح لك بالتحدث مع مقدم الخدمة الخاص بك باستخدام بوابة المريض عبر الإنترنت دون الحاجة إلى الذهاب إلى مكتب مقدم الخدمة. مقدمو الخدمات الذين يمكنهم تقديم هذه الخدمات يشملون الأطباء، وممارسي التمريض، وأخصائيي التمريض السريري، ومساعدي الأطباء، والمعالجين الفيزيائين، والمعالجين المهنيين، وأخصائيي أمراض النطق واللغة، وعندما يتعلق الأمر بالرعاية الصحية العقلية، والأخصائيين الاجتماعيين السريريين المرخصين، والأطباء النفسيين السريريين، وأخصائيي الزواج والعلاقات الأسرية، ومستشاري الصحة العقلية.

للحصول على زيارة إلكترونية، يتبعن عليك طلبها من طبيبك أو مقدم خدمة آخر. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل الحصول على خدمات من طبيبك أو مقدم الخدمة الآخر. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

النظارات الطبية

تغطي خطة برنامج Medicare نظارة واحدة طبية ذات إطارات قياسية (أو مجموعة واحدة من العدسات اللاصقة) بعد كل جراحة إزالة الساد التي يتم فيها زرع عدسة داخل العين. ستدفع خطة برنامج Medicare ثمن العدسات اللاصقة أو النظارات الطبية فقط من المورد المسجل في Medicare، سواء قمت أنت أو مقدم الخدمة الخاص بك بتقديم المطالبة. بعد استيفاء المبلغ المقطوع الخاص بخطة الجزء "ب"، ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل العدسات التصحيحية بعد جراحة إزالة الساد التي يتم فيها زرع عدسة داخل العين.

خدمات المراكز الصحية المؤهلة اتحاديًا

توفر خدمات المراكز الصحية المؤهلة اتحاديًا العديد من خدمات الرعاية الأولية للمرضى الخارجيين وخدمات الصحة الوقائية. لا يوجد مبلغ مقطوع، وعادةً ما تدفع 20% من الرسوم أو المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. لن تدفع شيئاً مقابل معظم **الخدمات الوقائية**. قد تقدم المراكز الصحية المؤهلة اتحاديًا خصومات إذا كان ذلك محدوداً. تفضل بزيارة findahealthcenter.hrsa.gov للعثور على مركز صحي بالقرب منك.



تغطي خطة برنامج Medicare لقاح (أو تطعيم) الإنفلونزا الموسمية. لن تدفع أي شيء مقابل الحصول على لقاح الإنفلونزا إذا وافق طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر على **التكليف** بإعطائك اللقاح.

الغاية بالقدم

تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات أو علاجات القدم السنوية إذا كنت تعاني من تلف في أعصاب أسفل الساق مرتبطة بمرض السكري والذي يمكن أن يزيد من خطر فقدان الأطراف، أو إذا كنت بحاجة إلى علاج **الضرورية طبياً** لاصابات أو أمراض القدم، مثل إصبع المطرقة، وتشوهات الإبهام، وتنواعات الكعب. ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare** مقابل العلاج اللازم طبياً والذي يوافق عليه طبيبك. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". ستدفع أيضاً مبلغ مشاركة في السداد مقابل العلاج اللازم طبياً الذي تحصل عليه في مرفق المرضى الخارجيين في المستشفى.

الخدمة الوقائية فحوصات الجلوكوما

تغطي خطة برنامج Medicare هذا الفحص مرة كل 12 شهراً إذا كنت معرضاً لخطر كبير للإصابة بمرض جلوكوما العين. أنت معرض لخطر كبير إذا كنت مصاباً بمرض السكري، أو لديك تاريخ عائلي للإصابة بالجلوكوما، أو كنت من أصل أفريقي وعمرك 50 عاماً أو أكثر، أو كنت من أصل إسباني وعمرك 65 عاماً أو أكثر. يتبعن على طبيب العيون المصحح له قانوناً بإجراء فحوصات الجلوكوما في ولايتك أن يقوم بإجراء الفحص أو الإشراف عليه. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع** لخطة الجزء "ب". ستدفع أيضاً **مبلغ مشاركة في السداد** في مرفق المرضى الخارجيين بالمستشفى.

اختبارات السمع والتوازن

تغطي خطة برنامج Medicare هذه الاختبارات التشخيصية إذا طلبها طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى علاج طبي.

يمكنك زيارة أخصائي السمع مرة كل 12 شهراً دون طلب من طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر ، ولكن فقط في حالة حدوث حالات سمع غير حادة (مثل فقدان السمع الذي يحدث على مدى سنوات عديدة) وللحصول على خدمات التشخيص المتعلقة بفقدان السمع الذي يتم علاجه بأجهزة سمع مزروعة جراحياً.

ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". ستدفع أيضاً مبلغ مشاركة في السداد في مرفق المرضى الخارجيين بالمستشفى.

ملاحظة: لا تغطي خطة برنامج Medicare أجهزة السمع أو الاختبارات الازمة لتركيب أجهزة السمع.

الخدمة الوقائية لقاحات التهاب الكبد B

تغطي خطة برنامج Medicare هذه اللقاحات (أو التطعيمات) إذا كنت معرضاً لخطر متوسط أو مرتفع للإصابة بالتهاب الكبد B. وتشمل بعض عوامل الخطر الهيروفيلا، ومرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD)، ومرض السكري، والعيش مع شخص مصاب بالتهاب الكبد B، أو العمل كمقدم رعاية صحية يكون على اتصال متكرر بالدم أو سوائل الجسم. استشر طبيبك لمعرفة ما إذا كنت معرضاً لخطر متوسط أو مرتفع للإصابة بالتهاب الكبد B. لن تدفع أي شيء مقابل اللقاح إذا وافق طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر على **التكليف** بإعطائك اللقاحات.

الخدمة الوقائية فحوصات فيروس التهاب الكبد B

تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات فحص فيروس التهاب الكبد B إذا طلب طبيبك ذلك. تغطي خطة

برنامجه Medicare أيضاً اختبارات الفحص التالية:

- سنوياً، فقط إذا كنت معرضاً لخطر مستمر ولا تحصل على لقاح التهاب الكبد B.

- إذا كنت حاملاً:

- في الزيارة الأولى قبل الولادة لكل حمل
- في وقت الولادة للنساء اللواتي يتعرضن لعامل خطر جديد أو مستمرة
- في أول زيارة ما قبل الولادة للحمل في المستقبل، حتى لو كنت قد حصلت سابقاً على لفاح التهاب الكبد B أو كانت نتائج فحص التهاب الكبد B سلبية

لن تدفع أي شيء مقابل اختبار الفحص إذا وافق الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية على التكليف.



الخدمة الوقائية

فحوصات فيروس التهاب الكبد الوبائي سي

تغطي خطة برنامج Medicare اختبار فحص واحد لالتهاب الكبد الوبائي سي إذا كنت تستوفي أحد الشروط التالية:

- معرض لخطر كبير لأنك تتعاطى أو تعاطيت المواد المخدرة غير المشروعة عن طريق الحقن.
- أجريت لك عملية نقل دم قبل عام 1992.
- ولدت بين عامي 1945 و1965.

تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً اختبارات الفحص المتكررة سنوياً إذا كنت معرضاً لخطر كبير.

ستغطي خطة برنامج Medicare فحص التهاب الكبد الوبائي سي فقط إذا طلب مقدم الرعاية الصحية الخاص بك ذلك. لن تدفع أي شيء مقابل الفحص إذا قبل طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.



الخدمة الوقائية

فحوصات فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)

تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) مرة واحدة سنوياً إذا كان عمرك:

- بين 15-65.
- أقل من 15 عاماً أو أكبر من 65 عاماً، ومعرض لخطر متزايد.

تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً هذا الفحص حتى ثلاثة مرات أثناء الحمل.

لن تدفع أي شيء مقابل اختبار فحص فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) إذا قبل طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

خدمات الرعاية الصحية المنزلية

تغطي خطة برنامج Medicare خدمات الرعاية الصحية المنزلية بموجب خطة الجزء "أ" وأو الجزء "ب".

وتغطي خطة برنامج Medicare الرعاية التمريضية المتخصصة بدوام جزئي أو متقطع **الضرورية طبياً**، أو العلاج الطبيعي، أو خدمات أمراض النطق واللغة، أو خدمات العلاج المهني المستمر. قد تشمل خدمات الرعاية الصحية المنزلية أيضاً الخدمات الاجتماعية الطبية، وخدمات المساعدة الصحية المنزلية بدوام جزئي أو متقطع، والمعدات الطبية المعمرة، واللوازم الطبية للاستخدام في المنزل. خدمات الرعاية "بدوام جزئي أو متقطع" تعني أنه قد يكون بإمكانك الحصول على رعاية تمريضية متخصصة وخدمات مساعد صحي منزلي إذا تم تقديمها أقل من 8 ساعات يومياً أو أقل من 28 ساعة أسبوعياً (أو ما يصل إلى 35 ساعة أسبوعياً في بعض الحالات المحددة). يتعين على الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر (ممرض ممارس مثلاً) تقييمك شخصياً قبل الشهادة بأنك بحاجة إلى خدمات الرعاية الصحية المنزلية. يجب أن يطلب الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر الرعاية الخاصة بك، ويجب أن توفرها وكالة الرعاية الصحية المنزلية المعتمدة من برنامج Medicare.

- تغطي خطة برنامج Medicare خدمات الرعاية الصحية المنزلية طالما كنت بحاجة إلى خدمات متخصصة بدوام جزئي أو متقطع وطالما كنت "مقيماً في المنزل"، مما يعني أنه:
- لديك صعوبة في مغادرة منزلك دون مساعدة (مثل استخدام عصا، أو كرسي متحرك، أو مشاية، أو عكازات؛ أو وسائل نقل خاصة؛ أو مساعدة من شخص آخر) بسبب المرض أو الإصابة.
 - لا يُنصح بمغادرة منزلك بسبب حالتك.
 - لا تتمكن عادةً من مغادرة منزلك لأن ذلك يتطلب جهداً كبيراً.

لن تدفع شيئاً مقابل خدمات الرعاية الصحية المنزلية المغطاة. ومع ذلك، بالنسبة للمعدات الطبية المعمرة المغطاة من قبل برنامج Medicare، ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare**. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع لخدمات الجزء "ب"**.

خدمات العلاج بالتسريب في المنزل والمعدات واللوزام

تغطي خطة برنامج Medicare المعدات والمستلزمات (مثل المضخات، وأعمدة الوريد، والأنابيب، والقسطرة) الخاصة بالعلاج بالتسريب في المنزل لإعطاء بعض عقاقير التسريب الوريدي، مثل الجلوبيولين المناعي الوريدي، في المنزل. تغطي خطة برنامج Medicare بعض المعدات واللوزام (مثل مضخة التسريب) وعقارات التسريب ضمن المعدات الطبية المعمرة (صفحة 40). تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً الخدمات (مثل زيارات التمريض)، والتدريب لمقدمي الرعاية، وملاحظة المريض. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل هذه الخدمات والمعدات والمستلزمات التي تستخدمها في منزلك.

خدمات ومستلزمات غسيل الكلى

بشكل عام، تغطي خطة برنامج Medicare ثلات علاجات غسيل الكلى (أو ما يعادلها من غسيل الكلى البريتوني المستمر) أسبوعياً إذا كنت مصاباً بمرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD). ويشمل ذلك عقاقير غسيل الكلى والمنتجات البيولوجية، والاختبارات المعملية، والتدريب على غسيل الكلى في المنزل، وخدمات الدعم، والمعدات والمستلزمات. ويعتبر مرفق غسيل الكلى هو المسؤول عن تنسيق خدمات غسيل الكلى الخاصة بك (في المنزل أو في المرفق). ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"**.

التحق بأمراض الكلى

تغطي خطة برنامج Medicare ما يصل إلى 6 جلسات من خدمات التثقيف حول أمراض الكلى إذا كنت مصاباً بمرض الكلى المزمن في المرحلة الرابعة والذي يتطلب عادةً غسيل الكلى أو زرع الكلى، وأحالك طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر إلى الخدمة. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare لكل جلسة إذا حصلت على الخدمة من طبيب أو مقدم خدمة. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"**.

الاختبارات المعملية

تغطي خطة برنامج Medicare الاختبارات المعملية التشخيصية السريرية **الضرورية طبيباً** عندما يطلبها طبيبك أو مقدم الخدمة الخاص بك. قد تشمل هذه الاختبارات بعض اختبارات الدم، وتحليل البول، وبعض الاختبارات على عينات الأنسجة، وبعض اختبارات الفحص. في العادة، لا تدفع أي شيء مقابل هذه الاختبارات.



الخدمة الوقائية

فحوصات سرطان الرئة

تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات فحص سرطان الرئة باستخدام التصوير المقطعي المحوسب بجرعة منخفضة مرة واحدة سنويًا إذا كنت تستوفي الشروط التالية:

- عمرك 50-77.
- لا تعاني من علامات أو أعراض سرطان الرئة (لا تظهر عليك أي أعراض).
- سواء كنت مدخن حالي أو أقلعت عن التدخين خلال السنوات الخمس عشرة الماضية.
- لديك تاريخ تدخين للتبغ لمدة لا تقل عن 20 "سنة" (بمعدل علبة واحدة - 20 سيجارة - يومياً لمدة 20 عاماً).
- حصلت على أمر من طبيبك.

لن تدفع أي شيء مقابل هذا الفحص إذا وافق طبيبك على **التكليف**.

قبل إجراء أول فحص لسرطان الرئة، ستحتاج إلى تحديد موعد مع مقدم الرعاية الصحية لمناقشة مزايا ومخاطر فحص سرطان الرئة لتقرر ما إذا كان الفحص مناسباً لك أم لا.

مواد علاج ضغط الونمة المفاجئة

إذا تم تشخيص إصابتك باللونمة المفاجئة، فقد تغطي خطة برنامج Medicare تكاليف الملابس الضاغطة المتدرجية الموصوفة لك (القياسية والمخصصة). ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare**. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطعي لخطة الجزء "ب"**.



الخدمة الوقائية

تصوير الثدي بالأشعة السينية

تغطي خطة برنامج Medicare فحص تصوير الثدي بالأشعة السينية للتحقق من سرطان الثدي مرة كل 12 شهراً إذا كنت امرأة تبلغ من العمر 40 عاماً أو أكثر. تغطي خطة برنامج Medicare تصوير الثدي بالأشعة السينية الأساسية إذا كنت امرأة يتراوح عمرك بين 35 و39 عاماً. لن تدفع أي شيء مقابل الفحص إذا قبل الطبيب أو أي مقدم رعاية صحية مؤهل آخر التكليف.

يغطي الجزء "ب" أيضاً تصوير الثدي التشخيصي لأكثر من مرة في السنة عندما يكون ذلك **الضرورية طبياً**. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل تصوير الثدي بالأشعة السينية التشخيصي. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطعي لخدمات الجزء "ب"**.

ملاحظة: تغطي خطة برنامج Medicare الموجات فوق الصوتية للثدي **الضرورية طبياً** فقط عندما يطلبها طبيبك أو مقدم الخدمة.



الخدمة الوقائية

خدمات العلاج الغذائي الطبي

تغطي خطة برنامج Medicare خدمات العلاج الغذائي الطبي إذا كنت تعاني من مرض السكري أو أمراض الكلى، أو إذا أجريت لك عملية زرع كلية خلال آخر 36 شهراً وأحالك طبيب للحصول على الخدمات لا يمكن إلا للأخصائي التغذية المسجل أو أخصائي التغذية الذي يستوفي متطلبات معينة تقديم خدمات العلاج الغذائي الطبي. إذا كنت مصاباً بمرض السكري، فقد تكون مؤهلاً أيضاً للحصول على تدريب على إدارة مرض السكري بنفسك (صفحة 39). لن تدفع أي شيء مقابل خدمات العلاج الغذائي الوقائي لأن المبلغ المقطعي **والمشاركة التأمينية** لا ينطبقان.

برنامج الوقاية من مرض السكري من Medicare

إذا كنت في مرحلة ما قبل السكري وتستوفي متطلبات الأهلية الأخرى، فإن خطة برنامج Medicare تغطي برنامج تغيير السلوك الصحي مرة واحدة في العمر لمساعدتك على الوقاية من مرض السكري من النوع 2. يبدأ البرنامج بـ 16 جلسة أساسية أسبوعية بقيادة المدربين في إطار جماعي على مدى 6 أشهر. بمجرد إكمال الجلسات الأساسية، ستحصل على 6 جلسات متتابعة شهرية لمساعدتك في الحفاظ على عادات صحية. يمكنك حضور الجلسات شخصياً، أو افتراضياً، أو كليهما.

يمكنك الحصول على هذه الخدمات من أحد موردي برنامج الوقاية من مرض السكري التابع لبرنامج Medicare المعتمدين. وقد يكون هؤلاء الموردون عبارة عن مقدمي رعاية صحية تقليديين أو منظمات مثل المراكز المجتمعية أو المنظمات الدينية. للثبور على مورد أو معرفة المزيد عن البرنامج، تفضل بزيارة [Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program](https://www.Medicare.gov/coverage/medicare-diabetes-prevention-program).

إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات Medicare، فاتصل بخطلك لمعرفة مكان الحصول على هذه الخدمات.

رعاية الصحة العقلية (المرضى الخارجيين)

تغطي خطة برنامج Medicare خدمات الرعاية الصحية العقلية للمساعدة في حالات مثل الاكتئاب والقلق. وتسمى هذه الزيارات غالباً بالنصح والإرشاد أو العلاج النفسي، ويمكن إجراؤها بشكل فردي، أو في جلسات العلاج النفسي الجماعي أو الأسري، وفي حالات الأزمات. تشمل التغطية الخدمات المقدمة بشكل عام في مرفق المرضى الخارجيين (مثل عيادة الطبيب أو مقدم رعاية صحية آخر، أو قسم المرضى الخارجيين بالمستشفيات، أو عن طريق الطبيب عن بعد)، بما في ذلك الزيارات إلى طبيب نفسي أو طبيب آخر، أو طبيب نفسي سريري، أو مرض سريري متخصص، أو أخصائي اجتماعي سريري، أو ممرض ممارس، أو مساعد طبيب.

تشمل رعاية الصحة العقلية المغطاة من برنامج Medicare ما يلي:

- الخدمات التي يقدمها أخصائي الزواج والعلاقات الأسرية ومستشارو الصحة العقلية.
- خدمات الاستشفاء الجزئي التي يقدمها مركز الصحة العقلية المجتمعي أو المستشفى للمرضى الخارجيين. يقدم هذا البرنامج اليومي المنظم خدمات الطب النفسي للمرضى الخارجيين كبديل للرعاية النفسية للمرضى الداخليين.
- خدمات برنامج المرضى الخارجيين المكثفة والتي تتضمن الرعاية النفسية المكثفة والنصائح والإرشاد والعلاج. يمكن تقديم هذه الخدمات في المستشفيات ومرافق الصحة العقلية المجتمعية والمراكز الصحية المؤهلة اتحادياً والعيادات الصحية الريفية وبرامج علاج المواد الأفيونية (عندما تكون الخدمات مخصصة لعلاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية).

تستغرق خدمات الاستشفاء الجزئي وخدمات المرضى الخارجيين المكثفة ساعات أطول في اليوم مقارنة بالرعاية التي تحصل عليها في عيادة الطبيب أو المعالج. لمعرفة المزيد، تفضل بزيارة [Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization](https://www.Medicare.gov/coverage/mental-health-care-partial-hospitalization)

بشكل عام، ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare، ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطع لخطة الجزء "ب" على خدمات رعاية الصحة العقلية.

يغطي الجزء "أ" خدمات رعاية الصحة العقلية للمرضى الداخليين التي تحصل عليها في المستشفى (صفحة 27).



الخدمة الوقائية العلاج السلوكي للسمنة

إذا كان مؤشر كتلة الجسم (BMI) لديك 30 أو أكثر، فإن خطة برنامج Medicare تغطي فحوصات السمنة والنصائح والإرشاد السلوكي لمساعدتك على إنقاص الوزن من خلال التركيز على النظام الغذائي وممارسة الرياضة. تغطي خطة برنامج Medicare هذا النصائح والإرشاد إذا كان طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو أي مقدم رعاية أولية آخر يقدم النصائح والإرشاد في مرفق الرعاية الأولية (مثل عيادة الطبيب)، حيث يمكنه تنسيق خطتك المخصصة مع رعايتك الأخرى. لن تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمة إذا قبل طبيب الرعاية الأولية الخاص بك أو أي مقدم خدمة آخر **التكليف**.

خدمات العلاج المهني

تغطي خطة برنامج Medicare العلاج **الضروري طبياً** لمساعدتك على أداء أنشطة الحياة اليومية (مثل ارتداء الملابس أو الاستحمام). يساعد هذا العلاج على تحسين القدرات الحالية أو الحفاظ عليها أو إبطاء التدهور عندما يؤكد طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر أنك بحاجة إليه. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطعي لخطة الجزء "ب".

خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية

تغطي خطة برنامج Medicare خدمات علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية في برامج علاج المواد الأفيونية. تشمل الخدمات العقاقير (مثل الميثادون، والبوبورينورفين، والنالتركسون، والنالوكسون)، وتوزيع وإدارة هذه العقاقير، والنصائح والإرشاد بشأن تعاطي المخدرات، واختبار المخدرات، والعلاج الفردي والجماعي، وأنشطة الاستقبال، والتقييمات الدورية، وخدمات المرضى الخارجيين المكتفة. تغطي خطة برنامج Medicare خدمات النصائح والإرشاد، والعلاج، والتقييمات الدورية سواء بشكل شخصي أو، في ظروف معينة، افتراضياً (باستخدام تقنية الاتصال الصوتي والفيديو مثل هانفك أو الحاسوب الخاص بك). تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً خدمات المقدمة من خلال وحدات برنامج علاج المواد الأفيونية المتنقلة.

تدفع خطة برنامج Medicare للأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين مقابل علاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية في العيادة، بما في ذلك الإدارية وتنسيق الرعاية والعلاج النفسي وأنشطة النصائح والإرشاد وتخفيض وتوزيع العقاقير.

وفقاً لخطة برنامج Medicare **الأصلية**، لن تضطر إلى دفع أي **مبلغ مشاركة في السداد** مقابل هذه الخدمات إذا حصلت عليها من مقدم برنامج علاج المواد الأفيونية المسجل في Medicare والذي يستوفي متطلبات أخرى. ومع ذلك، لا يزال يتم هنا تطبيق المبلغ المقطعي لخطة الجزء "ب" تحدث إلى طبيبك أو إلى مقدم رعاية صحية آخر لمعرفة المكان الذي يمكنك التوجه إليه للحصول على هذه الخدمات. يمكنك أيضاً زيارة Medicare.gov/coverage/opioid-use-disorder-treatment-services للعثور على برنامج على بُعد القرابة منك.

يجب أن تغطي **خطط ميزات Medicare** أيضاً خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية، ولكنها قد تتطلب منك رؤية برنامج علاج المواد الأفيونية داخل الشبكة. ونظرًا لأن خطط ميزات Medicare يمكنها تطبيق مبلغ المشاركة في السداد على خدمات برنامج علاج المواد الأفيونية، فتواصل مع خطتك لمعرفة ما إذا كان عليك دفع مبلغ مشاركة في السداد.

خدمات المستشفيات للمرضى الخارجيين

تغطي خطة برنامج Medicare العديد من خدمات التشخيص والعلاج التي تحصل عليها كمريض خارجي من مستشفى مشارك في برنامج Medicare. بشكل عام، ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare** مقابل الحصول على خدمات أطبائك أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. قد تدفع مقابل الخدمات التي تحصل عليها في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى مبلغاً أكبر مما ستدفعه مقابل نفس الرعاية في عيادة الطبيب. بالإضافة إلى المبلغ الذي تدفعه للطبيب، ستدفع عادةً للمستشفى أيضاً **مبلغ مشاركة في السداد** مقابل كل خدمة تحصل عليها في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى (باستثناء بعض **الخدمات الوقائية** التي لا تتطلب مبلغ مشاركة في السداد). في معظم الحالات، لا يمكن أن يكون مبلغ المشاركة في السداد أكبر من **المبلغ المقطوع للإقامة في المستشفى بموجب خطة الجزء "أ"** لكل خدمة. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"، باستثناء بعض الخدمات الوقائية. إذا كنت تحصل على خدمات **المرضى الخارجيين في مستشفى حالات حرجية**، فقد يكون مبلغ المشاركة في السداد الذي تدفعه أعلى وقد يتجاوز المبلغ المقطوع للإقامة في المستشفى بموجب خطة الجزء "أ".

التكلفة والتغطية: احصل على تقديرات التكلفة لإجراءات المرضى الخارجيين بالمستشفيات التي يتم إجراؤها في أقسام المرضى الخارجيين بالمستشفيات:

Medicare.gov/procedure-price-lookup



الخدمات والمستلزمات الطبية والجراحية للمرضى الخارجيين

تغطي خطة برنامج Medicare الإجراءات المعتمدة، مثل الأشعة السينية، والجس، والعزز، والعمليات الجراحية للمرضى الخارجيين. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل الحصول على خدمات الطبيب أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين. ستدفع عادةً مبلغ مشاركة في السداد مقابل كل خدمة تحصل عليها في مرافق المرضى الخارجيين بالمستشفى. في معظم الحالات، لا يمكن أن يكون مبلغ المشاركة في السداد أكبر من المبلغ المقطوع للإقامة في المستشفى بموجب خطة الجزء "أ" لكل خدمة تحصل عليها. يتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب"، وتدفع جميع التكاليف الخاصة بالبنود أو الخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare.

خدمات العلاج الطبيعي

تغطي خطة برنامج Medicare التقييم والعلاج للإصابات والأمراض التي تغير قدرتك على العمل، أو تحسين الوظيفة الحالية أو الحفاظ عليها أو إبطاء التدهور، عندما يشهد طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر، بما في ذلك مرض ممارس أو أخصائي تمريض سريري أو مساعد طبيب، بأنك بحاجة إليها. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".



الخدمة الوقانية لقاحات المكورات الرئوية

تغطي خطة برنامج Medicare لقاحات (تطعيمات) المكورات الرئوية للمساعدة في منع الإصابة بالمكورات الرئوية (مثل أنواع معينة من الالتهاب الرئوي). تحدث مع طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر حول هذا اللقاح. لن تدفع أي شيء مقابل هذه اللقاحات إذا وافق طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر على **التكليف** بإعطائك اللقاح.

خدمات إدارة الرعاية الأساسية

تغطي خطة برنامج Medicare خدمات صحية تختص بأمراض بعينها لمساعدتك في إدارة حالة مزمنة واحدة معقدة تعرشك لخطر دخول المستشفى، أو التدهور البدني أو المعرفي، أو الوفاة. إذا كنت تعاني من حالة مزمنة عالية الخطورة تتوقع أن تستمر لمدة 3 أشهر على الأقل (مثل السرطان ولا تلتقي علاجاً لأي حالات معقدة أخرى)، فقد تدفع خطة برنامج Medicare لمقدم الرعاية الصحية للمساعدة في إدارتها. سيقوم مقدم الخدمة الخاص بك بإنشاء خطة رعاية تختص بالمرض ومرافقتها وتعديلها باستمرار، بما في ذلك العقاقير التي تتناولها. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب" ومبني المشاركة التأميني**.

ملاحظة: قد تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً خدمات البحث في المرض الرئيسية لحالتك المزمنة عالية الخطورة. يمكن أن تساعدك هذه الخدمات على فهم حالتك الطبية أو تشخيصك والبحث في نظام الرعاية الصحية على الرعاية وتقديمي الخدمات الذين تحتاجهم. تفضل بزيارة [Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services](https://www.Medicare.gov/coverage/principal-illness-navigation-services) لمعرفة المزيد.

الخدمة الوقائية فحوصات سرطان البروستاتا

تغطي خطة برنامج Medicare اختبارات المستقيم الرقمية واختبارات مستضد البروستاتا المحدد (PSA) مرة كل 12 شهراً للرجال الذين تزيد أعمارهم عن 50 عاماً (ابتداءً من اليوم التالي لعيد ميلادك الخامس). بالنسبة لاختبار المستقيم الرقمي، ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخدمات الجزء "ب". ستدفع أيضاً مبلغ مشاركة في السداد في مرفق المرضى الخارجيين بالمستشفى. لن تدفع شيئاً مقابل اختبار مستضد البروستاتا المحدد (PSA).

الأطراف الاصطناعية/التقويمية

تغطي خطة برنامج Medicare الأطراف الاصطناعية/التقويمية التالية عندما يطلبها طبيب مسجل في برنامج Medicare أو مقدم رعاية صحية آخر: دعامات الذراع والساقي والظهر والرقبة؛ والعيون الاصطناعية؛ والأطراف الاصطناعية (أجزانها البديلة)؛ والأجهزة الاصطناعية الازمة لاستبدال عضو داخلي في الجسم أو وظيفة العضو (ويشكل ذلك مستلزمات فغر القولون، والعلاج الغذائي الوريدي والمعوي، وبعض أنواع الثدي الاصطناعي بعد استئصال الثدي).

لكي تغطي خطة برنامج Medicare تكاليف الطرف الاصطناعي أو التقويمي الخاص بك، يتبعن عليك الحصول عليه من مورد مسجل في Medicare. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

برامج إعادة تأهيل الرئة

تغطي خطة برنامج Medicare برنامج إعادة تأهيل الرئة الشامل إذا كنت:

- مصاباً بمرض انسداد رئوي مزمن (COPD) متوسط إلى شديد للغاية ويجب أن تحصل على **احالة** من الطبيب الذي يعالجك، أو
- مصاباً بفيروس كوفيد-19 المؤكد أو المشتبه بهوتعاني من أعراض مستمرة بما فيها ضعف الجهاز التنفسى لمدة 4 أسابيع على الأقل

ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare إذا حصلت على الخدمة في عيادة طبيب. كما ستدفع أيضاً مبلغ مشاركة في السداد لكل جلسة إذا حصلت على الخدمة في مرفق المرضى الخارجيين بالمستشفى. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

خدمات العيادة الصحية الريفية

توفر العيادات الصحية الريفية العديد من خدمات الرعاية الأولية **والوقائية للمرضى الخارجيين** في المناطق الريفية والمناطق التي تعاني من نقص الخدمات. بشكل عام، ستدفع 20% من الرسوم. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". لن تدفع شيئاً مقابل معظم الخدمات الوقائية.

الحلول الجراحية الثانية

تغطي خطة برنامج Medicare حللاً جراحيًا ثالثاً في بعض الحالات لإجراء جراحة **الضرورية طبياً** ليست طارئة. في بعض الحالات، تغطي خطة برنامج Medicare الحلول الجراحية الثالثة. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".



الفحوصات والنصائح والإرشاد المتعلقين بالأمراض المنقولة جنسياً

تغطي خطة برنامج Medicare فحوصات الأمراض المنقولة جنسياً مثل الكلاميديا و/or السيلان و/or الزهري و/or التهاب الكبد B. وتغطي خطة برنامج Medicare هذه الفحوصات إذا كنت حاملاً أو معرضة لخطر متزايد للإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً عندما يطلب **طبيب الرعاية الأولية** الخاص بك أو أي مقدم رعاية صحية آخر إجراء الاختبارات. تغطي خطة برنامج Medicare هذه الاختبارات مرة كل 12 شهراً أو في أوقات معينة أثناء الحمل.

تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً ما يصل إلى جلستين فرديتين من جلسات النصح والإرشاد السلوكية عالية الكثافة، تتراوح مدة كل منها من 20 إلى 30 دقيقة، شخصياً كل عام إذا كنت شخصاً بالغاً نشطاً جنسياً ومتزائداً لخطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسياً. ستقوم خطة برنامج Medicare بتغطية جلسات النصح والإرشاد هذه فقط مع طبيب الرعاية الأولية أو مقدم الرعاية الصحية في مرفق الرعاية الأولية (مثل عيادة الطبيب). لن تغطي خطة برنامج Medicare النصح والإرشاد **خدمة وقائية** في مرفق المرضى الداخليين، مثل **مرفق التمريض المتخصص**.

لن تدفع أي شيء مقابل هذه الخدمات إذا قبل طبيبك أو مقدم الرعاية الأولية **التكليف**.

اللقاحات (أو التطعيمات)

تغطي خطة الجزء "ب":

- لقاحات الإنفلونزا. انتقل إلى صفحة 41.
- لقاحات التهاب الكبد B. انتقل إلى صفحة 42.
- لقاحات المكورات الرئوية. انتقل إلى صفحة 48.
- لقاحات مرض فيروس كورونا 2019 (كوفيد-19). انتقل إلى صفحة 37.

هام! تغطي تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") عموماً جميع التحصينات الأخرى الموصى بها للبالغين للوقاية من الأمراض (مثل القوباء المنطقية، والتيتانوس، والدفتيريا، والسعال الديكي، وفيروس الجهاز التنفسي المخلوي (RSV)) دون أي تكلفة عليك. إذا لم يكن اللقاح مدرجًا في قائمة العقاقير في خطتك بعد، فيمكنك طلب استثناء التغطية أو الحصول على تعويض. تواصل مع مسؤولي خطتك للحصول على التفاصيل، وتحدث إلى طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر حول اللقاحات المناسبة لك. لمعرفة المزيد عن اللقاحات المغطاة، تفضل بزيارة [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage).

خدمات أمراض النطق واللغة

تغطي خطة برنامج Medicare التقييم والعلاج **الضرورية طبياً** لاستعادة مهارات الكلام واللغة وتحسينها. ويشمل ذلك المهارات الإدراكية ومهارات البلع، أو تحسين الوظيفة الحالية أو الحفاظ عليها أو إبطاء تدهورها، عندما يؤكّد طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر أنك بحاجة إلى ذلك. ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare**. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع** لخطة الجزء "ب".

خدمات الضمادات الجراحية

تغطي خطة برنامج Medicare العلاج اللازم طبياً للجرح الجراحي أو الجرح المعالج جراحياً. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل الخدمات التي تحصل عليها طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر. ستدفع **مبلغ مشاركة في السداد** مقابل هذه الخدمات عندما تحصل عليها في مرفق المرضى الخارجيين بالمستشفى. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

الرعاية الصحية عن بعد

تغطي خطة برنامج Medicare بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد التي تحصل عليها من طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر موجود في مكان آخر باستخدام التكنولوجيا للتواصل معك لحظياً. يمكن أن توفر الرعاية الصحية عن بعد العديد من الخدمات التي تتم عادةً بشكل شخصي، بما فيها زيارات العيادات، والعلاج النفسي، والتصح والإرشاد، وبعض الخدمات الطبية أو الصحية الأخرى.

حتى 31 ديسمبر 2024، يمكنك الحصول على خدمات الرعاية الصحية عن بعد في أي مكان في الولايات المتحدة، بما في ذلك منزلك. بعد انتهاء هذه الفترة، يجب أن تتوارد في مكتب أو مرفق طبي يقع في منطقة ريفية للحصول على معظم خدمات الرعاية الصحية عن بعد. ومع ذلك، سيظل بإمكانك الحصول على بعض خدمات الرعاية الصحية عن بعد دون الحاجة إلى التوارد في منطقة ريفية. وتشمل ما يلي:

- زيارات شهرية لمرضى الفشل الكلوي في مرحلته النهائية (ESRD) لإجراء غسيل الكلى في المنزل
- خدمات التشخيص أو التقييم أو علاج أعراض السكتة الدماغية الحادة أينما كنت، بما فيها وحدة السكتة الدماغية المتنقلة
- خدمات لعلاج اضطراب تعاطي المواد المخدرة أو اضطراب الصحة العقلية المصاحب أو لتشخيص أو تقييم أو علاج اضطراب الصحة العقلية، بما في ذلك في منزلك
- خدمات الصحة السلوكية (وتسمى أيضاً خدمات الصحة العقلية)، بما في ذلك في منزلك
- التدريب على إدارة مرض السكري ذاتياً
- العلاج بالغذية الطيبة

ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare** مقابل خدمات طبيبك أو مقدم رعاية صحية أو ممارس آخر. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطع** لخطة الجزء "ب". بالنسبة لمعظم هذه الخدمات، ستدفع نفس المبلغ الذي ستدفعه إذا حصلت على الخدمات شخصياً.

المقارنة: قد تقدم **خطط ميزات Medicare** وبعض مقدمي الخدمات في خطة برنامج Medicare الأصلية مزايا رعاية صحية عن بعد أكثر من التغطية الأساسية في خطة برنامج Medicare الأصلية. على سبيل المثال، قد تتمكن من الحصول على بعض الخدمات من المنزل، بغض النظر عن المكان الذي تعيش فيه. إذا كان مقدم الخدمة الخاص بك في خطة برنامج Medicare الأصلية يشارك في **مؤسسة الرعاية المسؤولة (ACO)**، فتواصل معهم لمعرفة مزايا الرعاية الصحية التي قد تكون متاحة عن بعد. انظر إلى الصفحتين 110-111 للحصول على مزيد من المعلومات حول منظمات الرعاية المسؤولة.

الاختبارات (غير المعملية)

تغطي خطة برنامج Medicare الأشعة السينية، والتصوير بالرنين المغناطيسي CT، والتصوير المقطعي المحوس (MRI)، وتحطيب كهربائية القلب (EKG/ECG)، وبعض الاختبارات التشخيصية الأخرى. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطع لخطة الجزء "ب".

إذا أجريت الاختبار في المستشفى كمريض خارجي، فستدفع للمستشفى أيضاً **مبلغ مشاركة في السداد** قد يتجاوز 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. في أغلب الحالات، لا يمكن أن يكون هذا المبلغ أكبر من خصم الإقامة في المستشفى بموجب خطة الجزء "أ". انظر إلى "الاختبارات المعملية" في صفحة 44 لمعرفة الاختبارات الأخرى التي تغطيها خطة الجزء "ب".

خدمات إدارة الرعاية الانتقالية

قد تغطي خطة برنامج Medicare هذه الخدمة إذا كنت عائداً إلى مجتمعك بعد الإقامة في مستشفى أو **مرفق تمريض متخصص**. سيعمل مقدم الرعاية الصحية الذي يدير انتقالك مرة أخرى إلى المجتمع معك ومع مقدم الرعاية الخاص بك لتنسيق وإدارة رعيتك خلال الثلاثين يوماً الأولى بعد عودتك إلى المنزل. ويتم هنا تطبيق [المبلغ المقطوع و مبلغ المشاركة التأميني](https://www.medicare.gov/coverage/) لخطة الجزء "ب". تفضل بزيارة [transitional-care-management-services](https://www.medicare.gov/transitional-care-management-services) لمعرفة المزيد.

زراعة الأعضاء والعقاقير المثبتة للمناعة

تغطي خطة برنامج Medicare الخدمات الطبية لعمليات زراعة القلب والرئة والكلى والبنكرياس والأمعاء والكبد في ظروف معينة، ولكن داخل المراقب المعتمدة من Medicare فقط. تغطي خطة برنامج Medicare أيضاً عمليات زرع نخاع العظم والقرنية في ظروف معينة.

تغطي خطة برنامج Medicare العقاقير المثبتة للمناعة إذا كان البرنامج يدفع تكاليف عملية زرع الأعضاء. يجب أن يكون لديك خطة الجزء "أ" في وقت زراعة الأعضاء المغطاة، ويجب أن يكون لديك خطة الجزء "ب" في الوقت الذي تحصل فيه على العقاقير المثبتة للمناعة (أو تتأهل للحصول على ميزة العقاقير المثبتة للمناعة الموضحة في هذه الصفحة). ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare مقابل العقاقير. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". ضع في اعتبارك أن تغطيه عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") تغطي العقاقير المثبتة للمناعة إذا كانت خطة الجزء "ب" لا تغطيها.

إذا كنت تفك في الانضمام إلى **خطة ميزات Medicare** وكنت على قائمة انتظار عملية زرع أو تعتقد أنك بحاجة إلى عملية زرع، فاستشر مسؤولي الخطة قبل الانضمام للتأكد من أن أطبائك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين والمستشفيات مدرجون في شبكة الخطة. اطلب معلومات حول العقاقير المغطاة وتكاليفها. بالإضافة إلى ذلك، تحقق من قواعد تغطية الخطة للحصول على الموافقة المسبقة والتغطية للمترعين الأحياء.

قد تغطي خطة برنامج Medicare جراحة زرع الأعضاء كخدمة للمرضى الداخليين بالمستشفى بموجب خطة الجزء "أ". انتقل إلى الصفحتين 27-28.

تدفع خطة برنامج Medicare التكلفة الكاملة لرعاية المترعرع بالكلى. لن يتغير عليك وعلى المترعرع دفع أي **مبلغ مقطوع أو مبلغ مشاركة في التأمين** أو أي تكاليف أخرى مقابل إقامته في المستشفى.

ميزة العقاقير المثبتة للمناعة

إذا كنت مشتركاً في خطة برنامج Medicare فقط بسبب مرض الكلى في مرحلته النهائية (ESRD)، ستنتهي تغطية خطة برنامج Medicare (بما في ذلك تغطية العقاقير المثبتة للمناعة) بعد 36 شهراً من إجراء عملية زرع كلى ناجحة. تقدم خطة برنامج Medicare ميزة لمساعدتك في دفع ثمن عقاقيرك المثبتة للمناعة لمدة تزيد عن 36 شهراً إذا لم تكن مشتركاً في أنواع معينة من التغطية الصحية الأخرى (مثل خطة صحية جماعية أو خطة TRICARE أو خطة Medicaid التي تغطي العقاقير المثبتة للمناعة). تغطي هذه الميزة العقاقير المثبتة للمناعة فقط ولا تشمل أي بنود أو خدمات أخرى. فهي ليست بدليلاً عن التغطية الصحية الكاملة. يمكنك الاشتراك في هذه الميزة في أي وقت بعد انتهاء تغطية خطة الجزء "أ" من خطة برنامج Medicare، طالما كنت مشتركاً في خطة برنامج Medicare بسبب مرض الكلى في المرحلة النهائية في وقت إجراء عملية زرع الكلى الخاصة بك. للتسجيل، اتصل بالضمان الاجتماعي على الرقم 1-877-465-0355. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-325-0788.

ستدفع **قسط تأميني** شهري قدره 103 دولار (أو أعلى بناءً على دخلك) ومبلغ مشاركة في السداد قدره 240 دولار مقابل ميزة العاقير المثبتة للمناعة في عام 2024. بمجرد استيفاء المبلغ المقطوع، ستدفع 20% من المبلغ **المعتمد من برنامج Medicare** مقابل العاقير المثبتة للمناعة. إذا كان دخلك ومواربك محدودة، فقد تتمكن من الحصول على مساعدة من ولايتك لدفع تكاليف هذه الميزة. انقل إلى صفحة 94، أو تفضل بزيارة [Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease](https://www.Medicare.gov/basics/end-stage-renal-disease) لمعرفة المزيد.

تفضل بزيارة موقع [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) لمعرفة مبالغ الأقساط التأمينية لعام 2025.

السفر

لا تغطي خطة برنامج Medicare بشكل عام الرعاية الصحية أثناء سفرك خارج الولايات المتحدة (تشمل "الولايات المتحدة" الولايات الخمسين، ومنطقة كولومبيا، وبورتوريكو، وجزر فيرجن الأمريكية، وجواه، وجزر ماريانا الشمالية، وساموا الأمريكية). هناك بعض الاستثناءات المحدودة. تفضل بزيارة [Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u-s](https://www.Medicare.gov/coverage/travel-outside-the-u-s) لمعرفة المزيد.

قد تغطي خطة برنامج Medicare النقل بسيارة الإسعاف **الضرورية طبياً** إلى مستشفى أجنبي فقط مع القبول في خدمات المستشفيات للمرضى الداخلين المغطاة الازمة طبياً. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من برنامج Medicare. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب".

الرعاية المطلوبة بشكل عاجل

تغطي خطة برنامج Medicare الرعاية المطلوبة بشكل عاجل لعلاج مرض أو إصابة مفاجئة لا تشكل حالة طبية طارئة. ستدفع 20% من المبلغ المعتمد من خطة برنامج Medicare مقابل خدمات طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر، بالإضافة إلى دفع **مبلغ مشاركة في السداد** في مرفق المرضى الخارجيين بالمستشفى. ويتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع** لخطة الجزء "ب".

عمليات تسجيل الوصول الافتراضية

تغطي خطة برنامج Medicare عمليات تسجيل الوصول الافتراضية مع طبيبك أو بعض مقدمي الخدمات الآخرين. تتبع لك عمليات تسجيل الوصول الافتراضية التواصل بشكل مختصر مع مقدمي الرعاية الصحية باستخدام تقنية الاتصال الصوتي أو المرئي مثل هاتفك أو الحاسوب الخاص بك، دون الحاجة إلى الذهاب إلى عيادة الطبيب. يمكن لطبيبك أيضاً إجراء تقييمات عن بعد باستخدام الصور أو صور الفيديو التي ترسلها للمراجعة لتحديد ما إذا كنت بحاجة إلى الذهاب إلى عيادة الطبيب. يمكن لطبيبك أو أي مقدم خدمة آخر الرد عليك عبر الهاتف، أو التوصيل الافتراضي، أو رسالة نصية آمنة، أو البريد الإلكتروني، أو بوابة المريض.

تختلف عمليات تسجيل الوصول الافتراضية عن الزيارة عن بعد لأنها تستغرق عادةً 10 دقائق أو أقل ولا تتم لحظياً.

يمكنك إجراء تسجيل وصول افتراضي إذا كنت تستوفي الشروط التالية:

- تحدثت مع مقدم الرعاية الصحية الخاص بك حول بدء هذا النوع من الزيارات.
- توافق شفياً على تسجيل الوصول الافتراضي، ويقوم طبيبك بتوثيق موافقتك في سجلك الطبي. قد يحصل طبيبك على موافقة واحدة مقابل الحصول على هذه الخدمات لمدة عام واحد.
- لا يرتبط تسجيل الوصول الافتراضي بزيارة طبية قمت بها خلال الأيام السبعة الماضية ولا يؤدي إلى الزيارة الطبية التي تتم خلال الـ 24 ساعة القادمة (أو أقرب موعد متاح).

المقارنة: ستدفع 20% من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare** مقابل الخدمات التي تحصل عليها من طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر. ويتم هنا تطبيق المبلغ المقطوع لخطة الجزء "ب". قد تقدم **خطط ميزات برنامج Medicare** خدمات تسجيل وصول افتراضية أكثر من خطة برنامج **Medicare الأصلية**. تحقق من خطتك لمعرفة ما تقدمه.



الخدمة الوقائية

الزيارة الوقائية "مرحبا بك في خطة برنامج Medicare".

خلال الأشهر الاثني عشر الأولى من اشتراكك في خطة الجزء "ب"، يمكنك الحصول على زيارة وقائية "مرحبا بك في خطة برنامج Medicare". تتضمن الزيارة مراجعة تاريخك الطبي والاجتماعي المتعلق بصحتك. كما تتضمن أيضاً التغذيف والنصح والإرشاد بشأن **الخدمات الوقائية**، بما في ذلك بعض الفحوصات أو اللقاحات أو التطعيمات (مثل لقاح الإنفلونزا والمكورات الرئوية وغيرها من اللقاحات أو التطعيمات الموصى بها)، وإلاحتالات إلى رعاية أخرى، إذا لزم الأمر.

عند تحديد موعدك، أخبر مكتب طبيبك برغباتك في جدولة زيارتك الوقائية "مرحبا بك في خطة برنامج Medicare". لن تدفع أي شيء مقابل الزيارة الوقائية "مرحبا بك في خطة برنامج Medicare" إذا قبل الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية المؤهل الآخر **التكليف**.

إذا كنت تحصل على وصفة طبية حالية للمواد الأفيونية، فسوف يقوم طبيبك بمراجعة عوامل الخطر المحتملة لاضطراب تعاطي المواد الأفيونية، وتقييم شدة الآلام وخطة العلاج الحالية، وتقديم معلومات حول خيارات العلاج بالمواد غير الأفيونية، وقد يحيلك إلى أخصائي، إذا لزم الأمر. سيقوم مقدم الخدمة خاصتك أيضاً بمراجعة عوامل الخطر المحتملة لاضطراب تعاطي المواد المخدرة وتعاطي الكحول والتبغ وإحالتك إلى العلاج، إذا لزم الأمر.

هام! إذا أجري طبيبك أو مقدم رعاية صحية آخر اختبارات أو خدمات إضافية أثناء نفس الزيارة التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare بموجب هذه الميزة الوقائية، فقد يتبعن عليك دفع **مبلغ المشاركة التأميني**، وقد يتم هنا تطبيق **المبلغ المقطوع** لخطة الجزء "ب". إذا لم تقم خطة برنامج Medicare بتغطية الاختبارات أو الخدمات الإضافية (مثل الفحص البدني الروتيني)، فقد يتبعن عليك دفع المبلغ بالكامل.



الخدمة الوقائية

الزيارة السنوية لـ "الرعاية الصحية"

إذا كنت مشتركاً في خطة الجزء "ب" لمدة أطول من 12 شهراً، فيمكنك الحصول على الزيارة السنوية لـ "الرعاية الصحية". الزيارة السنوية لـ "الرعاية الصحية" لا تعتبر فحصاً بدنياً - بل زيارة لتطوير أو تحديث خطتك المخصصة للوقاية من المرض أو الإعاقة بناءً على صحتك الحالية وعوامل الخطر. تغطي خطة برنامج Medicare هذه الزيارة مرة كل 12 شهراً.

سيطلب منك طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية ملء استبيان يسمى "تقييم المخاطر الصحية" كجزء من هذه الزيارة. قد تشمل زيارتك أيضاً قياسات روتينية، ونصائح صحية، ومراجعة تاريخك الطبي والعائلي، ومراجعة عقاقير الوصفات الطيبة الحالية، وتحطيم الرعاية المتقدمة، والمزيد.

جديداً!

قد يستخدم طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية أيضاً استبياناً لفهم احتياجاتك الاجتماعية بشكل أفضل وإحالتك إلى الخدمات والدعم المناسبين. يُطلق على هذا "تقييم المحددات الاجتماعية لمخاطر الصحة"، وهو مجاني عندما تحصل عليه كجزء من زيارتكم السنوية لـ "الرعاية الصحية". لمزيد من المعلومات، تفضل بزيارة [Medicare.gov/coverage](https://www.Medicare.gov/coverage).

سيقوم طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية أيضاً بإجراء تقييم إدراكي للبحث عن علامات الخرف، بما في ذلك مرض الزهايمر. تشمل علامات ضعف الإدراك صعوبة التذكر، وتعلم أشياء جديدة، والتراكيز، وإدارة الأموال، واتخاذ القرارات بشأن حياتك اليومية. إذا كان طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك يعتقد أنك قد تكون مصاباً بضعف الإدراك، فإن خطة برنامج Medicare تغطي زيارة منفصلة لإجراء مراجعة أكثر شمولاً لوظائفك الإدراكية والتحقق من حالات مثل الخرف أو القلق أو الهذيان، وتصميم خطة رعاية (صفحة 35).

سيقوم طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك أيضاً بتقييم عوامل الخطر المحتملة لاضطراب تعاطي المواد المخدرة وإحالتك إلى العلاج، إذا لزم الأمر. إذا كنت تستخدم العاقير أفيونية، فسوف يقوم طبيبك بمراجعة خطة علاج الآلام الخاصة بك، ومشاركة المعلومات حول خيارات العلاج بالعقاقير غير الأفيونية، وإحالتك إلى أخصائي، إن أمكن.

ملاحظة: لا يمكن أن تتم زيارتكم السنوية الأولى لـ "الرعاية الصحية" خلال 12 شهراً من تسجيلك في خطة الجزء "ب" أو زيارتكم الوقائية "مرحباً بك في خطة برنامج Medicare". ومع ذلك، لا يلزم أن تكون قد أجريت الزيارة الوقائية "مرحباً بك في خطة برنامج Medicare" لتكون مؤهلاً للحصول على الزيارة السنوية لـ "الرعاية الصحية".

لن تدفع أي شيء مقابل الزيارة السنوية لـ "الرعاية الصحية" إذا وافق الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية على [التكليف](#).

هام! إذا أجرى طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الخاص بك اختبارات أو خدمات إضافية أثناء زيارتك لـ "الرعاية الصحية" والتي لا تغطيها خطة برنامج Medicare بموجب هذه الميزة الوقائية، فقد يتبعن عليك دفع [مبلغ مشاركة في التأمين](#)، وقد يتم هنا تطبيق [المبلغ المقطوع](#) لخطة الجزء "ب". إذا لم تقم خطة برنامج Medicare بتغطية الاختبارات أو الخدمات الإضافية (مثل الفحص البدني الروتيني)، فقد يتبعن عليك دفع المبلغ بالكامل.

ما الذي لا تغطيه خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب"؟

لا تغطي خطة برنامج Medicare كل شيء. إذا كنت بحاجة إلى خدمات معينة لا تغطيها خطة الجزء "أ" أو خطة الجزء "ب"، فسيتعين عليك دفع ثمنها بنفسك ما لم تكن:

- مشتركاً في تغطية أخرى (بما في ذلك خدمة برنامج [Medicaid](#)) لتغطية التكاليف.
- مشتركاً في [خطة ميزات Medicare](#) أو خطة تكاليف برنامج Medicare التي تغطي هذه الخدمات. قد تغطي خطط ميزات برنامج Medicare وخطط برنامج Medicare بعض المزايا الإضافية، مثل برامج اللياقة البدنية وخدمات الرؤية والسمع وخدمات طب الفم والأسنان.

تضمن بعض البنود والخدمات التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare [الأصلية](#) ما يلي:

- ✖ اختبارات العيون (للنظارات الطبية).
- ✖ الرعاية طويلة الأجل.
- ✖ جراحة التجميل.
- ✖ العلاج بالتدليك.

- ❖ الفحوصات البدنية الروتينية.
- ❖ أجهزة السمع واختبارات تركيبها.
- ❖ الرعاية المنزلية (وتسمى أيضًا الطب المنزلي، أو الطب القائم على الاحتياط، أو طب اليوتيك، أو الممارسة البلاطينية، أو الرعاية المباشرة).
- ❖ البنود أو الخدمات المغطاة التي تحصل عليها من طبيب أو مقدم خدمة آخر اختيار عدم المشاركة في خطة برنامج Medicare (باستثناء حالة الطوارئ أو الحاجة العاجلة). انظر إلى صفحة 60.
- ❖ معظم رعاية الفم والأسنان: في معظم الحالات، لا تغطي خطة برنامج Medicare الأصلية خدمات طب الفم والأسنان مثل التنظيفات الروتينية، أو الحشوات، أو خلع الأسنان، أو بنود مثل تركيبات الأسنان الصناعية. ومع ذلك، في بعض الحالات، قد تدفع خطة برنامج Medicare الأصلية تكاليف بعض خدمات طب الفم والأسنان المرتبطة ارتباطاًوثيقاً ببعض الخدمات المغطاة مثل:
 - إصلاح أو استبدال صمام القلب.
 - زراعة الأعضاء.
 - العلاجات المتعلقة بالسرطان.

دفع تكاليف الرعاية طويلة الأجل

لا تدفع خطة برنامج Medicare ومعظم التأمين التكميلي لبرنامج Medicare (Medigap)، مقابل خدمات الرعاية طويلة الأجل غير الطبية (انظر إلى صفحة 43 لخدمات الرعاية الصحية المنزلية). ويشمل ذلك المساعدة في الرعاية الشخصية، مثل المساعدة في الأنشطة اليومية، بما في ذلك ارتداء الملابس والاستحمام واستخدام الحمام. قد تشمل خدمات الرعاية طويلة الأجل غير الطبية أيضاً توصيل الوجبات إلى المنازل، والرعاية الصحية النهارية للبالغين، والخدمات المنزلية والمجتمعية وغيرها. قد تكون مؤهلاً للحصول على بعض هذه الرعاية من خلال برنامج Medicaid، أو يمكنك اختيار شراء تأمين خاص للرعاية طويلة الأجل.

يمكنك الحصول على خدمات الرعاية طويلة الأجل غير الطبية في المنزل، أو في المجتمع، أو في مرافق رعاية دائمة، أو في دار رعاية المسنين. من المهم أن تبدأ في التخطيط للرعاية طويلة الأجل غير الطبية الآن للحفاظ على استقلاليتك والتأكد من حصولك على الرعاية التي قد تحتاجها، في المكان الذي تريده، الآن وفي المستقبل.

موارد الرعاية طويلة الأجل

استخدم هذه الموارد للحصول على مزيد من المعلومات حول الرعاية طويلة الأجل:

- تفضل بزيارة longtermcare.acl.gov لمعرفة المزيد حول التخطيط للرعاية طويلة الأجل.
- تفضل بزيارة Eldercare Locator على eldercare.acl.gov، أو اتصل على 1-800-677-1116 للعثور على المساعدة في مجتمعك.
- اتصل بمفوض الرعاية طويلة الأجل الخاص بك، أو تفضل بزيارة [Itcombudsman.org](http://itcombudsman.org) للحصول على المساعدة بشأن الخدمات التي تحتاجها وللحصول على المشورة بشأن حقوقك، وللعثور على برنامج مفوض الرعاية بالقرب منك.
- اتصل بـمكتب المساعدة الطبية بالولاية (Medicaid) الخاص بك أو تفضل بزيارة موقع Medicaid.gov واطلب معلومات حول تغطية الرعاية طويلة الأجل.
- اتصل بـبرنامـج مـساعدـات التـأـمين الصـحي بالـولـاـيـة (SHIP). انـظر إـلـى الصـفحـات 114ـ117 لـلـحـصـول عـلـى رقم هـاتـف بـرـنـامـج مـساعدـات التـأـمين الصـحي بالـولـاـيـة (SHIP).
- اتصل بـقـسـم التـأـمين فـي ولاـيـات الـلـاـيـات الـمـعـدـدة (1-800-633-4227) لـلـحـصـول عـلـى رقم الـهـاتـف. يـمـكـن لـمـسـتـخـدمـي الـهـاتـف النـصـي (TTY) الـاتـصال عـلـى الرـقم 1-877-486-2048.
- احصل عـلـى نـسـخـة مـن "دـلـيـلـ الـمـتـسـوـقـ لـتـأـمينـ الرـعاـيـة طـوـلـيـةـ الأـجلـ" مـن الـراـبـطـة الـوطـنـيـة لـمـفـوضـيـ التـأـمينـ عـلـى [.content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-ip-shoppers-guide-long-term.pdf](http://content.naic.org/sites/default/files/publication-ltc-ip-shoppers-guide-long-term.pdf)

القسم 3:

خطة برنامج Medicare الأصلية

كيف تعمل خطة برنامج Medicare الأصلية؟

تعد خطة برنامج Medicare الأصلية أحد خيارات تغطية الرعاية الصحية المتاحة لك في برنامج Medicare. ستحصل على خطة برنامج Medicare الأصلية ما لم تختر **خطة ميزات Medicare** أو أي نوع آخر من **خطط الرعاية الصحية من برنامج Medicare**. تتالف خطة برنامج Medicare الأصلية من جزأين: الجزء "أ" (تأمين المستشفيات) والجزء "ب" (التأمين الطبي).

عادةً ما يتبعك دفع جزء من تكلفة كل خدمة تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية. لا يوجد حد لما ستدفعه من جيبك في عام واحد ما لم يكن لديك تغطية أخرى (مثل برنامج **Medigap** أو برنامج **Medicaid**) أو جهة العمل أو المتقاعد أو التغطية النقابية).

خطة برنامج Medicare الأصلية

<p>في معظم الحالات، نعم. يمكنك الذهاب إلى أي طبيب مسجل في برنامج Medicare، أو أي مقدم رعاية صحية آخر، أو مستشفى، أو أي مرافق آخر قبل مرضي Medicare في أي مكان في الولايات المتحدة. تفضل بزيارة Medicare.gov/care-compare للعثور على مقدمي الخدمات والمستشفيات والمرافق في منطقتك والمقارنة فيما بينهم.</p>	<p>هل أستطيع الحصول على رعاية صحية من أي طبيب، أو أي من مزودي الرعاية الصحية الآخرين، أو أي من المستشفيات؟</p>
<p>خطة برنامج Medicare الجزء "ب" لا تغطي معظم العقاقير. ولكن هناك بعض الاستثناءات مثل العقاقير المثبتة للمناعة (صفحة 52) أو العقاقير المستخدمة لإدارة الآلام والأعراض في الرعاية التلطيفية (الصفحتان 26-27). قد تغطي خطة الجزء "ب" أيضاً بعض العقاقير التي يتم تناولها عن طريق الوريد أو الحقن في عيادة الطبيب والأنسولين المستخدم بمضخة تقليدية. انظر إلى الصفحتان 39 و44 و47.</p>	<p>هل تغطي عقاقير الوصفة الطبية؟</p>
<p>بإمكانك إضافة تغطية الأدوية في خطة برنامج Medicare (الجزء "د") من خلال الانضمام إلى خطة عقاقير Medicare منفصلة. انظر إلى صفحة 90-79.</p>	<p>هل أحتج إلى اختيار طبيب الرعاية الأولية؟</p>
<p>في معظم الحالات، لا.</p>	<p>هل يجب علي الحصول على إجابة للحصول على خدمات أخصائي؟</p>

هل ينبغي أن أحصل على بوليصة تأمين تكميلي؟

قد يكون لديك بالفعل تغطية Medicaid أو تغطية جهة العامل المتقاعد أو النقابة والتي قد تغطي تكاليف لا تغطيها خطة برنامج Medicare الأصلية. إذا لم يكن الأمر كذلك، فقد ترغب في شراء بوليصة تأمين تكميلي لبرنامج Medicare (Medigap) إذا كنت مؤهلاً. انتقل إلى صفحة 75-78. يمكنك أيضاً مراجعة مكتب المساعدة الطبية بالولاية (Medicaid) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على Medicaid برنامج.

ما الذي أحتاج إلى معرفته أيضاً حول خطة برنامج Medicare الأصلية؟

- ستدفع عادةً مبلغاً محدداً مقابل الرعاية الصحية (**المبلغ المقطوع**) قبل أن يبدأ برنامج Medicare في دفع حصته. بمجرد أن يدفع برنامج Medicare حصته، ستدفع **مبلغ المشاركة التأميني** أو **مبلغ مقطوع** مقابل الخدمات والمستلزمات المغطاة. لا يوجد حد سنوي لما تدفعه من جيبك ما لم يكن لديك تأمين آخر (مثل Medicaid أو Medigap) أو جهة العمل أو المتقاعد أو التغطية النقابية).
- عادةً ما تدفع **قسط تأميني** شهري مقابل خطة الجزء "ب". وقد يتغير هذا القسط التأميني كل عام.
- لا تحتاج عموماً إلى تقديم مطالبات Medicare. يتعين على مقدمي الخدمة والموردين تقديم مطالباتك للخدمات والمستلزمات المغطاة التي تحصل عليها.

ماذا أدفع؟

تعتمد تكاليف التي تدفعها من جيبك في خطة برنامج Medicare الأصلية على:

- سواء كنت مشتركاً في خطة الجزء "أ" وأو خطة الجزء "ب". معظم الأشخاص مشتركون في كلتا الخطتين.
- سواء كان طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر أو المورد يقبل **التكلف**. انتقل إلى صفحة 59-60.
- نوع الرعاية الصحية التي تحتاجها وعدد المرات التي تحتاجها.
- إذا اخترت الحصول على خدمات أو مستلزمات لا تغطيها خطة برنامج Medicare. إذا كان الأمر كذلك، فستدفع كافة التكاليف ما لم يكن لديك تأمين آخر يغطيها.
- إذا كان لديك تأمين صحي آخر يعمل مع برنامج Medicare. انتقل إلى صفحة 21.
- سواء كان لديك تغطية Medicaid كاملة أو حصلت على مساعدة من ولايتك لدفع تكاليف Medicare الخاصة بك من خلال برنامج توفيرات Medicare. انتقل إلى صفحة 91-92.
- إذا كان لديك تأمين تكميلي لبرنامج Medicare (Medigap).
- سواء قمت أنت وطبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر بتوقيع عقد خاص. انتقل إلى صفحة 60.

كيف لي أن أعرف ما دفعه برنامج Medicare؟

إذا كنت مشتركاً في خطة برنامج Medicare الأصلية، فستتفق "إشعار ملخص برنامج (MSN) "Medicare" الذي يسرد جميع الخدمات التي يدفعها برنامج Medicare. إشعار ملخص برنامج Medicare (MSN) ليس مشروع قانون. إنه يوضح ما دفعه برنامج Medicare وما قد تدين به لمقدم الخدمة. راجع إشعارات ملخص برنامج Medicare (MSN) الخاصة بك للتأكد من حصولك على جميع الخدمات أو المستلزمات أو المعدات المدرجة. إذا كنت لا توافق على قرار Medicare بعدم تغطية خدمة ما، فسوف يخبرك إشعار ملخص برنامج Medicare (MSN) بكيفية تقديم طعن. انتقل إلى صفحة 99 للحصول على معلومات حول كيفية تقديم الطعن.

جديداً! ابتداءً من وقت قريب، ستحصل على هذا الإشعار عبر البريد كل 4 أشهر ما لم تكن قد سجلت للحصول عليه إلكترونياً.

إذا كنت بحاجة إلى تغيير عنوانك على إشعار ملخص برنامج Medicare (MSN) الخاص بك، تفضل بزيارة SSA.gov/mycontact. إذا كنت تحصل على مزايا برنامج هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فاتصل على برنامج هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB) على الرقم 1-877-772-5772. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-312-751-4701.

سيخبرك إشعار ملخص برنامج Medicare (MSN) الخاص بك ما إذا كنت مسجلاً في برنامج Medicare للمستفدين المؤهلين (QMB). إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare للمستفدين المؤهلين (QMB)، فلا يُسمح لمقدمي الخدمة في Medicare بإرسال فاتورة إليك مقابل **مبلغ مقطعة أو مبلغ مشاركة تأميني أو مبلغ مشاركة في السداد** مقابل خطة الجزء "أ" وأو الجزء "ب" من Medicare. في بعض الحالات، قد يتم فرض مبلغ مشاركة في السداد صغير عليك من خلال خطة ميزات Medicaid ، إذا تم تطبيق إحداها. لمزيد من المعلومات حول المستفيد المؤهل للحصول على تغطية Medicare (QMB) والخطوات التي يجب اتخاذها إذا قام أحد مقدمي الخدمة بإرسال فاتورة إليك مقابل هذه التكاليف، انظر إلى صفحة 91.

هام! احصل على إشعارات ملخص خطة برنامج Medicare الخاصة بك إلكترونياً
 احصل على "إشعارات خطة برنامج Medicare" إلكترونياً. تفضل بزيارة Medicare.gov لتسجيل الدخول إلى (أو إنشاء) حساب آمن لخطة برنامج Medicare الخاصة بك. إذا قمت بالتسجيل للحصول على إشعارات ملخص خطة برنامج Medicare الإلكترونية، فسترسل إليك بريداً إلكترونياً كل شهر عندما تصبح متاحة في حساب Medicare الخاص بك، بدلاً من النسخ الورقية في البريد. واعتباراً من أوائل عام 2024، ساعد الأشخاص الذين سجلوا للحصول على أرقام إشعارات ملخص خطة برنامج Medicare الإلكترونية في توفير ما يقرب من 35 مليون دولار لبرنامج Medicare.

لديك خيارات لكيفية الحصول على معلومات مطالبات Medicare الخاصة بك:

- يمكنك التحقق من إشعارات ملخص خطة برنامج Medicare الخاصة بك للحصول على معلومات المطالبات.
- يمكنك الوصول إلى مطالباتك في حسابك على Medicare.gov ومشاركة هذه المعلومات مع الأطباء والصيدليات وغيرهم من خلال زيارة التحقق من مطالباتي (Check myclaims).
- يمكنك الوصول إلى مطالباتك من خلال تطبيقات Medicare المتصلة. التطبيقات المتصلة هي تطبيقات أو موقع ويب معتمدة من برنامج Medicare تتشاورها جهة خارجية (وليس Medicare). عند الاتصال بأحد التطبيقات وتسجيل الدخول باستخدام معلومات حساب Medicare.gov الخاص بك، يمكنك استخدام خدمات التطبيق دون إدخال معلوماتك الصحية يدوياً. لا يمكن لهذه الجهات الخارجية الوصول إلى بيانات Medicare الخاصة بك إلا إذا اخترت مشاركتها معهم. يكون الاتصال (أو البقاء متصلًا) بتطبيق تابع لجهة خارجية هو اختيارك دائمًا. انظر إلى صفحة 109.

ما هو التكليف؟

يُقصد **بالتكليف** أن يوافق طبيبك أو مقدم الخدمة أو المورد الخاص بك (أو يطلب منه بموجب القانون) على قبول **المبلغ المعتمد من Medicare** كدفعه كاملة للخدمات المغطاة. يقبل معظم الأطباء ومقدمي الخدمات والموردين التكليف، ولكن تأكّد دائمًا من قيام طبيبك بذلك.

إذا قبل طبيبك أو مقدم الخدمة أو المورد الخاص بك التكليف:

- فقد تتخفض التكاليف التي تدفعها من جيبك.
- لأنهم يوافقون على تحصيل المبلغ المقطوع ومبلغ المشاركة التأميني من برنامج Medicare فقط، وعادةً ما ينتظرون حتى يدفع برنامج Medicare حصته قبل أن يطلبوا منك دفع حصنك.
- ويتعين عليهم تقديم مطالباتك مباشرة إلى Medicare ولا يمكنهم تحصيل رسوم منك مقابل تقديم المطالبة.

لم يوافق بعض مقدمي الخدمة ولا يلزمهم القانون بقبول **التكليف** لجميع الخدمات المغطاة من Medicare، ولكن لا يزال بإمكانهم اختيار قبول التكليف للخدمات الفردية. يُطلق على مقدمي الخدمات الذين لم يوافقو على قبول التكليف لجميع الخدمات اسم "غير المشاركين". قد تضطر إلى دفع المزيد مقابل خدماتهم إذا لم يقبلوا التكليف بالرعاية التي يقدمونها لك. إليك ما يحدث إذا لم يقبل طبيبك أو مقدم الخدمة أو المورد الخاص بك التكليف:

- قد يتبعين عليك دفع الرسوم كاملة في وقت الخدمة. من المفترض أن يقوم طبيبك أو مقدم الخدمة أو المورد الخاص بك بتقديم مطالبة إلى Medicare للحصول على أي خدمات مغطاة من Medicare يقدمونها لك. إذا لم يقدموا مطالبة Medicare بمجرد أن تطلب منهم ذلك، فاتصل على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-486-2048.
- يمكنهم تحصيل مبلغ أكبر من **المبلغ المعتمد من برنامج Medicare**. في كثير من الحالات، لا يمكن أن تتجاوز الرسوم المقدمة إلى المقدمي الرعاية الصحية غير المشاركين نسبة 15% فوق المبلغ المعتمد من Medicare. يُطلق على هذا المبلغ اسم "الرسوم المقيدة".

المقارنة: إذا كنت مشتركاً في خطة Medicare , يمكنك استخدام أي مقدم خدمة تريده يقدم خدمات لبرنامج Medicare، في أي مكان في الولايات المتحدة. إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات Medicare، في معظم الحالات، ستحتاج إلى الحصول على خدمات الأطباء ومقدمي الخدمات الآخرين المشمولين في شبكة الخطة.

اكتشف ما إذا كان شخص ما يقبل التكليف أو يشارك في برنامج Medicare :

[Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare) 

اكتشف ما إذا كان مورد المعدات الطبية يقبل التكليف:

[Medicare.gov/medical-equipment-suppliers](https://www.Medicare.gov/medical-equipment-suppliers) 

يمكنك أيضاً الاتصال ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP) للحصول على مساعدة مجانية بشأن هذه الموضوعات. انتقل إلى الصفحات 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

ماذا لو كنت أرحب في الحصول على خدمات من مقدم خدمة يرفض المشاركة في برنامج Medicare؟

قد يختار بعض الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين لا يرغبون في العمل مع برنامج Medicare "عدم المشاركة في" برنامج Medicare. لا يدفع برنامج Medicare مقابل أي بنود أو خدمات مغطاة تحصل عليها من طبيب أو مقدم خدمة آخر، إلا في حالة الطوارئ أو الحاجة العاجلة. إذا كنت لا تزال ترغب في الحصول على خدمة مقدم رعاية طبية غير مشارك في برنامج Medicare، فيمكنك أنت وقمم الخدمة خاصتك إعداد شروط الدفع التي توافقان عليها من خلال عقد خاص.

يجب على الطبيب أو مقدم الرعاية الصحية الآخر الذي يختار عدم المشاركة أن يفعل ذلك لمدة عامين، ويتجدد الاختيار تلقائياً كل عامين ما لم يطلب مقدم الخدمة عدم تجديد حالة عدم المشاركة.

إذا لم تكن متأكداً مما إذا كان مقدم الخدمة قد اختار عدم المشاركة في برنامج Medicare، فتواصل معه حتى تعرف مسبقاً ما إذا كان عليك الدفع من جيبك الخاص مقابل رعايتك.

انتقل إلى الصفحات 14-10 للحصول على لمحة عامة عن خيارات خطة برنامج Medicare الخاصة بك. 

القسم 4:

خطط ميزات برنامج Medicare والخيارات الأخرى

ما هي خطط ميزات برنامج Medicare؟

خطة ميزات Medicare هي طريقة أخرى للحصول على تغطية الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" من Medicare، والتي تسمى أحياناً "خطط الجزء "ج"" أو "خطط MA"، هي خطط معتمدة من برنامج Medicare. هذه الخطط تقدمها شركات خاصة يجب أن تتبع القواعد التي وضعها برنامج Medicare. تشمل معظم خطط ميزات برنامج Medicare تغطية العاقير من برنامج Medicare (الجزء "د"). في كثير من الحالات، ستحتاج إلى الحصول على خدمات مقدمي خدمة الرعاية الصحية المشاركون في شبكة الخطة. تضع هذه الخطط حداً لما يتغير عليه دفعه من الجيب كل عام مقابل الخدمات المغطاة بموجب خطة الجزء "أ" والجزء "ب". وتقدم بعض الخطط تغطية غير طارئة خارج الشبكة، ولكن عادةً ما تكون بتكلفة أعلى. بالنسبة لبعض الخدمات أو العاقير، قد تحتاج إلى الحصول على موافقة (تسمى أيضاً الترخيص المسبق) من خطتك قبل تغطيتها. في بعض الحالات، قد تحتاج أيضاً إلى الحصول على إحالة للحصول على خدمات من أخصائي.

تذكر أنه يجب عليك استخدام البطاقة من خطة ميزات Medicare الخاصة بك للحصول على الخدمات التي تغطيها خطة برنامج Medicare. احتفظ ببطاقة Medicare الحمراء والبيضاء والزرقاء في مكان آمن لأنك قد تحتاج إليها لاحقاً.

إذا انضمت إلى خطة ميزات Medicare، فستظل تتمتع ببرنامج Medicare ولكنك ستحصل على معظم تغطية الجزء "أ" والجزء "ب" من خطتك، وليس خطة Medicare **الأصلية**.

ما هي أنواع خطط ميزات Medicare المختلفة؟

- خطة منظمة صيانة الصحة (HMO): انتقل إلى صفحة 66.
- خطة نقطة خدمة منظمة صيانة الصحة (HMOPOS): قد يسمح لك بالحصول على بعض الخدمات خارج الشبكة مقابل **مبلغ مشاركة في السداد أو مبلغ مشاركة تأميني**. انتقل إلى صفحة 66.
- خطة حساب التوفيرات الطبية (MSA): انتقل إلى صفحة 67.
- خطة منظمة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المفضلين (PPO): انتقل إلى صفحة 68.
- خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS): انتقل إلى صفحة 69.
- خطة الاحتياجات الخاصة (SNP): انتقل إلى صفحة 70.

ما هي الأشياء التي تغطيها خطط ميزات Medicare؟

توفر خطط ميزات Medicare جميع مزايا خطة الجزء "أ" وخطة الجزء "ب" تقريباً، بما في ذلك معظم المزايا الجديدة التي تنشأ عن القوانين أو قرارات سياسة Medicare. يستثنى من مزايا خطة ميزات Medicare الرعاية التلطيفية وبعض تكاليف التجارب السريرية. ولكن إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات Medicare، فستظل خطة Medicare الأصلية تساعدك في تغطية تكاليف الرعاية التلطيفية وبعض تكاليف الدراسات البحثية السريرية، والمزايا التي تأتي من القوانين أو قرارات سياسة Medicare التي لا تغطيها الخطة. يمكن للخطة اختيار عدم تغطية تكاليف الخدمات غير الضرورية طبياً بموجب برنامج Medicare. في بعض الحالات التي لم يحدد فيها برنامج Medicare معايير التغطية، قد تستخدم الخطط أيضاً معايير التغطية الخاصة بها لقرر ما إذا كانت بعض الخدمات ضرورية طبياً. إذا لم تكن متأكداً مما إذا كانت الخدمة معطاء، فتأكد من ذلك مع مقدم الخدمة خاصتك قبل الحصول على الخدمة. إذا كنت لا توافق على قرار التغطية، فيمكنك تقديم طعن (الصفحات 97-100).

قد تقدم الخطط بعض المزايا الإضافية

من خلال **خطة ميزات Medicare الأصلية**، قد تحصل على تغطية للأشياء التي لا تغطيها خطة برنامج Medicare، مثل برامج اللياقة البدنية (عضويات أو خصومات الصالات الرياضية) وبعض خدمات الرؤية والسمع وطب الفم والأسنان (مثل الفحوصات الروتينية أو التنظيف). يمكن لبعض الخطط أيضاً اختيار تغطية مزايا أخرى، مثل النقل إلى زيارات الطبيب، والعاقير المتاحة دون وصفة طبية والتي لا يغطيها الجزء "د"، وخدمات الرعاية الصحية الأخرى. تحقق من الخطة قبل الانضمام إليها لمعرفة المزايا التي تقدمها، وكيف تكفلتها، وما إذا كانت هناك أي قيود.

يمكن للخطط أيضاً تصميم باقات المزايا الخاصة بها لتقديم مزايا إضافية لبعض المقيدين المصابين بأمراض مزمنة. ستتوفر هذه الباقات مزايا مصممة خصيصاً لعلاج حالات محددة. على الرغم من أنه يمكنك الاستعلام من خطة ميزات Medicare قبل الانضمام إليها لمعرفة ما إذا كانت تقدم باقة المزايا هذه، فسوف تحتاج إلى الانتظار حتى تتضم إلى الخطة لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً.

احصل على أقصى استفادة من مزايا رعاية الأسنان الخاصة بك

إذا كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات Medicare، فتولى مسؤولية صحة فمك. اتصل بخطتك بشأن خدمات رعاية الأسنان التي قد تغطيها والقيود التي قد تتطبق.

يجب أن تتبع خطط ميزات Medicare قواعد برنامج Medicare

يدفع برنامج Medicare مبلغاً ثابتاً مقابل تغطيتك كل شهر للشركات التي تقدم خطط ميزات Medicare ويتعين على هذه الشركات اتباع القواعد التي وضعها برنامج Medicare. ومع ذلك، يمكن لكل خطة من خطط ميزات Medicare أن تفرض تكاليف مختلفة مدفوعة من الجيب وأن يكون لديها قواعد مختلفة لكيفية الحصول على الخدمات (مثل إذا كنت بحاجة إلى **احالة** للحصول على خدمات من أخصائي أو إذا كان يتعين عليك الذهاب إلى الأطباء أو المرافق أو الموردين المشاركون في شبكة الخطة للحصول على رعاية غير طارئة أو غير عاجلة). ويمكن تغيير هذه القواعد كل عام. يجب على مقدمي الخطة إشعارك بأي تغييرات قبل بدء عام الاشتراك التالي.

تذكر أن لديك خيار كل عام للاحتفاظ بخطبة ميزات Medicare الحالية الخاصة بك، أو اختيار خطة مختلفة، أو التبديل إلى خطة Medicare الأصلية. انتقل إلى صفحة 71.

يمكن لمنسوبي خدمات الرعاية الصحية الانضمام إلى شبكة مقدمي خدمات الرعاية الصحية الخاصة بخطبة معينة أو مغادرتها في أي وقت خلال العام. يمكن لخطبك أيضاً تغيير مقدمي خدمة الرعاية الصحية في الشبكة في أي وقت خلال العام. إذا حدث هذا، فلن تتمكن عادةً من تغيير الخطط، ولكن يمكنك اختيار مقدم خدمة رعاية صحية جديد. بشكل عام، لا يمكنك تغيير الخطط خلال العام.

هام! على الرغم من أن شبكة مقدمي خدمات الرعاية الصحية قد تتغير خلال العام، إلا أن الخطبة لا تزال يتبعن عليها منحك إمكانية الوصول إلى الأطباء والمتخصصين المؤهلين. ستقوم خطتك بإعلامك بأن مقدم الخدمة الخاص بك سيترك خطتك حتى يتوفر لديك الوقت لاختيار خطبة جديدة. ستحصل على هذا الإشعار إذا كان مقدم الرعاية الأولية أو الصحة السلوكية هو الذي سيترك الخطبة و كنت قد ذهبت إلى مقدم خدمة الرعاية هذا في السنوات الثلاث الماضية. إذا قام أي من مقدمي الرعاية الصحية الآخرين بترك خطتك، فسوف تتفقىء هذا الإشعار في مواقف معينة.

ستشمل خطتك أيضاً ما يلي:

- مساعدتك في اختيار مقدم خدمة رعاية صحية جديد لمواصلة إدارة احتياجاتك الصحية.
- مساعدتك على مواصلة الرعاية الازمة الجاري تنفيذها فعلياً.
- إبلاغك بفترات التسجيل المختلفة المتاحة لك والخيارات المتاحة لك لتغيير الخطط.

فراءة إشعاراتك بعناية حتى تكون على علم بأي تغييرات ويمكنك تغيير الخطط إذا لم تكن راضياً، سواء أثناء التسجيل المفتوح أو فترة التسجيل الخاصة، إذا كنت مؤهلاً.

عندما لا يتتوفر مقدم خدمة رعاية صحية أو ميزة داخل الشبكة أو لا يستطيع تلبية احتياجاتك الطبية، يتبعن أن يساعدك مقدمو خطتك في الحصول على أي خدمات **الضرورية طبياً** مغطاة خارج شبكة مقدمي الخدمة (بمشاركة التكلفة داخل الشبكة).

المقارنة: إذا كنت مشاركاً في خطة برنامج Medicare الأصلية ، فلن تحتاج إلى **احالة** للحصول على خدمات أخصائي في معظم الحالات (صفحة 57)، ولا تحتاج عموماً إلى موافقة مسبقة للحصول على  ميزة مغطاة تأمينياً.

هام! أقرأ المعلومات التي تحصل عليها من خطتك إذا كنت مشاركاً في **خطة مزايا Medicare**، راجع "إشعار التغيير السنوي" و"إثبات التغطية" من خطتك كل عام.

- إشعار التغيير السنوي: يشمل أي تغييرات في التغطية والتكاليف والمزيد والتي ستكون سارية المفعول في بناري. سوف ترسل لك خطتك نسخة مطبوعة بحلول يوم 30 سبتمبر.
- إثبات التغطية: يزودك بتفاصيل حول ما تغطيه الخطبة، ومقدار ما تدفعه، والمزيد في العام المقبل. سيتم إرسال إشعار لك (أو نسخة مطبوعة) من خطتك بحلول 15 أكتوبر. سوف يحتوي على معلومات حول كيفية الحصول عليه إلكترونياً أو عن طريق البريد.
- إذا لم تحصل على هذه المستندات الهامة، اتصل بخطتك.

فك في الاشتراك في النسخة الإلكترونية من كتيب "Medicare" وأنت" على Medicare.gov/go-digital حيث ستحصل على معلومات التكلفة والتغطية من خطتك.

ما الذي ينبغي لي معرفته عن خطط ميزات Medicare؟

للانضمام إلى خطة ميزات Medicare، يتعين عليك:

- الحصول على خدمات الجزء "أ" والجزء "ب".
- العيش في المنطقة التي تقدم فيها خدمات الخطة.
- أن تكون مواطناً أمريكيًا أو متواجداً بشكل قانوني في الولايات المتحدة.

الانضمام والانسحاب

- يمكنك الانضمام إلى خطة ميزات Medicare حتى لو كنت تعاني من حالة مرضية سابقة.
- يمكنك الانضمام إلى خطة ميزات Medicare أو الانسحاب منها في أوقات معينة فقط خلال العام. انتقل إلى صفحة 72-71.
- تتاح لخطط ميزات برنامج Medicare سنوياً حرية اختيار الانسحاب من برنامج Medicare أو إجراء تعديلات على نطاق التغطية المقدمة، أو التكاليف المترتبة، أو المنطقة الجغرافية التي تغطيها الخدمات، وغيرها من التفاصيل. وفي حال قررت أي من هذه الخطط التوقف عن المشاركة في البرنامج، فسيطلب منك حينها الانضمام إلى خطة ميزات برنامج Medicare أخرى أو العودة إلى خطة برنامج Medicare الأصلية. انتقل إلى صفحة 98.
- تلزム خطط ميزات برنامج Medicare بمتابعة قواعد محددة عند تزويدك بالمعلومات حول كيفية الاشتراك في خطتها. انتقل إلى الصفحتين 105-106 لمزيد من المعلومات حول هذه القواعد وكيفية حماية معلوماتك الشخصية.

ماذا لو كنت تعاني من مرض الكلى المزمن في مرحلته النهائية (ESRD)؟

إذا كنت تعاني من مرض الكلى المزمن في مرحلته النهائية (ESRD)، فلديك خياران للحصول على التغطية المقدمة من برنامج Medicare الأصلي أو خطة ميزات برنامج Medicare. إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج Medicare بسبب مرض الكلى فقط، وحصلت على زرع كلية، فستستمر تغطيتك لمدة 36 شهراً فقط بعد عملية الزرع. انتقل إلى صفحة 52 لمزيد من المعلومات حول كيفية الاستمرار في تغطيتك للعقاقير التي تساعد على منع رفض الجسم للكلية المزروعة.

تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")

تُغطي معظم خطط ميزات برنامج Medicare تكاليف العقاقير (الجزء "د"). ومع ذلك، هناك بعض الخطط التي لا تشمل هذه التغطية، (مثل خطط حسابات التوفيرات الصحية لبرنامج Medicare وبعض الخطط الخاصة بالدفع مقابل الخدمة). وفي هذه الحالات، يمكنك الاشتراك في خطة تغطية عقاقير مستقلة. ولكن، إذا اشتربت في خطة منظمة الحفاظ على الصحة أو خطة مزود الرعاية المفضل التي لا تغطي العقاقير، ، فلن تستطيع الاشتراك في خطة عقاقير منفصلة من خلال برنامج Medicare.

وفي هذه الحالة، ستضطر إما لاستخدام أي تغطية عقاقير أخرى لديك (مثل تغطية جهة العمل أو المتقاعد)، أو الاستغناء عن تغطية العقاقير تماماً. إذا لم تستفد من تغطية العقاقير في برنامج Medicare عندما تصبح مؤهلاً لها لأول مرة، وقد كانت تغطية العقاقير ليست **تغطية عقاقير موصوفة معتمدة**، فقد تضطر لدفع غرامة تأخير إذا قررت الاشتراك في خطة الجزء "د" لاحقاً. يمكنك الاطلاع على التفاصيل في (الصفحتين 83-85).

ماذا لو كان لدى تغطية أخرى؟

قبل أن تقرر الانضمام إلى خطة ميزات برنامج Medicare، يجب عليك التحدث إلى جهة العمل أو النقابة أو الجهة المسئولة عن مزاياك الصحية لمعرفة القواعد الخاصة بهم والشروط التي تتطبق عليك. في بعض الحالات، قد يؤدي اشتراكك في خطة ميزات برنامج Medicare إلى فقدانك للتغطية الصحية التي يقدمها لك عملك أو نقابتك، سواء لك أو لزوجتك أو لأطفالك، وقد يكون من الصعب استعادة هذه التغطية مرة أخرى. وفي حالات أخرى، إذا اشتربت في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، فقد يظل بإمكانك الاستمرار في استخدام التغطية المتاحة من خلال جهة عملك أو نقابتك جنباً إلى جنب مع خطة ميزات برنامج Medicare التي اشتربت بها. قد توفر لك جهة عملك أو نقابتك خطة صحية للتقاعدي لميزات Medicare تقوم برعايتها. تذكر أنه لا يمكنك الاشتراك في أكثر من خطة في نفس الوقت طبقاً لخطة ميزات برنامج Medicare.

ماذا لو كان لدى تأمين صحي تكميلي لبرنامج Medicare؟ (Medigap)

هام! إذا كنت تمتلك حالياً تأمين في برنامج **Medigap** وترغب في الاشتراك في خطة ميزات ، **خطة ميزات برنامج Medicare**، فقد يكون من المستحسن أن تلغي تأمين **Medigap** الخاص بك. تذكر أنه في حال قيامك بإلغاء تأمين برنامج **Medigap** للإشتراك في خطة ميزات برنامج **Medicare** ، قد تواجه صعوبة في إعادة تأمين **Medigap** بعد إلغائه، وذلك يعتمد على قوانين الولاية التي تسكن فيها وظروفك الشخصية. للحصول على المزيد من المعلومات حول إلغاء تأمين **Medigap**، يرجى زيارة الرابط التالي: [Medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies](https://www.medicare.gov/health-drug-plans/medigap/ready-to-buy/change-policies)

لا يمكن شراء اشتراكك في خطة ميزات برنامج Medicare، إلا في حالة رغبتك في العودة إلى خطة برنامج Medicare **الأصلية**. لا يمكن استخدام تأمين برنامج Medigap لدفع أي تكاليف إضافية مثل **مبلغ المشاركة في السداد، أو المبالغ المقطعة، أو القسط التأميني** التي تفرضها عليك خطة ميزات برنامج Medicare التي اشتريت بها.

ما هي التكاليف التي سأدفعها؟

تعتمد التكاليف التي تدفعها من جيبك في خطة ميزات برنامج Medicare على عدة عوامل، وهي كالتالي:

- إذا كانت الخطة تفرض عليك قسطاً تأمينياً شهرياً. تفرض بعض خطط ميزات برنامج Medicare قسطاً تأمينياً شهرياً بقيمة 0 دولار أي أنها تكون مجانية (بدون قسط)، لكنك قد تحتاج إلى دفع قسط الجزء "ب". أما إذا اخترت خطة تفرض قسطاً تأمينياً، فستدفعه بالإضافة إلى قسط الجزء "ب" (وقسط الجزء "أ" إذا كنت تدفعه).

• إذا كانت الخطة تساهم في دفع أيًّا من الأقساط الشهرية التأمينية للجزء "ب". تساعد بعض خطط ميزات برنامج Medicare في دفع جزء أو كل القسط التأميني للجزء "ب". ويُسمى هذا أحيانًا بـ"خفض القسط التأميني في برنامج Medicare للجزء "ب".

- إذا كانت الخطة فرض مبالغ مقطعة سنويًا أو أي خصومات إضافية لخدمات معينة.
 - المبلغ المالي الذي تدفعه مقابل كل زيارة أو خدمة، مثل مبلغ المشاركة في السداد أو **مبلغ المشاركة التأميني**.
 - لا يمكن لخطط ميزات برنامج Medicare أن تفرض تكاليف أعلى من تكاليف الرعاية الصحية الأصلية.
 - لبرنامج Medicare خدمات معينة، مثل العلاج الكيميائي والغسيل الكلوي والأقامة لمدة 21 إلى 100 – في **مرافق رعاية المريض الماهرة**.

- نوع خدمات الرعاية التي تحتاج إليها وعدد مرات الحصول عليها.

- إذا كنت تحصل على خدمات من مقدم الرعاية الصحية الموجود داخل نطاق خطة خدmantك أو من مقدم خدمات آخر غير مرتبط بالخطة. إذا ذهبت إلى طبيب أو أي مقدم رعاية صحية آخر أو منشأة أو مورد لا يوجد ضمن نطاق خطة خدمات الرعاية غير الطارئة أو غير العاجلة، فهذا يدل على أن الخطة لا تعطي خدمتك أو قد تكون تكاليف أعلى، من إمكانات الخطة.

هل تتعامل مع طبيب أو مورد يقبل **التكليف** إذا كنت مشتركاً في خطط منظمة مزودي الرعاية الصحية المفضلين أو خطة خاصة للدفع مقابل الخدمة أو خطة حسابات توفيرات الرعاية الطبية (MSA) وتتلقى خدمات من خارج الخطة). انتقل إلى الصفحتان من 59-60 للحصول على مزيد من المعلومات حول التكليف.

- ما إذا كانت الخطة توفر مزايا إضافية (بالإضافة إلى مزايا خطة برنامج Medicare الأصلية) وإذا كان يتعين عليك دفع المزيد للحصول عليها.

- هناك حد سنوي للخطة لمعرفة التكاليف المدفوعة من الجيب لجميع الخدمات المغطاة بالجزء "أ" والجزء "ب". بمجرد الوصول إلى هذا الحد، لن تدفع أي شيء مقابل خدمات الرعاية الصحية المغطاة بالجزء "أ" والجزء "ب".

- إذا كنت تتمتع ببطاقة برنامج **Medicaid** أو تحصل على مساعدة من ولايتك من خلال برنامج توظيفات **Medicare**. انتقل إلى صفحة 91–92.

للزيادة من المعلومات حول تكاليفك في خطة ميزات برنامج Medicare المحددة، يمكنك الاتصال بالخطة مباشرةً أو زيارة الموقع التالي: Medicare.gov/plan-compare

كيف أعرف ما إذا كانت خطي تغطي الخدمة أو العقاقير أو المستلزمات التي أحتاجها؟

يمكنك أنت أو مقدم الرعاية الخاص بك طلب قرار مسبق، شفهياً أو كتابياً، من شركة التأمين الخاصة بخطتك لمعرفة ما إذا كانت تغطي الخدمة أو الدواء أو المستلزمات التي تحتاجها. كما يمكنك أيضاً معرفة مقدار المبلغ الذي ينبغي عليك دفعه. ويسمى ذلك "القرار التنظيمي". ويتعين عليك في بعض الأحيان فعل هذا كترخيص مسبق لخطتك لتغطية الخدمة أو الدواء أو المستلزمات. انظر إلى صفحة 101.

يمكنك أنت أو من يمتلك أو طببك طلب هذا القرار التنظيمي، سواء كان شفهياً أو كتابياً. ويمكنك أو ممثلك أو طببك طلب قرار سريع بشأن طلب قرار تنظيمي، وذلك بناءً على احتياجاتك الصحية. إذا رفضت شركة التأمين تغطية الخدمة، فستلقي قراراً مكتوباً بذلك، ولهذا القرار حق الاستئناف. انظر إلى صفحة 97-100.

إذا أحالك مقدم خدمة تابع لشركة التأمين إلى طبيب آخر غير متعاقد مع الشركة، ولم يتم الحصول على قرار مسبق، فإن هذا يسمى "الرعاية الموجهة من الخطأ" في معظم الحالات، لن تدفع أكثر من المبلغ المعتمد الذي تحدده خطتك. راجع الأمر مع مزود خطيتك للمزيد من المعلومات بشأن هذه الحماية.

أنواع خطط ميزات برنامج Medicare

خططة منظمة الحفاظ على الصحة (HMO)



هل يمكنني الذهاب إلى أي طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر أو مستشفى لأحصل على الرعاية الصحية؟

لا. بشكل عام، يجب أن تحصل على الرعاية والخدمات من أطباء وتقديمي الرعاية الصحية أو مستشفيات ضمن نطاق الخطة (باستثناء حالات الرعاية الطارئة، والرعاية العاجلة خارج المنطقة، أو غسيل الكلى المؤقت خارج المنطقة، والتي يتم تغطيتها سواءً أجريت ضمن نطاق خطة أم خارجها). ومع ذلك، تقدم بعض خطط منظمة الحفاظ على الصحة، والمعروفة باسم خطط نقاط خدمة منظمة المحافظة على الصحة (HMOPOS)، ميزة خارج النطاق لبعض أو كل المزايا المغطاة مقابل [مبلغ مشاركة في السداد إضافي أو مبلغ مشاركة تأميني](#).

هل تغطي هذه الخطط العقاقير الموصوفة بوصفه طيبة؟

في معظم الحالات، نعم. إذا كنت تخاطر للالتحاق بخططة منظمة الحفاظ على الصحة وترغب في الحصول على تغطية العقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د")، فيجب أن تشتراك في خططة منظمة الحفاظ على الصحة التي تقدم تغطية العقاقير من برنامج Medicare. إذا اشتراكك في خططة منظمة الحفاظ على الصحة بدون تغطية للعقاقير، فلا يمكنك الاشتراك في خطوة عقاقير منفصلة تابعة لبرنامج Medicare.

هل أحتاج إلى اختيار طبيب الرعاية الأولية؟

في معظم الحالات، نعم.

هل يلزم الحصول على حالة طبيب لاستشارة طبيب متخصص؟

في معظم الحالات، نعم. لا تتطلب بعض الخدمات، مثل فحوصات تصوير الثدي السنوية، إحالة طبية.

ما هي الأشياء الأخرى التي يجب أن أعرفها عن هذا النوع من الخطط؟

- إذا حصلت على رعاية صحية غير طارئة خارج نطاق الخطة دون إذن، فقد تضطر إلى دفع التكفة بالكامل.
- يجب اتباع قواعد الخطة، مثل الحصول على موافقة مسبقة لخدمة معينة عند الحاجة.
- قم بزيارة الموقع التالي: [Medicare.gov](#) أو تحقق من الخطة للحصول على مزيد من المعلومات.

خطة حسابات التوفيرات الطبية (MSA)

MSA

هل يمكنني الذهاب إلى أي طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر أو مستشفى لأحصل على الرعاية الصحية؟

نعم. يمكنك الذهاب إلى أي طبيب معتمد من برنامج Medicare أو أي مقدم رعاية صحية آخر أو أي مستشفى توافق على علاجك على أن تكون (ضمن نطاق البنود والخدمات المغطاة بالجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare). عادةً لا تمتلك خطط حسابات التوفيرات الطبية شبكة محددة من الأطباء أو مقدمي الرعاية الصحية الآخرين أو المستشفيات.

هل تغطي هذه الخطط العقاقير الموصوفة بوصفه طبية؟

لا. إذا اشتربت في خطة حسابات التوفيرات الطبية وكانت ترغب في الحصول على تغطية العقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د")، فسيتعين عليك الاشتراك في خطة عقاقير منفصلة تابعة لبرنامج Medicare.

هل يلزم اختيار طبيب رعاية أولية؟

لا يلزم ذلك.

هل يلزم الحصول على حالة طبيب لاستشارة طبيب متخصص؟

لا يلزم ذلك.

ما هي الأشياء الأخرى التي يجب أن أعرفها عن هذا النوع من الخطط؟

تقوم الخطة بإيداع مبلغ من المال في حساب توفيرات خاص لاستخدامه في دفع تكاليف الرعاية الصحية. يختلف مبلغ الإيداع حسب الخطة. يمكنك استخدام هذا المبلغ لدفع تكاليف الخدمات المغطاة من برنامج Medicare قبل استنفاد **المبالغ المقطعة**. يبقى أي مبلغ متبقى في حسابك بنهاية العام. وإذا استمررت في الخطة في العام التالي، ستقوم الخطة بإضافة أي إيداعات جديدة إلى المبلغ المتبقى.

- لا تفرض خطط حسابات التوفيرات الطبية **قسط تأمين**، ولكن يجب عليك الاستمرار في دفع **قسط التأمين الخاص** بالجزء "ب".
- لن تبدأ الخطة بتغطية تكاليف الخدمات المغطاة بالجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare إلا بعد استنفاد المبالغ المقطعة سنويًا، والتي تختلف حسب الخطة.
- قد تغطي بعض الخطط بعض المزايا الإضافية، مثل خدمات العيون والسمع. والأسنان. وقد تضطر إلى دفع **قسط تأمين** لهذه التغطية الإضافية.
- قم بزيارة موقع [Medicare.gov](#) أو تتحقق من الخطة للحصول على مزيد من المعلومات.

PPO

خططة منظمة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المفضلين (PPO)

هل يمكنني الذهاب إلى أي طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر أو مستشفى لأحصل على الرعاية الصحية؟

نعم، تسمح لك خطط منظمة مقدمي الرعاية الصحية المفضلين باللجوء إلى شبكة من الأطباء والمتخصصين والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الذين تتعاقد معهم الخطة. كما يمكنك أيضاً زيارة مقدمي خدمات خارج الشبكة للخدمات المغطاة (رغم أن التكلفة قد تكون أعلى) شريطة أن يوافق مقدم الخدمة على علاجك وأن يكون مسجلاً في برنامج Medicare (للخدمات المغطاة في الجزء "أ" والجزء "ب" من البرنامج). وتحصل دائمًا على تغطية للرعاية الطارئة والحرجة.

هل تغطي هذه الخطط العقاقير الموصوفة بوصفه طبية؟

في معظم الحالات، نعم. إذا كنت تخاطط للالتحاق بخططة منظمة مقدمي الرعاية الصحية المفضلين وترغب في الحصول على تغطية العقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د")، فيجب أن تشتراك في خطة منظمة مقدمي الرعاية الصحية المفضلين التي تقدم تغطية العقاقير من برنامج Medicare. إذا اشتراك في إحدى خطط مزودي الرعاية الصحية المفضلين (PPO) التي لا تشمل تغطية العقاقير، فيمكنك الاشتراك في خطة عقاقير من Medicare منفصلة.

هل يلزم اختيار طبيب رعاية أولية؟

لا يلزم ذلك.

هل يلزم الحصول على حالة طبيب لاستشارة طبيب متخصص؟

في معظم الحالات، لا يلزم ذلك. ولكن إذا اخترت زيارة أخصائيي داخل الخطة (ضمن الشبكة)، فستكون تكاليف الخدمات المغطاة أقل مقارنةً بزيارتكم لأخصائيين خارج نطاق الخطة (خارج الشبكة).

ما هي الأشياء الأخرى التي يجب أن أعرفها عن هذا النوع من الخطط؟

- نظرًا لأن بعض مقدمي الخدمات في منظمة مقدمي خدمات الرعاية الصحية المفضلين يحظون "بتفضيل"، يمكنك توفير أموالك عن طريق استخدام خدماتهم.

- قم بزيارة موقع [Medicare.gov](#) أو تحقق من الخطة للحصول على مزيد من المعلومات.

PFFS خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة (PFFS)

هل يمكنك الذهاب إلى أي طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر أو مستشفى لأحصل على الرعاية الصحية؟

يمكنك الذهاب إلى أي طبيب معتمد، أو أي مزود رعاية صحية آخر، أو مستشفى معتمد من Medicare يقبل شروط الدفع الخاصة بالخطة ويوافقون على معالجتك، على أن تكون (ضمن نطاق البنود والخدمات المغطاة بالجزء "أ" والجزء "ب" من برنامج Medicare). إذا اشتربت في إحدى خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة التي تمتلك شبكة مزودي خدمات، يمكنك أيضًا الذهاب إلى أي من مزودي الخدمات في الشبكة ومن وافقوا على معالجة أعضاء شبكة الخطة على الدوام. ويمكنك أيضًا أن تختار أحد الأطباء أو المستشفيات أو مزودي الخدمات الآخرين من خارج الشبكة الذين يقبلون شروط الخطة، ولكنك قد تدفع أكثر في تلك الحالة.

هل تغطي هذه الخطط العقاقير الموصوفة بوصفه طبية؟

في بعض الأحيان، إذا كانت خطة الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة لا توفر تغطية العقاقير، فيمكنك الاشتراك في إحدى خطط عقاقير Medicare المنفصلة للحصول على التغطية ("الجزء "د").

هل يلزم اختيار طبيب رعاية أولية؟

لا يلزم ذلك.

هل يلزم الحصول على إحالة طبيب لاستشارة طبيب متخصص؟

لا يلزم ذلك.

ما هي الأشياء الأخرى التي يجب أن أعرفها عن هذا النوع من الخطط؟

- تحدد الخطة مقدار ما تدفعه مقابل الخدمات. سترسل الخطة "إشعار التغيير السنوي" و"إثبات التغطية" كل عام، والتي تتضمن معلومات حول مشاركتك في التكاليف.
- تعتقد بعض خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة مع شبكة من مقدمي الخدمات الذين يوافقون دائمًا على علاجك، حتى لو لم تكن قد استفدت من خدماتهم من قبل.
- قد يقرر الأطباء والمستشفيات ومقدمو الخدمات الآخرين خارج الشبكة عدم علاجك، حتى لو كنت قد استفدت من خدماتهم من قبل.
- في حالة الطوارئ الطبية، يجب على الأطباء والمستشفيات ومقدمي الخدمات الآخرين علاجك.
- بالنسبة لكل خدمة تحصل عليها، تأكد من إظهار بطاقة عضوية الخطة لكل مقدم خدمة قبل تلقي العلاج.
- قم بزيارة موقع [Medicare.gov](#) أو تتحقق من الخطة للحصول على مزيد من المعلومات.

خططة الاحتياجات الخاصة (SNP)

SNP

تقدم خطة الاحتياجات الخاصة (SNP) مزايا وخدمات للأشخاص الذين يعانون من أمراض معينة أو لديهم احتياجات رعاية صحية معينة أو يحصلون على تغطية تأمين صحي من برنامج Medicaid. تخصص خطط الاحتياجات الخاصة مزاياها، وخيارات المقدمين، وقائمة العاقاقير المشمولة بالتحقيقية (الوصفات) من أجل أفضل تلبية لاحتياجات المجموعات التي تخدمها.

هل يمكنني الذهاب إلى أي طبيب أو مقدم رعاية صحية آخر أو مستشفى لأحصل على الرعاية الصحية؟

تختلف خطط الاحتياجات الخاصة في تغطيتها للخدمات المقدمة، فبعض الخطط تشمل هذه الخدمات، بينما لا تشملها خطط أخرى. لذا، عليك التأكد من تفاصيل خطتك لمعرفة ما إذا كانت تغطي الخدمات التي تحصل عليها خارج الشبكة، وما هي التكاليف الإضافية التي قد تدفعها في هذه الحالة.

هل تغطي هذه الخطط العاقاقير الموصوفة بوصفه طبية؟

نعم. يجب أن توفر جميع خطط الاحتياجات الخاصة تغطية العاقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د")

هل يلزم اختيار طبيب رعاية أولية؟

تختلف هذه النقطة بين خطط التأمين، فبعض خطط الاحتياجات الخاصة يتطلب طبيب رعاية أولية والبعض الآخر لا يتطلب ذلك. عليك التتحقق من خطتك لمعرفة ما إذا كان عليك اختيار طبيب رعاية أولية.

هل يلزم الحصول على حالة طبيب لاستشارة طبيب متخصص؟

تختلف هذه النقطة أيضاً بين خطط الاحتياجات الخاصة، فبعضها يتطلب حالة طبية والبعض الآخر لا يتطلب مع ذلك، هناك خدمات معينة، مثل فحوصات الثدي السنوية، لا تتطلب تحويلاً طبياً. عليك التتحقق من خطتك لمعرفة ما إذا كنت بحاجة إلى تحويل طبي.

ما هي الأشياء الأخرى التي يجب أن أعرفها عن هذا النوع من الخطط؟

- يمكن للأشخاص الذين ينطبق عليهم الشروط المحددة الاشتراك في هذا النوع من الخطط، ولكن ليس من الضروري أن يشتراكوا في خطط الاحتياجات الخاصة.

خططة الاحتياجات الخاصة مزدوجة الأهلية (D-SNP): الأشخاص المؤهلون لهذا النوع من الخطط هم

الذين يستحقون كلاً من برنامج Medicare وبرنامج Medicaid. تعمل خطة الاحتياجات الخاصة مزدوجة الأهلية بالتعاون مع برنامج Medicaid التابع لولايتك لتنسيق مزايا برنامج Medicare و Medicaid. قد تقدم بعض خطط الاحتياجات الخاصة مزدوجة الأهلية خدمات Medicaid بالإضافة إلى خدمات Medicare. اتصل بمكتب المساعدة الطبية بالولاية (التابع لبرنامج Medicaid) للتحقق من أهلية لك للحصول على Medicaid.

خططة خاصة للأشخاص المصابين بأمراض مزمنة (C-SNP): الأشخاص المؤهلون لهذا النوع من الخطط

هم الذين يعانون من أمراض مزمنة خطيرة أو معيبة مثل (أمراض السكري، أو الفشل الكلوي المرحلة النهائية، أو فيروس نقص المناعة البشرية (إيدز)، أو قصور القلب المزمن، أو الخرف). قد تحدد بعض الخطط عضوية الاشتراك في مرض مزمن واحد أو مجموعة من الأمراض المزمنة ذات الصلة.

خططة الاحتياجات الخاصة المؤسسية (I-SNP-I): الأشخاص الذين يعيشون في إحدى المؤسسات الرعاية (مثل دور رعاية المسنين)، أو المقيمين في المجتمع المحلي ولكنهم يحتاجون إلى مستوى عالٍ من الرعاية التمريضية المنزلية.

- لكي تجد وتقارن خطط الاحتياجات الخاصة وغيرها من خطط مزايا برنامج Medicare في منطقتك، قم بزيارة الرابط التالي:

[Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare)

قم بتصفية نتائج البحث حسب "برامج الاحتياجات الخاصة" لمعرفة ما إذا كانت خطة الاحتياجات الخاصة متوفرة في منطقتك. تحقق من الخطة للحصول على مزيد من المعلومات.

يمكنك الانضمام إلى خطة ميزات Medicare، أو تغيير خطتك الحالية، أو إلغاء اشتراكك، أو إجراء تغييرات على خطتك الحالية.

<p>عندما أصبح مؤهلاً لأول مرة لبرنامج Medicare، يمكنك الانضمام إلى خطة ميزات Medicare. إذا اشتراكك في خطة ميزات Medicare خلال فترة التسجيل الأولى، يمكنك الانتقال إلى خطة ميزات Medicare تاً أخرى (مع أو بدون تعطية لعاقير) أو العودة إلى برنامج Medicare الأصلي (مع أو بدون خطة عاقير منفصلة) خلال الأشهر الثلاثة الأولى على صولك من Medicare.</p>	<p>عندما تصبح مؤهلاً لأول مرة لبرنامج Medicare</p>	<p>فترة التسجيل الأولية انقل إلى صفحة 17.</p>
<p>إذا كان لديك تغطية الجزء "أ" وحصلت على الجزء "ب" لأول مرة خلال هذه الفترة، يمكنك أيضاً الاشتراك في خطة ميزات Medicare برنامج Medicare تاً آخر (مع أو بدون خطة عاقير منفصلة) خلال الأشهر الثلاثة الأولى على صولك من Medicare.</p> <p>تبدأ تغطيتك في أول يوم من الشهر التالي للتسجيل.</p> <p>تنكر أنه يجب أن يكون لديك كلاً من الجزء "أ" والجزء "ب" للانضمام إلى خطة ميزات Medicare.</p>	<p>في الفترة من 1 يناير حتى 31 مارس</p>	<p>فترة التسجيل العامة انقل إلى صفحة 18.</p>
<p>يمكنك الاشتراك في خطة ميزات Medicare أو تغيير خطتك الحالية أو إلغاء الاشتراك فيها خلال فترة التسجيل المفتوحة كل عام.</p> <p>تبدأ تغطيتك اعتباراً من 1 يناير (طالما أن الخطوة تتفق طلب الاشتراك الخاص بك قبل 7 ديسمبر).</p>	<p>من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر</p>	<p>فترة التسجيل المفتوحة</p>
<p>إذا اشتراكك في خطة ميزات برنامج Medicare خلال هذه الفترة وغيرت رأيك، يمكنك العودة إلى برنامج Medicare الأصلي أو الانتقال إلى خطة ميزات Medicare مختلفة (حسب التغطية الأنسب لك)، وذلك خلال فترة التسجيل المفتوحة لخطة ميزات Medicare (من 1 يناير إلى 31 مارس) الموضحة في الصفحة التالية.</p>		

فترة التسجيل المفتوحة لخطة ميزات برنامج Medicare	في الفترة من 1 يناير حتى 31 مارس ملاحظة: يمكنك تغيير خطتكمرة واحدة فقط خلال هذه الفترة.	إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات برنامج Medicare (مع أو بدون تغطية للعقاقير)، يمكنك إجراء ما يلي في هذه الفترة: <ul style="list-style-type: none"> • الانتقال إلى خطة ميزات برنامج Medicare أخرى (مع أو بدون تغطية للعقاقير). • إلغاء اشتراكك في خطة ميزات برنامج Medicare والعودة إلى برنامج Medicare الأصلي. الاشتراك في خطة عقاقير منفصلة تابعة لبرنامج Medicare. في أثناء تلك الفترة لا تستطيع القيام بما يلي: <ul style="list-style-type: none"> • التبديل من خطة برنامج Medicare الأصلي إلى إحدى خطط ميزات برنامج Medicare. • الاشتراك في خطة عقاقير منفصلة إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare الأصلي. • التبديل بين خطة عقاقير إلى خطة عقاقير أخرى إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare الأصلي. لا يمكنك إجراء سوى تغييرًا واحدًا في أثناء تلك الفترة، وأي تغيير تجربه سوف يسرى اعتبارًا من اليوم الأول في الشهر التالي لتلقي الخطة طلبك. إذا أردت الرجوع إلى برنامج Medicare الأصلي والاشتراك في خطة عقاقير منفصلة، فلن تحتاج إلى الاتصال بخطة ميزات برنامج Medicare الخاصة بك لإلغاء الاشتراك. سوف يحدث إلغاء الاشتراك تلقائيًا عند اشتراكك في خطة العقاقير.
في معظم الحالات، إذا اشتريت في خطة ميزات برنامج Medicare، يجب عليك الاحتفاظ بها للسنة التقويمية التي يبدأ فيها تغطيتك. ومع ذلك، في بعض الحالات، مثل حالة التبديل أو فقدان تغطية تأمينية أخرى، قد تتمكن من الاشتراك في خطة ميزات Medicare أو تغييرها أو إلغاء اشتراكك فيها خلال فترة التسجيل الخاصة. انتقل إلى صفحة 80.	الحدث المؤهل للحياة	فترة التسجيل الخاصة انتقل إلى صفحة 17.
يستخدم برنامج Medicare تصنيفاً من عدد نجوم من 1 إلى 5 لمساعدتك على مقارنة الخطط بناءً على الجودة والأداء. إذا كانت خطة ميزات أو خطة عقاقير أو خطة تكلفة Medicare حاصلة على تصنيف جودة 5 نجوم متوفرة في منطقتك، فيمكنك استخدام فترة التسجيل الخاصة لخطه 5 نجوم للانتقال من خطة الحالية إلى خطة Medicare الحاصلة على جودة تصنيف 5 نجوم. قم بزيارة موقع Medicare.gov لمزيد من المعلومات.	من 8 ديسمبر إلى 30 نوفمبر من العام التالي	فترة التسجيل الخاصة لخطه 5 نجوم ملاحظة: يمكنك تغيير خطتكمرة واحدة فقط خلال هذه الفترة.

هام! إذا قمت بإلغاء التأمين التكميلي لبرنامج Medicare (Medigap) للاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare، أخرى، فقد لا تتمكن من استعادة نفس البوليصة مرة أخرى. وكذلك، إذا كنت ترغب في العودة إلى برنامج Medicare الأصلي ولم تلغ اشتراكك في خطة ميزات برنامج Medicare خلال 12 شهراً من الاشتراك فيه، فقد تكون قدرتك على الحصول على بوليصة تأمين تكميلي لبرنامج Medicare محدودة عند عودتك إلى برنامج Medicare الأصلي. انتقل إلى صفحة 78.

ملاحظة: بشكل عام، عندما تشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare، يجب عليك الاحتفاظ بهذه الخطة لبقية العام، إلا إذا ألغيتها للعودة إلى برنامج Medicare الأصلي خلال 12 شهراً من الاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare. يمكنك إلغاء أو تغيير خطط ميزات برنامج Medicare خلال فترة التسجيل المفتوحة، أو فترة التسجيل المفتوحة لخطة ميزات برنامج Medicare، أو يمكنك إلغاؤها إذا كنت مؤهلاً لفترة تسجيل خاصة.

هل يقدم برنامج Medicare أنواعاً أخرى من الخطط أو البرامج للحصول على التغطية الصحية؟

نعم، قد يقدم برنامج Medicare بعض الخطط والبرامج الأخرى في منطقتك. تقدم بعض هذه الخطط تغطية لكل من الجزء "أ" (تأمين المستشفيات) والجزء "ب" (التأمين الطبي)، بينما يقدم البعض الآخر تغطية للجزء "ب" فقط. كما يقدم بعضها تغطية للعقاقير (الجزء "د"). تحتوي هذه الخطط على بعض القواعد المشابهة لخطط ميزات برنامج Medicare (بعض منها وليس كلها)، ولكن لكل منها قواعد واستثناءات خاصة بها، لذا يجب عليك الاتصال بأي خطة تهمك للحصول على مزيد من التفاصيل.

خطط تكلفة الرعاية الصحية التابعة لبرنامج Medicare

خطط تكلفة الرعاية الصحية التابعة لبرنامج Medicare هي نوع من **الخطط الصحية** المتاحة في مناطق محددة ومعينة من البلاد.

- يمكنك بشكل عام الاشتراك في هذه الخطط حتى لو كان لديك تغطية للجزء "ب" فقط.
- إذا كانت لديك تغطية للجزء "أ" والجزء "ب" واستخدمت خدمات من مقدم خدمة خارج الشبكة، فإن برنامج Medicare الأصلي يغطي هذه الخدمات. ستدفع للجزء "أ" والجزء "ب" **مبلغ مشاركة تأميني** و **مبلغ مقطوع**.
- يمكنك الاشتراك في الخطة في أي وقت إذا كانت قبل أعضاء جدد.
- يمكنك إلغاء الاشتراك في أي وقت والعودة إلى برنامج Medicare الأصلي.
- يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير منفصلة تابعة لبرنامج Medicare، أو يمكنك الحصول على تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") من خطة تكلفة الرعاية الصحية التابعة لبرنامج Medicare (إذا كانت تقدم). يمكنك اختيار الاشتراك في خطة عقاقير منفصلة تابعة لبرنامج Medicare حتى إذا كانت خطة تكلفة الرعاية الصحية تقدم تغطية عقاقير Medicare. لا يمكنك إضافة أو إلغاء تغطية العقاقير إلا في أوقات معينة (صفحات 81-80).

يمكنك زيارة موقع Medicare.gov/plan-compare لمعرفة ما إذا كانت هناك خطط تكلفة للرعاية الصحية في منطقتك. يمكنك الاتصال بالخطة التي تهمك للحصول على مزيد من المعلومات. يمكن لبرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP) أن يساعدك أيضاً. انتقل إلى الصفحتين 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). يمكن للوكيل أو الوسيط الموثوق به أيضاً تقديم المساعدة.

برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)

إن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE) هو برنامج مشترك بين برنامجي Medicaid و Medicare يُقدم في العديد من الولايات الأمريكية، والذي يسمح للأشخاص الذين يحتاجون عادةً إلى مستوى رعاية مُعادل لدور رعاية المسنين بالبقاء في المجتمع، مثل المنزل أو الشقة أو أي مكان إقامة مناسب آخر. يجب أن تستوفي هذه الشروط للتأهل لبرنامج الرعاية الشاملة للمسنين:

- أن تكون بعمر 55 عاماً أو أكبر.
- أن تقيم في منطقة خدمة منظمة الرعاية الشاملة للمسنين.
- أن تكون حاصلاً على شهادة من لا ينفك تفاصيلها إلى مستوى رعاية مُعادل لدور رعاية المسنين.
- أن تكون قادراً على العيش بأمان في المجتمع بمساعدة خدمات الرعاية الشاملة للمسنين في وقت انضمامك للبرنامج.

يعطي برنامج الرعاية الشاملة للمسنين جميع الرعاية والخدمات التي يعطيها كل من Medicaid و Medicare بالإضافة إلى خدمات أخرى يقرر فريق أخصائي الرعاية الصحية في الرعاية الشاملة للمسنين أنها لازمة لتحسين صحتك وعافيتك والحفاظ عليهما. يشمل ذلك العقاقير بالإضافة إلى أي رعاية ضرورية طبياً، مثل زيارات الطبيب أو مقدمي الرعاية الصحية، والمواصلات، والرعاية المنزلية، وزيارات المستشفى، وحتى الإقامة في دور رعاية المسنين عند الضرورة.

إذا كنت مشاركاً في Medicaid، فلن تضطر إلى دفع **قسط تأميني** شهري للرعاية طويلة الأجل ضمن مزايا الرعاية الشاملة للمسنين. إذا كنت مشاركاً في Medicare وليس في Medicaid، فسيتم تحصيل قسط تأميني شهري لتغطية الرعاية طويلة الأجل ضمن مزايا الرعاية الشاملة للمسنين وقطع العقاقير التابعة لبرنامج Medicare (الجزء "د"). ومع ذلك، لا يوجد في برنامج الرعاية الشاملة للمسنين **مبلغ مقطعة أو مبلغ مشاركة في السداد** لأي عقاقير أو خدمة أو رعاية يوافق عليها فريق أخصائي الرعاية الصحية في الرعاية الشاملة للمسنين.

قم بزيارة موقع Medicare.gov/pace لمعرفة ما إذا كانت هناك منظمة رعاية شاملة للمسنين تخدم مجتمعك.

الابتكار في برنامج Medicare

يسعى برنامج Medicare جاهداً لتطوير نماذج و**عروض توضيحية**، ومبادرات تجريبية مبتكرة، بهدف تقييم وتحديد أثر التغييرات المحتملة على البرنامج. تهدف هذه المبادرات إلى إيجاد سبل جديدة لتوفير رعاية صحية ذات قيمة أعلى لك، بحيث تركز على تحسين جودة الرعاية ورفع كفاءة مقدمي الخدمات وتحسين تجربتك كمريض. قد تشمل هذه المبادرات خفض التكاليف وت تقديم مزايا وخدمات إضافية. تجد الإشارة إلى أن هذه المبادرات تكون محدودة المدة ووجهة لمجموعات محددة من الأفراد أو مناطق جغرافية معينة.

تشمل أمثلة النماذج والعروض التوضيحية والمبادرات التجريبية الحالية والمستقبلية ابتكارات **في مجال الخرف**، أو **الرعاية الأولية**، والرعاية المتعلقة بإجراءات محددة (مثل استبدال مفصل الورك والركبة)، ورعاية السرطان، ورعاية مراقبة التمريض الماهر أو رعاية التأهيل، ورعاية الأشخاص المصابة بأمراض الكلى المزمنة والفشل الكلوي المزمن. بالإضافة إلى ذلك، يستكشف برنامج Medicare فرص الابتكار من خلال الشراكة مع **منظمات الرعاية المسؤولة (ACOs)**.

ننصحك باستشارة طبيبك لمعرفة ما إذا كان يشارك في أي من هذه المبادرات، التي تحتوي على النماذج والعروض التوضيحية والبرامج التجريبية وما هي الآثار المتوقعة على رعايتك الصحية. لمعرفة المزيد عن النماذج والعروض التوضيحية والمبادرات الخاصة ببرنامج Medicare الحالية، اتصل بالرقم التالي: 1-800-MEDICARE (1-877-486-2048). يمكن لمستخدمي الهاتف الصوتي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-633-4227.

القسم 5:

التأمين التكميلي لبرنامج (Medigap) Medicare

كيف يعمل التأمين التكميلي؟ Medigap

لا يغطي برنامج **Medicare الأصلي** للتغطية كافة التكاليف المتعلقة بالخدمات والمستلزمات الصحية المؤهلة. لذلك، تأتي بعد التأمين التكميلي (**Medigap**) الذي تقدمه شركات التأمين الخاصة من الأمور المهمة، حيث يساعد هذا النوع من التأمين على تغطية جزء من التكاليف المتبقية التي لا يغطيها برنامج Medicare، مثل **مبلغ المشاركة في السداد، مبلغ المشاركة التأميني، و المبالغ المقاطفة**.

بالإضافة إلى ذلك، قد تغطي بعض بوليصات **Medigap** خدمات صحية إضافية غير مشمولة في برنامج **Medicare الأصلي**، مثل الرعاية الطبية أثناء السفر خارج الولايات المتحدة. بشكل عام، لا يغطي التأمين التكميلي **Medigap** خدمات الرعاية طويلة الأجل (مثل الرعاية في دور الرعاية المسنين)، أو خدمات الرؤية أو الأسنان، أو أجهزة السمع، أو النظارات الطبية، أو التمريض الخاص.

بوليصات التأمين التكميلي **Medigap** موحدة ومعيارية

تخصيص بوليصات التأمين التكميلي **Medigap** إلى قوانين اتحادية وولائية صارمة تهدف إلى حماية حقوق المستفيدين. يجب أن تحمل هذه البوليصات تسمية واضحة وهي "التأمين تكميلي لبرنامج Medicare". لا يمكن لشركات التأمين أن تبيع لك إلا خططاً "موحدة" فقط، والتي يتم تسميتها في معظم الولايات بالحروف من A إلى D، F، G، K إلى N. تقدم جميع الخطط التي تحمل نفس الحرف نفس المزايا الأساسية، بغض النظر عن مكان إقامتك أو شركة التأمين التي تشتري منها البوليصة. بعض الخطط تقدم مزايا إضافية. قارن بين مزايا كل خطط الحروف لتجد خطة تلبي احتياجاتك. يتم توحيد بوليصات التأمين التكميلي **Medigap** في ولايات ماساتشوستس، مينيسوتا، وويسكونسن، بطريقة مختلفة عن بقية الولايات. للحصول على معلومات والعثور على بوليصات **Medigap** في منطقتك قم بزيارة الموقع التالي:

[Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans](https://www.Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans)

يمكنك أيضًا زيارة الموقع التالي: [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) لاستعراض الكتيب، "واختيار بوليصة تأمين تكميلي لبرنامج Medicare": دليل التأمين الصحي للأفراد الملتحقين ببرограм **Medicare** أو طباعته.

هام! لا يُسمح لخطط التأمين التكميلي **Medigap** المباعة للأشخاص الجدد في برنامج **Medicare** اعتباراً من 1 يناير 2020 أو بعده بتغطية حصة الاشتراك في الجزء "ب" من البرنامج. نتيجة لذلك، لم تعد خطتا التأمين C و F متوفرتين للأشخاص الجدد في برنامج **Medicare** اعتباراً من 1 يناير 2020 أو بعده. مع ذلك، إذا كنت مؤهلاً للانخراط في برنامج **Medicare** قبل 1 يناير 2020، ولكنك لم تشتراك بعد، فقد تتمكن من شراء خطة C أو F. بينما لا يمكن للأشخاص الذين أصبحوا مؤهلين لبرограм **Medicare** في 1 يناير 2020 أو بعده شراء خطتي C و F، يحق لهم شراء خطتي D و G (بدلاً من C و F)، حيث توفران نفس المزايا باستثناء تغطية حصة الاشتراك في الجزء "ب".

كيف أقارن بين خطط التأمين التكميلي لبرنامج Medigap؟

يُظهر الجدول أدناه معلومات أساسية عن المزايا المختلفة التي يغطيها التأمين التكميلي (Medigap) في عام 2024. إذا ظهرت نسبة مئوية، فإن خطة Medigap تغطي هذه النسبة من المزايا، وتتحمل أنت مسؤولية الباقي.

خطط برنامج Medigap											المزايا											
N	M	L	K	*G	*F	D	C	B	A													
100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	المشاركة في مبلغ المشاركة التأمينية والتكاليف المستشفوية لبرنامج Medicare (الجزء "أ") لمدة تصل إلى 365 يوماً إضافية بعد استنفاد جميع المزايا بنسبة												
100%***	100%	75%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	مبلغ المشاركة التأمينيأو مبلغ المشاركة في السداد لبرنامج Medicare (الجزء "ب")												
100%	100%	75%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	مزايا فحوصات الدم (أول ثلاثة وحدات)												
100%	100%	75%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	مبلغ المشاركة التأميني و مبلغ المشاركة في السداد للرعاية التطيفية في إطار الجزء "أ"												
100%	100%	75%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	مبلغ المشاركة في السداد لرعاية مرافق التمريض الماهرة												
100%	50%	75%	50%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	المبلغ المقطوع لخطة الجزء "أ"												
					100%		100%			المبالغ المقطعة من الجزء "ب"												
					100%	100%				الرسوم الزائدة للجزء ب												
80%	80%			80%	80%	80%	80%	80%		حالة الطوارئ أثناء السفر إلى الخارج (حتى حدود الخطة)												
												حد التكاليف المدفوعة من الجيب حتى عام 2024**										
												3,530	7,060	دولاراً								

*تعرض الخطتان F و G خطط ذات مبلغ مقطعة مرتفعة في بعض الولايات. يجب عليك دفع التكاليف المغطاة من قبل Medicare (مبلغ المشاركة في السداد، ومبلغ المشتركة التأميني والمبالغ المقطعة) حتى تصل إلى مبلغ مقطوع يبلغ حوالي 2,800 دولار لعام 2024 قبل أن يبدأ التأمين الخاص بك بالدفع. (لا يمكنك شراء الخطط C و F إذا كنت جديداً على برنامج Medicare اعتباراً من 1 يناير 2020. انتقل إلى صفحة .75).

**أما بالنسبة للخطتين K و L، بعد استيفاء الحد الأقصى السنوي للتکاليف المدفوعة من الجیب والخصم السنوي للجزء ب (240 دولاراً لعام 2024)، تدفع خطة 100% Medigap 100% من الخدمات المغطاة لبقية العام الميلادي.

***تدفع خطة N 100% من مبلغ المشاركة في السداد الخاصة بالجزء "ب". يجب عليك دفع مبلغ مشاركة يصل إلى 20 دولاراً لبعض زيارات العيادات الخارجية وحتى 50 دولاراً لزيارات غرفة الطوارئ التي لا.

ما الذي يجب أن أعرفه أيضاً عن التأمين التكميلي؟ **Medigap**

قبل أن تتمكن من الاشتراك في **Medigap**، تأمين بشكل عام يجب أن تكون مشتركاً في الجزأين أ و ب من برنامج **Medicare**. وهذا يعني أنك ستدفع قسطاً شهرياً لبرنامج **Medicare**، بالإضافة إلى **قسط تأميني** شهرياً آخر لشركة التأمين الخاصة التي تختارها لتغطية التأمين التكميلي للبرنامج. إذا كنت تفكير في شراء تأمين **Medigap**، يجب عليك مقارنة الخطط المتاحة بعناية. قد تختلف تكاليف الخطط التي تقدم نفس التغطية التأمينية من شركة تأمين إلى أخرى، كما يمكن أن ترتفع هذه التكاليف مع تقدم العمر. تجدر الإشارة إلى أن بعض الولايات تفرض قيوداً على تكاليف أقساط تأمين **Medigap**. ومن المهم أيضاً معرفة أن تأمين **Medigap** يغطي شخصاً واحداً فقط. ويجب على الأزواج شراء تغطية منفصلة لكل منهما.

ملاحظة: في بعض الولايات، قد تكون قادراً على شراء نوع آخر من بوليصات **Medigap**، يدعى **Medicare SELECT**. يتطلب هذا النوع من التأمين استخدام مستشفيات، وفي بعض الحالات، أطباء محددين ضمن شبكتها للحصول على المزايا التأمينية كاملة (باستثناء حالات الطوارئ). إذا قمت بشراء تأمين **Medicare SELECT**، فإن لديك الحق في تغيير رأيك خلال 12 شهراً والانتقال إلى تأمين **Medigap** القياسي.

هل يمكنني شراء تأمين **Medigap وخطة عقاقير مستقلة من نفس الشركة؟**
نعم. ولكن قد تحتاج إلى دفع قسطين منفصلين. اتصل بالشركة لمعرفة كيفية دفع الأقساط.

هل يمكنني الحصول على تغطية للعقاقير من خلال تأمين **Medigap وخطة عقاقير في نفس الوقت؟**
لا يمكنك ذلك. انظر إلى صفحة 89 لمزيد من المعلومات.

متى يبدأ سريان تأمين **Medigap؟**

يبدأ سريان تأمين **Medigap** عموماً في أول يوم من الشهر التالي لتقديم الطلب، ولكن يمكنك تحديد موعد البدء الذي تفضل به.

متى يكون أفضل وقت لشراء تأمين **Medigap؟**

• أفضل وقت لشراء تأمين **Medigap** هو خلال فترة التسجيل المفتوحة الخاصة بك. تمتد هذه الفترة لستة أشهر من أول شهر تناول فيه بالتأمين الطبي (الجزء "ب") وعندما يكون عمرك 65 عاماً أو أكثر. (قد يكون لدى بعض الولايات فترات تسجيل مفتوحة إضافية). بعد انتهاء فترة التسجيل هذه، قد لا تتمكن من شراء تأمين **Medigap** أو قد يكون ذلك بتكلفة أعلى. في حالات معينة، يحق لك شراء تأمين **Medigap** وفقاً لقاعدة "التأمين المضمون" خارج الفترة المخصصة للتسجيل.

- إذا تأخرت عن الاشتراك في الجزء "ب" من برنامج **Medicare** بسبب تغطية صحية جماعية من عملك الحالي (أو عمل زوج/زوجة) فستبدأ فترة التسجيل المفتوحة لـ **Medigap** بعد الحصول على الجزء "ب".
- بشكل عام، لا يجرؤ القانون الفيدرالي شركات التأمين على بيع تأمين **Medigap** لمن هم أقل من 65 عاماً. إذا كان عمرك أقل من 65 عاماً، قد لا تتمكن من شراء خطبة التأمين التكميلي التي تريدها، أو ربما أي خطبة على الإطلاق، حتى تبلغ 65 عاماً. ومع ذلك، قد تسمح بعض الولايات لشركات التأمين ببيع تأمين **Medigap** للأشخاص الذين نقل أعمارهم عن 65 عاماً. إذا تمكنت من شراء تأمين، فقد يكون أكثر تكلفة.

اتصل ببرنامج خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (راجع الصفحتين من 114 إلى 117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي المحلي بالولاية)، أو إدارة التأمين في ولايتك لمعرفة المزيد عن حقوقك في شراء تأمين **Medigap**. قد يكون أيضاً بممكان وكيل أو وسيط موثوق مساعدتك.

هل يمكنني الحصول على تأمين Medicare وخطة ميزات برنامج Medigap في نفس الوقت؟

- إذا كنت مشتركاً في **خطة ميزات برنامج Medicare**، فمن غير القانوني لأي شخص أن يبيع لك تأمين **Medigap** ما لم تكن تتوافق إلى برنامج **Medicare الأصلي**. إذا كنت لا تخطط للتخلي عن خطة ميزات برنامج Medicare، وحاول أحد الأشخاص بيعك تأمين Medigap، يجب عليك إبلاغ إدارة التأمين في ولايتك.
- إذا كان لديك بوليصة **Medigap** واشترت في إحدى خطط ميزات برنامج **Medicare**، فقد تزيد إيقاف بوليصة **Medigap**. لا يمكنك استخدام تأمين برنامج **Medigap** لدفع أي تكاليف إضافية مثل **مبلغ المشاركة في السداد أو المبالغ المقطعة، أو الأقساط التأمينية**، التي تفرضها عليك خطة ميزات برنامج **Medicare** التي اشتراك بها.

هام! إذا كنت تزيد إلغاء بوليصة برنامج **Medigap** الخاصة بك، اتصل بشركة التأمين التابعة لك. في معظم الحالات، إذا قمت بإلغاء بوليصة تأمين **Medigap** من أجل الاشتراك في خطة ميزات برنامج **Medicare**، فلن تكون قادرًا على الرجوع إلى نفس بوليصة تأمين **Medigap** مرة أخرى، إلا إذا تركت خطة ميزات **Medicare** خلال فترة الحق التجاري.

- إذا ألغيت تأمين **Medigap** للاشتراك في خطة ميزات **Medicare** لأول مرة، سيكون لديك فترة زمنية واحدة مدتها 12 شهراً (فترة الحق التجاري) لاستعادة تأمين **Medigap** الخاص بك إذا كانت نفس شركة التأمين لا تزال تبيعه عند عودتك إلى برنامج **Medicare الأصلي**. إذا لم يكن متاحاً، يمكنك شراء تأمين **Medigap** مؤهل تبيّعه شركة تأمين في ولايتك (باستثناء خطتي M أو N). قد تتاح لك أيضاً فرصة الاشتراك في خطة عقاقير **Medicare** في هذا الوقت.
- إذا اشتراك في خطة ميزات برنامج **Medicare** عندما أصبحت مؤهلاً لأول مرة لبرنامج **Medicare** في سن 65 عاماً، يمكنك اختيار أي خطة **Medigap** تبيّعها شركة تأمين في ولايتك، وإذا قمت بالانتقال إلى برنامج **Medicare الأصلي** خلال العام الأول من الاشتراك في خطة ميزات **Medicare**. قد تتاح لك أيضاً فرصة الاشتراك في خطة عقاقير برنامج **Medicare** في هذا الوقت.
- تقدم بعض الولايات حقوقاً خاصة إضافية لشراء تأمين **Medigap**.

من أين يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات؟

- اتصل بدائرة التأمين التابعة لولايتك. اتصل بالرقم التالي 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) للحصول على رقم الهاتف. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov/medigap-supplemental-insurance-plans لمعرفة السياسات والأسعار في منطقتك.
- قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov/publications لاستعراض الكتب، "واختيار بوليصة تأمين تكميلي لبرنامج **Medigap**: دليل التأمين الصحي للأفراد الملتحقين ببرنامجه" Medicare أو طباعته.
- قم بالاتصال ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). انتقل إلى الصفحات 114–117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). قد يتمكن أيضاً وكيل موثوق في منطقتك أو وسيط من تقديم المساعدة لك.

القسم 6:

تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")

كيف تعمل تغطية عقاقير برنامج Medicare؟

تعمل تغطية عقاقير برنامج Medicare على مساعدتك في دفع تكاليف عقاقير الوصفات الطبية. تعد هذه التغطية اختيارية ومع ذلك فهي متاحة لأي شخص مشترك في برنامج Medicare. يجب عليك أن تفكّر في الحصول على تغطية عقاقير برنامج Medicare، حتى لو كنت لا تستخدم عقاقير وصفة طبية حالياً، إذا قررت عدم الحصول على هذه التغطية عند توظيلك لها لأول مرة، ولم يكن لديك **تغطية عقاقير موصوفة معتمدة أخرى** (مثل تغطية العقاقير من جهة عمل أو نقابة) أو لم تستفد من برنامج **المساعدة الإضافية**، فمن المحتمل أن تدفع غرامات تأخير اشتراك إذا اشتربت في الخطة فيما بعد. بشكل عام، ستدفع هذه الغرامات طالما لديك تغطية عقاقير برنامج Medicare راجع الصفحات (من 83 إلى 85). للحصول على تغطية عقاقير برنامج Medicare، يجب أن تشتراك في خطة معتمدة من برنامج Medicare تقدم تغطية للعقاقير. تختلف كل خطة عن الأخرى من حيث التكلفة والعقاقير المشمولة بالتغطية. يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) للعثور على خطط في منطقتك ومقارنتها فيما بينها. كما يمكنك الاتصال ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP) للحصول على مساعدة في مقارنة الخطط. انتقل إلى الصفحات 114-117 وسوف تجد أرقام هواتف برنامج مساعدات التأمين الصحي المحلي بالولاية أو قم بزيارة الموقع التالي: shiphelp.org.

هناك طريقتان للحصول على تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د"):

1. خطط عقاقير برنامج Medicare تضيف هذه الخطط تغطية العقاقير (الجزء "د") إلى برنامج **Medicare الأصلي**، وبعض خطط تكلفة الرعاية التابعة لبرنامج Medicare، وبعض خطط **Medicare الخاصة** بالدفع مقابل الخدمة، وخطط حسابات التوفيرات الطبية. يجب أن يكون لديك الجزء "أ" أو الجزء "ب" أو كليهما للاشتراك في خطة عقاقير برنامج Medicare منفصلة.

2. خطة ميزات برنامج Medicare أو خطط صحية أخرى تابعة لبرنامج Medicare مع تغطية للعقاقير. تحصل على تغطية الجزء "أ" ،والجزء "ب" ، وتغطية عقاقير برنامج Medicare الجزء (د) من خلال هذه الخطط. تذكر، يجب أن يكون لديك الجزء "أ" و الجزء "ب" للاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare مع العلم أنه ليس كل خطط ميزات برنامج Medicare تقدم تغطية للعقاقير.

في كلتا الحالتين، يجب أن تسكن في المنطقة التي تغطيها **الخطة** التي ترغب في الاشتراك فيها وأن تكون مقيماً بشكل قانوني في الولايات المتحدة.

يُسمى خطط عقاقير برنامج Medicare وخطط الصحة التابعة لبرنامج Medicare التي تشمل تغطية للعقاقير بـ "**تغطية عقاقير برنامج Medicare**" في هذا الكتيب الرسمي.

هام! إذا كان لديك تغطية صحية من جهة العمل أو النقابة،

اتصل بمسؤول مزاياد العمل قبل إجراء أي تغييرات أو الاشتراك في أي تغطية أخرى. قد يؤدي الاشتراك في تغطية أخرى إلى فقدان تغطية الصحة والعقاقير الخاصة بك أنت وعائلتك من جهة العمل أو النقابة. وفي هذه الحالة، قد لا تتمكن من استعادة تغطية العمل أو النقابة. إذا كنت ترغب في معرفة كيفية عمل تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") مع التغطية الدوائية الأخرى، انقل إلى الصفحات من 88 إلى 90.

متى يمكنني الاشتراك في الخطة أو تغييرها أو إلغاء الاشتراك فيها؟

يمكنك الاشتراك في خطة عقاقير برنامج Medicare أو تغييرها أو إلغاء الاشتراك فيها أو في خطة ميزات برنامج Medicare مع تغطية عقاقير خلال هذه الفترة:

- **فترة التسجيل الأولية.** عندما تصبح مؤهلاً لأول مرة لبرنامج Medicare، يمكنك الاشتراك في خطة ميزات برنامج Medicare. انقل إلى صفحة 17.
- **فترة التسجيل المفتوحة.** تكون فترة التسجيل المفتوحة في الفترة من 15 أكتوبر حتى 7 ديسمبر من كل سنة، ويمكن الاشتراك في الخطة أو تغييرها أو إلغاء الاشتراك فيها. سوف تبدأ تغطيتك في يوم 1 يناير، طالما أن الخطة تلقت طلبك بحلول يوم 7 ديسمبر. انقل إلى صفحة 71.
- **خطة ميزات فترة التسجيل المفتوحة لبرنامج Medicare (إذا كنت بالفعل مشترك في خطة ميزات برنامج Medicare) تكون في الفترة من 1 يناير حتى 31 مارس من كل عام ، ويمكنك تغييرها لخطة ميزات برنامج Medicare مختلفة أو برنامج Medicare الأصلية (والاشتراك في خطة عقاقير منفصلة) أثناء هذه الفترة.** انقل إلى صفحة 72.

إذا اضطررت لدفع الجزء "أ"، وأنت موقع على الجزء "ب" أثناء فترة التسجيل العامة (1 يناير-31 مارس) ، يمكنك حينها أيضاً الاشتراك في خطة عقاقير Medicare عند التسجيل في الجزء "ب". سيكون لديك فترة شهرین بعد التوقيع على الجزء "ب" للاشتراك في خطة العقاقير. ستبدأ تغطيتك الدوائية اعتباراً من الشهر التالي لتاريخ استلام الخطة لطلب الاشتراك.

فترات التسجيل الخاصة

بشكل عام، يجب عليك البقاء على مسار خطتك طوال العام. ولكن عند وقوع بعض الأحداث في حياتك مثل التنقل أو فقدان تغطية تأمينية أخرى، قد تكون مؤهلاً لفترة تسجيل خاصة. وقد تتمكن من إجراء تغييرات على خطتك في منتصف العام إذا كنت مؤهلاً لذلك. تحقق من خطتك للحصول على مزيد من المعلومات.

هام! إذا سجلت في الجزء "أ" أو الجزء "ب" خلال فترة تسجيل خاصة بسبب ظروف استثنائية (الصفحة 18)، فسيكون لديك شهراً للانضمام إلى خطة ميزات برنامج Medicare (بتغطية عقاقير أو بدون) أو خطة عقاقير تابعة لبرنامج Medicare. وستبدأ تغطيتك في اليوم الأول من الشهر بعد أن تتلقى الخطة طلبك للانضمام.

قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov أو تحقق من الخطة للحصول على مزيد من المعلومات. يمكنك أيضاً الاتصال ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP) للحصول على المساعدة. انقل إلى الصفحات 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

كيف يمكنني تغيير خططي؟

يمكنك تغيير تغطية العقاقير الخاصة ببرنامج Medicare بكل بساطة من خلال الانضمام إلى خطة أخرى خلال إحدى الفترات المذكورة في الصفحة 80. سنتهي تغطية العقاقير القديمة الخاصة بك عندما تبدأ تغطية العقاقير الجديدة. كما يجب أن تحصل على رسالة من خطتك الجديدة تخبرك فيها بتاريخ بدء التغطية، وبالتالي فلن تحتاج إلى إلغاء خطتك القديمة. يمكنك أيضًا تغيير الخطط من خلال الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 (1-800-486-2048). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

كيف يمكنني إلغاء خططي؟

إذا كنت ترغب في إلغاء خطتك ولا تريد الانضمام إلى خطة جديدة، يمكنك القيام بذلك فقط خلال أوقات محددة (الصفحة 80). ويمكنك إلغاء الاشتراك من خلال الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227. يمكنك أيضًا إرسال رسالة إلى الخطة لإعلامها برغبتك في إلغاء الاشتراك. وإذا قمت بإلغاء خطتك ورغبت لاحقًا في الانضمام إلى خطة عقاقير أخرى خاصة ببرنامج Medicare أو **خطة صحية من برنامج Medicare** مع تغطية عقاقير، فسيتعين عليك الانتظار لفترة التسجيل. وقد تضطر أيضًا لدفع غرامة التسجيل المتأخر إذا لم تكن لديك **تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة**. انتقل إلى صفحة 83-85.

اقرأ المعلومات التي تحصل عليها من خطتك

راجع "إثبات التغطية" و"إشعار التغيير السنوي" الذي ترسله لك خطتك الصحية كل عام. فيوفر لك إثبات التغطية تفاصيل حول ما تغطيه الخطة والبالغ التي تدفعها لأجلها وغير ذلك. يشمل إشعار التغيير السنوي أي تغيرات تطرأ على التغطية والتكاليف وشبكات مقدمي الخدمات و**منطقة الخدمة** وغيرها من الأمور التي ستكون سارية في شهر يناير. إذا لم تتلقَّ هذه الوثائق المهمة في أوائل الخريف، فاتصل بخطتك الصحية.

كم من المال ينبغي أن أدفع؟

ستختلف تكاليف العقاقير الخاصة بك بناءً على الخطة التي تختارها. وتنظر أن تغطية الخطة وتتكاليفها قد تتغير كل عام. كما قد يتغير عليك دفع **قسط تأميني** أو **مبلغ مقطوع** أو **مبلغ المشاركة في السداد** أو **مبلغ المشاركة التأميني** طوال العام. تعرف على المزيد حول هذه التكاليف في الصفحة التالية.

ستُحدد التكاليف المدفوعة من الجيب للعقاقير بمبلغ 2,000 دولار، وذلك ابتداءً من عام 2025. انتقل إلى **صفحة 83**.

جدا!

ستختلف التكاليف الفعلية لتغطية العقاقير الخاصة بك اعتماداً على:

- وصفاتك الطبية وما إذا كانت مدرجة في قائمة العقاقير المشمولة بخطتك (**قائمة العقاقير**). انتقل إلى صفحة 85.
- ما هي "الفئة" التي تنتمي إليها العقاقير. انتقل إلى الصفحة 85.
- أي مرحلة من مراحل استحقاق الدواء أنت فيها (مثل ما إذا كنت قد دفعت المبلغ المقطوع أو وصلت إلى الحد الأقصى من حد التكاليف المدفوعة من الجيب). انتقل إلى صفحة 83.
- أي صيدلية تتعامل معها (سواء كانت تقدم مشاركة في التكاليف مميزة أو عادية، أو كانت خارج الشبكة أو كانت تتبع نظام الطلب عبر البريد). قد تكون تكاليف العقاقير المدفوعة من الجيب أقل في الصيدلية المفضلة لأنها اتفقت مع خطتك على فرض رسوم أقل.
- ما إذا كنت تحصل على **مساعدة إضافية** لدفع تكاليف عقاقير برنامج Medicare الخاصة بك. انتقل إلى **صفحة 92**.



التكلفة والتغطية: من الطرق التي قد تساعدك على خفض تكاليف العقاقير، اختيار عقاقير غير معروفة بدلًا من الوصفات ذات العلامات التجارية، أو اختيار البديل الحيوي بدلاً من المنتجات البيولوجية الأصلية. وقد تدفع أيضًا مقابل دواء دون استخدام التأمين (مثلاً استخدام برامج التوفير التابعة للصيدليات أو الخصومات المقدمة من الشركة المصنعة). فسأل الصيدلي الخاص بك، يمكنه إخبارك إذا كان هناك خيار أقل تكلفة متاح. ومن ثم تحقق مع طبيبك للتأكد من أن الخيار غير المعروف أو البديل الحيوي هو الأنسب لك.

القسط التأميني الشهري

تقاضى معظم خطط العقاقير رسومًا شهرية تختلف حسب الخطة. فإذا كان لديك الجزء "ب"، فإنك تدفع هذا بالإضافة إلى **قسط الجزء "ب"**. وإذا كنت في **خطة ميزات برنامج Medicare** أو خطة تكلفة الرعاية الطبية التابعة لبرنامج Medicare مع تغطية العقاقير، فقد يتضمن القسط التأميني الشهري مبلغًا لتغطية العقاقير.

ملاحظة: اتصل بخطتك (وليس الضمان الاجتماعي أو هيئة تقاعد السكك الحديدية) إذا كنت تريد خصم قسط الدواء الخاص بك من مدفوعات الضمان الاجتماعي الشهرية أو هيئة تقاعد السكك الحديدية. وإذا كنت ترغب في إيقاف خصومات القسط التأميني والحصول على فاتورة مباشرةً، فاتصل بخطتك.

هام! إذا كان لديك دخل أعلى، فقد تدفع المزيد مقابل تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د"). إذا كان دخلك أعلى من حد معين (103,000 دولار في عام 2024 إذا قدمت ملفاً فردياً، أو 206,000 دولار إذا كنت متزوجاً وقدمت ملفاً مشتركاً)، فستدفع مبلغاً إضافياً بالإضافة إلى قسطك التأميني للخطة (يطلق عليه أحياناً "مبلغ التسوية الشهرية ذات الصلة بالدخل في الجزء "د"). سيتعين عليك أيضاً دفع هذا المبلغ الإضافي إذا كنت في خطة ميزات برنامج Medicare التي تتضمن تغطية العقاقير. هذا الأمر لا يؤثر على الجميع، ذلك لن يدفع معظم الناس مبلغاً إضافياً.

قم بزيارة الموقع التالي: [Medicare.gov](https://www.Medicare.gov) لمعرفة المزيد عن حدود خطة عام 2025.

عادةً ما يقوم برنامج Medicare أو هيئة تقاعد السكك الحديدية بخصم المبلغ الإضافي من مدفوعات الضمان الاجتماعي أو مدفوعات هيئة تقاعد السكك الحديدية الخاصة بك. فإذا أرسل برنامج Medicare أو هيئة تقاعد السكك الحديدية لك فاتورة بالمبلغ الإضافي بدلاً من خصمه من مدفوعات الضمان الاجتماعي أو مدفوعات هيئة تقاعد السكك الحديدية، في سيكون عليك دفع المبلغ الإضافي إلى برنامج Medicare أو هيئة تقاعد السكك الحديدية، وليس إلى خطتك التأمينية. وإذا لم تدفع المبلغ الإضافي، فقد تفقد تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") الخاصة بك. كما أنه قد لا تتمكن من الانضمام إلى خطة أخرى على الفور، وقد يتتعين عليك دفع غرامة التسجيل المتأخر طالما لديك تغطية للعقاقير.

وستدفع دفعات مبلغ التسوية الشهرية ذات الصلة بالدخل للجزء د بشكل منفصل، حتى إذا كانت جهة العمل أو طرف آخر (مثل نظام التقاعد) يدفع أقساطك التأمينية الخاصة بخطتك.

إذا كان عليك دفع مبلغ التسوية الشهرية ذات الصلة بالدخل للجزء د ولم توافق على ذلك (على سبيل المثال، إذا كنت قد مررت بحدث أو أكثر يغير حياتك ويقل دخلك)، قم بزيارة الموقع [SSA.gov/medicare/lower-irmaa](https://www.SSA.gov/medicare/lower-irmaa).

المبلغ المقطوع سنويًا

هو المبلغ الذي يجب عليك دفعه قبل أن تبدأ خطتك في دفع حصتها من العقاقير المشتملة بالتغطية. بعض الخطط ليس لديها **مبلغ مقطوع**. وفي بعض الخطط التي تحتوي على مبلغ مقطوع، تُعطى العقاقير في بعض الفئات قبل تطبيق الاقطاع.

مبالغ المشاركة في السداد أو مبلغ المشاركة التأميني

هي المبالغ التي تدفعها للعقاقير المشمولة تحتوي على مبلغ مقطوع). فتدفع حصتك وتدفع خطتك حصتها للعقاقير المشمولة بالتجعلية. وإذا كنت تدفع **مبلغ مشاركة تأميني**، فقد تتفاوت هذه المبالغ لأن كل من خطط العقاقير والمصنعين يمكنهم تغيير المبالغ التي يتراصونها في أي وقت خلال السنة. وسيعتمد المبلغ الذي تدفعه أيضًا على مستوى الفئة المخصصة لعقاراتك. انظر إلى صفحة 85.

بمجرد أن تصل أنت وخطتك إلى إنفاق مشترك قدره 5,030 دولار على العقاقير (بما في ذلك الاقتطاع) في عام 2024، ستدفع عادةً ما لا يزيد عن 25% من تكلفة العقاقير الموصوفة حتى يصل إجمالي المدفوع من الجيب إلى 8,000 دولار.

حد التكاليف المدفوعة من الجيب على العقاقير

جديد! ستحدد التكاليف المدفوعة من الجيب للعقاقير بمبلغ 2,000 دولار، وذلك في 2025. وبمجرد أن تصل إلى هذا الحد في عام 2025 (من تكاليف جيبك بالإضافة إلى بعض المدفوعات التي يجريها أشخاص أو جهات أخرى، بما في ذلك برنامج المساعدة الإضافية من برنامج Medicare)، لن تضطر إلى دفع أي **مبلغ للمشاركة في السداد** أو أي مبلغ مشاركة تأميني للعقاقير المشمولة ضمن الجزء "د" لبقية السنة الميلادية.

ملاحظة: إذا حصلت على مساعدة إضافية، فلن يكون لديك بعض تكاليف الجزء "د". انظر إلى الصفحتان 92–94.

هام! قم بزيارة [Medicare.gov/plan-compare](https://www.Medicare.gov/plan-compare) للحصول على خطة محددة للعقاقير خاصة ببرنامج Medicare وتتكاليف خطة ميزات برنامج Medicare، واتصل بالخطط التي تهتم بها للحصول على مزيد من التفاصيل. للمساعدة في مقارنة تكاليف الخطة، اتصل ببرنامج مساعدة التأمين الصحي الحكومي. انظر إلى الصفحات 114–117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). يمكن للوكيل أو الوسيط الموثوق به أيضًا تقديم المساعدة.

خطة دفع الوصفات الطبية لبرنامج Medicare

جديد! بدءًا من عام 2025، ستعلم هذه الخطة الجديدة للدفع مع تغطية العقاقير الحالية لديك لمساعدتك في إدارة التكاليف المدفوعة من الجيب للعقاقير، من خلال توزيعها على مدار السنة التقويمية (من يناير إلى ديسمبر). قد تساعدك هذه الخطة الخاصة بالدفع في إدارة نفقاتك، لكنها لا توفر لك المال أو تقلل من تكاليف العقاقير الخاصة بك.

إذا اخترت خطة الدفع هذه، ستستمر في دفع القسط التأميني لخطتك شهريًا (إذا كان لديك)، وستنلقى فاتورة من خطتك الصحية أو خطة العقاقير الخاصة بك لدفع تكاليف العقاقير الموصوفة (بدلاً من دفعها في الصيدلية). فقد جميع الخطط خطة الدفع هذه، والمشاركة فيها تكون طوعية. كما أنه لا توجد تكاليف للمشاركة في خطة دفع الوصفات الطبية لبرنامج Medicare. اتصل بخطتك أو قم بزيارة [Medicare.gov/prescription-payment-plan](https://www.Medicare.gov/prescription-payment-plan) لمزيد من المعلومات ولتحديد ما إذا كانت خطة الدفع هذه مناسبة لك أم لا.

ما هي غرامة التسجيل المتأخر لتغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")؟

إن غرامة التسجيل المتأخر هي مبلغ يضاف بشكل دائم إلى **القسط التأميني** لتغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د"). وقد يتغير عليك دفع هذه الغرامة إذا قمت بالتسجيل في أي وقت بعد انتهاء فترة التسجيل الأولية الخاصة بك، وهناك فترة 63 يومًا أو أكثر على التوالي عندما لا يكون لديك تغطية عقاقير من برنامج أو **تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة**. سيتعين عليك، بصفة عامة، دفع هذه الغرامة طوال مدة اشتراكك في أي خطة تغطية عقاقير من Medicare.

وإذا حصلت على **مساعدة إضافية**، فلن تدفع غرامة التسجيل المتأخر.

هناك 3 طرق لتجنب دفع الغرامة:

1. أحصل على تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") عندما تصبح مؤهلاً لها لأول مرة. حتى إذا كنت لا تتناول أي عقار حالياً، ينبغي عليك التفكير في الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة لبرنامج Medicare أو إلى **خطة ميزات برنامج Medicare** التي تشمل تغطية العقاقير لتجنب الغرامة. وقد تتمكن من العثور على خطة تلبي احتياجاتك مع **أقساط تأمينية شهرية منخفضة** أو بدون أقساط شهرية على الإطلاق.

2. أضف تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") إذا فقدت تغطية أخرى معتمدة. فتشمل **تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة** تغطية عقاقير من جهة العمل الحالية أو السابقة أو من النقابة أو من برنامج TRICARE أو خدمة الصحة الهندية أو وزارة شؤون المحاربين القدماء أو تغطية التأمين الصحي الفردية. كما يجب أن تُخبر خطتك كل عام إذا كانت تغطية العقاقير خاصتك غير التالية لبرنامج Medicare تُعتبر تغطية معتمدة أم لا. فإذا مرّ عليك 63 يوماً أو أكثر دون تغطية عقاقير من برنامج Medicare أو تغطية عقاقير أخرى موصوفة معتمدة، قد يتبعك دفع غرامة إذا قمت بالتسجيل في تغطية عقاقير من برنامج Medicare لاحقاً.

3. احتفظ بسجلات تُظهر متى كانت لديك تغطية عقاقير موصوفة معتمدة، وأخبر خطتك عندما يسألونك عن ذلك. فإذا لم تخبر خطتك عن تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة التي كانت لديك سابقاً، فقد يتبعك دفع غرامة طوال فترة اشتراكك في تغطية عقاقير برنامج Medicare.

كم سأدفع أكثر بسبب غرامة التسجيل المتأخر؟

وتستند تكلفة غرامة الاشتراك المتأخر إلى طول مدة بقائك بدون اشتراك في خطة تغطية عقاقير موصوفة معتمدة معتمدة. وتحسب حالياً غرامة التسجيل المتأخر عن طريق ضرب 1% من "القسط التأميني الأساسي الوطني للمستفيد" (34.70 دولاراً في 2024) في عدد الأشهر الكاملة التي كنت مؤهلاً فيها ولكن لم يكن لديك تغطية عقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د") ولم تكون لديك تغطية عقاقير موصوفة معتمدة أخرى. ويقرّب المبلغ النهائي إلى أقرب 0.10 دولار ويُضاف إلى قسطك التأميني الشهري. كما قد يزيد أو يقل "القسط التأميني الأساسي الوطني للمستفيد" كل عام. فإذا حدث ذلك، قد يزيد أو يقل مبلغ الغرامة الذي تدفعه. وستعملك الخطة إذا كنت مديناً بغرامة وقدر قسطك الشهري، وذلك بعد الحصول على تغطية عقاقير من برنامج Medicare.

مثال:

تعتبر السيدة مارتينيز مؤهلة حالياً للتسجيل في برنامج Medicare، وقد انتهت فترة التسجيل الأولية الخاصة بها في 31 يوليو 2020. ولم تكن لديها تغطية لعقاقير موصوفة من أي مصدر آخر. كما أنها لم تتضم إلى أي تغطية للعقاقير بحلول 31 يوليو 2020، بل انضمت خلال فترة التسجيل المفتوحة التي انتهت في 7 ديسمبر 2022. وأصبحت تغطية العقاقير الخاصة بها سارية اعتباراً من 1 يناير 2023.

2023

نظرًا لأن السيدة مارتينيز بدون تغطية عقاقير موصوفة معتمدة من أغسطس 2020 إلى ديسمبر 2022، كانت غرامتها في عام 2023 بنسبة 29% (1% عن كل شهر من الـ 29 شهراً) وقدرها 32.74 دولار (وهو متوسط القسط التأميني الأساسي الوطني للمستفيد لعام 2023) أو 9.49 دولار. ونظرًا لأن الغرامة الشهرية دائمةً ما تُقارب إلى أقرب 0.10 دولار، فقد دفعت السيدة مارتينيز 9.50 دولاراً شهرياً بالإضافة إلى القسط التأميني الشهري لخطتها.

إليك الحساب:

$$\text{الغرامة} = 0.29 \times 32.74 \text{ دولار}$$

دولار

$$9.49 \text{ دولار مقربة إلى أقرب 0.10 دولار} = 9.50 \text{ دولار}$$

9.50 دولار = الغرامة الشهرية للتسجيل المتأخر للسيدة مارتينيز لعام 2023

2024

في عام 2024، أعاد برنامج Medicare حساب غرامة السيدة مارتينيز باستخدام **القسط التأميني الأساسي** لل المستفيد لعام 2024 (34.70 دولار). لذلك أصبحت الغرامة الشهرية الجديدة للسيدة مارتينيز في عام 2024 بنسبة 29% من 34.70 دولار، أي ما يعادل 10.06 دولار شهرياً. ونظراً لأن الغرامة الشهرية دائمًا ما تُقرب إلى أقرب 0.10 دولار، فتدفع السيدة مارتينيز 10.10 دولاراً شهرياً بالإضافة إلى القسط التأميني الشهري لخطتها.

إليك الحساب:

$$0.29 \text{ (نسبة الغرامة)} \times 34.70 \text{ دولار (القسط التأميني الأساسي للمستفيد لعام 2024)} = 10.06 \text{ دولار}$$

$$10.06 \text{ دولار مقرابة إلى أقرب 0.10 دولار} = 10.10 \text{ دولار}$$

10.10 دولار = الغرامة الشهرية للتسجيل المتأخر للسيدة مارتينيز لعام 2024

ماذا لو لم أوفق على دفع غرامة التسجيل المتأخر؟

سترسل لك تغطية العقاقير الخاصة ببرنامج Medicare رسالة تفيد بضرورة دفع غرامة التسجيل المتأخر. فإذا كنت تعترض على هذه الغرامة، يمكنك طلب إجراء مراجعة (عادةً في غضون 60 يوماً من تاريخ الرسالة). وأملاً "نموذج طلب إعادة النظر" الذي تحصل عليه مع الرسالة قبل التاريخ المحدد في الرسالة. ويمكنك تقديم أدلة تدعم قضيتك، مثل معلومات حول **تغطية عقاقير موصوفة معتمدة سابقة**. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة، فاتصل بخطتك التأمينية.

ما هي العقاقير التي تغطيها الخطة التأمينية؟

يجب أن تغطي جميع الخطط مجموعة واسعة من العقاقير التي يتم تناولها تحت رعاية برنامج Medicare، بما في ذلك معظم العقاقير في "الفئات المحمية" مثل العقاقير المخصصة لعلاج السرطان أو فيروس نقص المناعة البشري/الإيدز أو الاكتئاب. ولا يشمل كتيب الخطة معلومات حول قائمة العقاقير التي تغطيها الخطة (يسمي **"قائمة العقاقير"**) لأن كل خطة لديها كتيب وصفات خاص بها. وتأكد قبل الانضمام إلى أي خطة من مراجعة كتيب الوصفات الطبية الخاص بها. ويمكن للخطة إجراء بعض التغييرات على قائمة العقاقير خلال العام إذا اتبعت الإرشادات التي يضعها برنامج Medicare. على سبيل المثال، قد تقوم خطتك بتغيير قائمة العقاقير الخاصة بها خلال العام بسبب تغير العلاجات بالعقاقير أو إصدار عقاقير جديدة أو توفر معلومات طبية جديدة. وقد يرتفع **مبلغ المشاركة التأمينية** الخاص بخطتك لأحد العقاقير ذات العلامة التجارية أو العقاقير غير المعروفة عندما يقوم المصنوع برفع سعر هذا العقار. كما قد يزيد **مبلغ المشاركة في السداد** أو مبلغ المشاركة التأميني عندما تبدأ الخطة في تقديم إصدار عام من العقاقير ذات العلامة التجارية أو إصدار حيوي مماثل من منتج بيولوجي أصلي، ولكن تستمر في تناول العقار ذو العلامة التجارية أو المنتج البيولوجي الأصلي. وفي بعض الحالات، قد تغطي الخطة عقاراً حالة صحية معينة دون أخرى.

ملاحظة: يغطي الجزء "ب" من برنامج Medicare عدداً محدوداً من العقاقير الموصوفة للمرضى الخارجيين. انقل إلى الصفحة من 39 للحصول على مزيد من المعلومات. تشمل تغطية العقاقير في برنامج Medicare (الجزء "د") عقاقير مثل البوبرينورفين لعلاج اضطراب تعاطي المواد الأفيونية. كما تشمل التغطية عقاقير مثل الميثادون عند وصفها لعلاج الألم (ولكنها لا تغطيها تحت الجزء "د" لعلاج اضطرابات تعاطي المواد الأفيونية).

وعادةً ما يصنف الجزء "د" العقاقير إلى مستويات مختلفة تسمى "فئات" ضمن كتيب الوصفات. وتحتاج تكلفة العقاقير في كل فئة. فعلى سبيل المثال، سيكلف العقار في فئة أقل تكلفة أقل عموماً من العقار في فئة أعلى.

ماذا يحدث إذا كان دوائي في فئة أعلى؟

في بعض الحالات، إذا كان دواؤك في فئة أعلى ويعتقد موصيك الطبي (طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية الآخر المسماوح له قانونياً بكتابة الوصفات الطبية) أنه بحاجة إلى هذه العقاقير بدلاً من عقاقير مشابه في فئة أقل، يمكنك أنت أو موصيك الطبي طلب استثناء من خطتك للحصول على مبلغ مشاركة تأميني أقل أو مبلغ مشاركة في السداد أقل للدواء في الفئة الأعلى. انقل إلى الصفحة من 100 للحصول على مزيد من الاستثناءات.

يمكن للخطط تغيير كتيب الوصفات الخاص بها في أي وقت. وقد تخطرك خطتك بأي تغييرات في **قائمة العقاقير** تؤثر على العقاقير التي تتناولها.

اتصل بخطتك للحصول على كتيب الوصفات الحالي، أو قم بزيارة موقع الخطة على الإنترنت. يمكنك أيضاً زيارة موقع **Medicare.gov/plan-compare** أو الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) لمعرفة ما إذا كان العقار مدرجًا في كتيب الوصفات الطبية الخاص بخطتك أم لا. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

هام! كل شهر تصرف فيه وصفة طبية، ترسل خطتك إشعار "شرح المزايا" لك. راجع الإشعار وتحقق منه للتأكد من عدم وجود أخطاء. واتصل بخطتك إذا كانت لديك أي أسئلة أو إذا وجدت أخطاء. وإذا كنت تشك في وجود احتيال، اتصل بالمعادق مع برنامج Medicare لسلامة العقاقير على الرقم 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). انظر إلى صفحة 106.

قد تحتوي الخطط على قواعد تغطية لبعض العقاقير

- **التصرير المسبق:** يحدد التصرير المسبق تغطية العقاقير للمرضى الذين يستوفون متطلبات معينة. قبل أن تتمكن من صرف الوصفة الطبية، يجب على موصيك الطبي الاتصال بخطتك لإثبات أن العقار **الضرورية طبياً** وأنك تستوفي بعض المتطلبات. وقد تستخدم الخطط أيضًا التصرير المسبق عندما تغطي عقارًا الحالات طبية معينة فقط التي تمت الموافقة عليها، ولكن ليس الحالات أخرى. عندما يحدث ذلك، فمن المحتمل أن تشمل الخطط عقاقير بديلة في قائمتها للعقاقير (كتيب الوصفات الطبية) للحالات الطبية الأخرى التي تمت الموافقة على العقار لعلاجها. اتصل بخطتك أو قم بزيارة موقعها على الإنترنت لمعرفة متطلبات التصرير المسبق.
- **حدود الكمية:** تحدد كمية العقاقير التي يمكنك الحصول عليها في المرة.
- **العلاج التدريجي:** قد تحتاج إلى تجربة عقار أو عقاقير مشابهة وأقل تكلفة قبل أن تغطي خطتك العقار الموصوف.
- **فحوصات أمان لعقاقير مسكنات الألم الأفيونية في الصيدلية:** قبل أن تصرف الصيدلية الوصفات الطبية الخاصة بك، تجري خطتك والصيدلية فحوصات أمان إضافية، مثل التحقق من تفاعلات العقاقير والجرعات غير الصحيحة.
- تشمل فحوصات أمان المواد الأفيونية أيضًا التتحقق من الكميات غير الآمنة المحتملة من مسكنات الألم الأفيونية، والحد من الإمدادات اليومية من الوصفة الطبية الأولى للمواد الأفيونية، وتقييد استخدام المواد الأفيونية في نفس الوقت مع البنزوديازيبينات (التي تُستخدم عادةً للفقد والنوم). ويمكن لمسكنات الألم الأفيونية (مثل الأوكسيكودون والهيبروكودون) أن تساعد في بعض أنواع الألم، لكنها تحمل مخاطر وأثار جانبية (مثل الاعتماد على العقاقير وتعاطي الجرعة الزائدة والوفاة). يمكن أن تزداد هذه المخاطر عند تناول المواد الأفيونية مع عقاقير أخرى معينة، مثل البنزوديازيبينات ومضادات للتشنجات والغاباينتين ومرخيات العضلات وبعض مضادات الاكتئاب وعقاقير مشاكل النوم. تحقق مع طبيبك أو صيدليتك إذا كانت لديك أي أسئلة حول المخاطر أو الآثار الجانبية.
- **برامج إدارة العقاقير:** تتمتع تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") ببرامج تهدف إلى مساعدتك في استخدام الأفيونيات والبنزوديازيبينات بشكل آمن. فإذا كان استخدامك للأفيونيات قد يكون غير آمن (على سبيل المثال، بسبب الحصول على وصفات للمواد الأفيونية من أطباء أو صيدليات متعددة، أو إذا كنت قد تعرضت لجرعة زائدة من الأفيونيات مؤخرًا)، ستتصل خطتك بالأطباء الذين وصفوا لك هذه العقاقير للتأكد من أنها ضرورية طبياً وأنك تستخدمها بشكل صحيح.

وإذا قررت خطتك أن استخدامك للأفيونيات الموصوفة والبنزوديازيبينات قد لا يكون آمناً، فسترسل الخطة إليك رسالة مسبقاً. وستخبرك هذه الرسالة إذا كانت الخطة ستحدد تغطية هذه العقاقير لك، أو إذا كنت ستحتاج إلى الحصول على الوصفات الطبية لهذه العقاقير فقط من طبيب أو صيدلية تختارها. كما أنك لك الحق أنت وطبيبك في الاعتراض على هذه القيد إذا كنت لا توافق على قرار الخطة (الصفحة 99). وستتضمن الرسالة أيضاً كيفية الاتصال بالخطة إذا كانت لديك أي أسئلة أو إذا كنت ترغب في تقديم اعتراض.

لا تنطبق مراجعات أمان الأفيونيات في الصيدلية وبرامج إدارة العقاقير عموماً إذا كنت تعاني من السرطان أو داء الكريات المنجلية، أو تتلقى الرعاية التلطيفية أو رعاية المحتضرين، أو كنت في دار رعاية، أو كنت تعيش في مرفق رعاية طويلة الأجل.

إذا كنت أنت أو موصيتك الطبي تعتقدان أن خطتك يجب أن تعفيك من أحد هذه القواعد الخاصة بالتغطية، يمكنك طلب استثناء. انظر إلى صفحة 100.

نصائح مهمة إذا وصفت لك الأفيونيات:

- يمكن أن تكون عقاقير الأفيونيات جزءاً مهماً من إدارة الألم، لكنها أيضاً يمكن أن تحمل مخاطر صحية خطيرة إذا تم استخدامها بشكل غير صحيح.
- يعطي برنامج Medicare وصفة النالوكسون، وهو عقار قد يصفه طبيبك كإجراء أمان في حال كنت بحاجة إلى عكس تأثيرات الجرعة الزائدة من الأفيونيات بسرعة. تحدث مع طبيبك عن وجود النالوكسون في المنزل.
- تحدث مع طبيبك حول جرعتك ومدة الوقت التي ستحتاج فيها إلى تناول الأفيونيات. قد تقرر أنت وطبيبك لاحقاً أنك لا تحتاج إلى تناول كل العقاقير في الوصفة الطبية الخاصة بك.
- ناقش مع طبيبك خيارات أخرى يعطيها برنامج Medicare لعلاج الألم، مثل العقاقير غير الأفيونية والأجهزة والعلاج الطبيعي والوخز بالإبر لألم أسفل الظهر والعلاج الفردي والجماعي وخدمات دمج الصحة السلوكية وغيرها.
- لا تتناول أكثر من الأفيونيات الموصوفة لك. وتحدث مع طبيبك عن أي عقاقير أو مواد أخرى قد تتعاطها.
- قم بتخزين الأفيونيات غير المستخدمة بشكل آمن وتخلص منها من خلال برنامج استرجاع العقاقير المجتمعية أو برنامج إعادة البريد الخاص بصيدلياتك.

للحصول على مزيد من المعلومات حول إدارة الألم بشكل آمن وفعال وتعاطي الأفيونيات، قم بزيارة [1-800-MEDICARE](http://Medicare.gov/coverage/pain-management) أو اتصل بالرقم 1-800-633-4227 (يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048).

هل يمكنني الحصول على إعادة ملء الوصفات الطبية تلقائياً عبر البريد؟

قد تقدم خطط عقاقير برنامج Medicare برنامج شحن تلقائي طوعي يتيح لبعض المستفيدين من برنامج Medicare الحصول على عقاقيرهم الموصوفة بشكل تلقائي قبل نفادها. اتصل بخطتك للحصول على مزيد من المعلومات.

خدمات إدارة العلاج بالعقاقير

يجب على الخطط التي تشمل تغطية عقاقير تابعة لبرنامج Medicare (الجزء "د") تقديم خدمات إدارة العلاج بالعقاقير لمساعدة الأعضاء إذا استوفوا متطلبات معينة أو كانوا مسؤولين في برنامج إدارة العقاقير (الصفحة 86). وإذا كنت مؤهلاً، يمكنك الحصول على هذه الخدمات مجاناً لمساعدتك في فهم كيفية إدارة أدويتك وتناولها بأمان. وعادةً ما تشمل خدمات إدارة العلاج بالعقاقير مناقشة مع صيدلي أو مقدم رعاية صحية لمراجعة أدويتك. كما قد تختلف هذه الخدمات من خطوة إلى أخرى. اتصل بخطاك للحصول على تفاصيل محددة ولمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً أم لا.

تغطية الجزء "د" للأنسولين

يعطي الجزء "د" من برنامج Medicare الأنسولين، بما في ذلك الأنسولين المستخدم مع مضخة أنسولين ذات الاستعمال لمرة واحدة أو مضخة الأنسولين غير تقليدية. كما يعطي الجزء "د" بعض المستلزمات الطبية المستخدمة لحقن الأنسولين، مثل الحقن والشاش ومسحات الكحول. ويغطي أيضاً منتجات الأنسولين ضمن قائمة العقاقير الخاص بخطاك.

هام! لا يمكن للخطط أن تفرض عليك أكثر من 35 دولاراً لتوريد كل شهر من الأنسولين المغطى بالجزء "د" الذي تتناوله، ولا يتغير عليك دفع المبلغ المقطوع من للأنسولين.

طبق حدود تكلفة مشابهة على الأنسولين التقليدي المستخدم في مضخات الأنسولين التي يعطيها الجزء "ب". للمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة [Medicare.gov/coverage/insulin](https://www.Medicare.gov/coverage/insulin).

كيف تعمل التأمينات والبرامج الأخرى مع تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")؟

Medicaid

إذا كان لديك تغطية تابعة لبرنامج Medicare وتغطية Medicaid كاملة، فيعطي برنامج Medicare عقاقير الموصوفة. ومع ذلك، قد يغطي Medicaid بعض العقاقير التي لا يعطيها برنامج Medicare.

ملاحظة: إذا كان لديك تغطية لدى كلا البرنامجين Medicare وMedicaid، فأنت مؤهل تلقائياً للحصول على مساعدة إضافية. انظر إلى صفحة 92.

تغطية جهة العمل أو النقابة

هي التغطية الصحية التي تحصل عليها من عملك الحالي أو السابق أو من عمل زوجك/زوجتك أو أحد أفراد عائلتك. عندما يكون لديك تغطية من جهة العمل أو النقابة أو تأمين صحي آخر (مثل خطة صحية للمنتقدين) بالإضافة إلى تغطية برنامج Medicare، فتوجد قواعد لتحديد من يدفع أو لا، سواء كان برنامج Medicare أو التغطية الأخرى (الصفحة 21). إذا كانت لديك تغطية للعقاقير قائمة على عملك الحالي أو السابق، فستخطرك جهة العمل أو النقابة كل عام لإعلامك إذا كانت تغطية العقاقير الخاصة بك معتمدة أم لا. احتفظ بالمعلومات التي تحصل عليها. اتصل بمسؤول المزايا الخاص بك للحصول على مزيد من المعلومات قبل إجراء أي تغييرات في تعطيتك.

هام! إذا حصلت على تغطية عقاقير من برنامج Medicare، فقد تفقد أنت أو زوجتك أو معاليك التغطية الصحية التي تقدمها لك جهة العمل أو النقابة.

COBRA (قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد)

قد يسمح لك هذا القانون الفيدرالي بالاحتفاظ مؤقتاً بتغطية صحية من جهة العمل أو النقابة بعد انتهاء التوظيف أو بعد فقدان التغطية كمعال للموظف الحاصل على التغطية. وقد تكون هناك أسباب تجعلك تأخذ تغطية الجزء "ب" من برنامج Medicare بدلاً من أو بالإضافة إلى تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد (الصفحة 18). ومع ذلك، إذا اخترت تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد وكانت مؤهلاً لبرنامج Medicare، فقد تدفع تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد جزءاً صغيراً فقط من تكاليف الطبية، وقد تضطر أنت إلى دفع معظم التكاليف بنفسك. اتصل بخطة قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد الخاصة بك واسأل عن النسبة التي يدفعونها. و لتجنب الفواتير الطبية غير المتوقعة، قد تحتاج إلى الاشتراك في برنامج Medicare فوراً. تحدث مع برنامج مساعدة التأمين الصحي الحكومي للحصول على مساعدة مجانية ومخصصة بشأن هذا القرار. انتقل إلى الصفحات 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

إذا كانت تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد المشترك فيها تشمل **تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة**، فسيكون لديك فترة تسجيل خاصة للحصول على تغطية عقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د") دون دفع غرامة عندما تنتهي تغطية قانون تسوية الميزانية الشامل الموحد. إذا كانت لديك أسئلة حول Medicare وقانون تسوية الميزانية الشامل الموحد، فاتصل بمركز تنسيق واسترداد المزايا على الرقم 2627-798-855-1. يمكن لمستخدمي خدمات الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم التالي: 2627-797-855-1. يمكن للوكيل أو الوسيط الموثوق به أيضاً تقديم المساعدة.

التأمين التكميلي لبرنامج Medicare (Medigap) مع تغطية العقاقير

لم يعد من الممكن بيع بوليصات **Medigap** مع تغطية العقاقير، ولكن إذا كان لديك بوليصة قديمة تم بيعها مع تغطية عقاقير، يمكنك الاحتفاظ بها. وقد تختار الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة من برنامج Medicare لأن معظم تغطيات العقاقير في Medigap ليست معتمدة، وقد تدفع أكثر إذا انضمت إلى خطة عقاقير لاحقاً. انتقل إلى صفحة 83.

ولا يمكنك الحصول على تغطية العقاقير في كل من **Medigap** وخطة عقاقير برنامج Medicare في نفس الوقت. فإذا قررت الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة من برنامج Medicare، أخير شركة تأمين حتى يتمكنوا من إلغاء تغطية العقاقير وضبط **أساطرك التأمينية**. اتصل بشركة تأمين **Medigap** للحصول على مزيد من المعلومات.

كيف تعمل التأمينات الحكومية الأخرى مع تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")؟

تعتبر جميع أنواع التأمين المدرجة أدناه من تغطيات العقاقير الموصوفة المعتمدة. فهي معظم الحالات، من مصلحتك الاحتفاظ بهذه التغطية إذا كان لديك.

برنامج مزايا التأمين الصحي للموظفين الفيدراليين

يقدم هذا البرنامج تغطية صحية للموظفين الفيدراليين الحاليين والمتقاعدين وأفراد أسرهم المؤهلين. وعادةً ما تتضمن هذه الخطط تغطية عقاقير موصوفة معتمدة، لذا لا تحتاج إلى الحصول على تغطية عقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د"). ومع ذلك، إذا قررت الحصول على تغطية عقاقير من برنامج Medicare، يمكنك الاحتفاظ بخطة برنامج مزايا التأمين الصحي للموظفين الفيدراليين الخاصة بك، وفي معظم الحالات، سيدفع برنامج Medicare تكاليف عقاقيرك أولاً. للمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني OPM.gov/healthcare-insurance/healthcare، أو الاتصال بمكتب إدارة شؤون الموظفين على الرقم 1-888-767-6738. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم التالي: 711. إذا كنت موظفاً فيدرالياً نشطاً، فاتصل بمسؤول المزايا الخاص بك. قم بزيارة apps.opm.gov/abo للحصول على قائمة من مسؤولي المزايا. يمكنك أيضاً الاتصال بخطتك إذا كانت لديك أسئلة.

ابتداءً من 1 يناير 2025، سيتلقى الموظفون والمتقاعدون المؤهلون في خدمة البريد الأمريكية وأفراد عائلاتهم التغطية من خلال برنامج المزايا الصحية للخدمات البريدية بدلاً من برنامج مزايا التأمين الصحي للموظفين الفيدراليين. للمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة OPM.gov/healthcare-insurance/pshb.

جديداً

مزايا المحاربين القدماء

تقدم هذه التغطية الصحية للمحاربين القدماء والأشخاص الذين خدموا في الجيش الأمريكي. يمكنك الحصول على تغطية عقاقير من خلال برنامج وزارة شؤون المحاربين القدماء. ويمكنك الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة من برنامج Medicare، ولكن إذا قمت بذلك فلا يمكنك استخدام نوعي التغطية لنفس العقار في نفس الوقت. وللمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني VA.gov أو الاتصال بوزارة شؤون المحاربين القدماء على الرقم 1000-1-800-827-1000. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم التالي: 711.

البرنامج الصحي والطبي المدني التابع لوزارة شؤون المحاربين القدماء CHAMPVA

هو برنامج شامل للرعاية الصحية حيث تشارك وزارة شؤون المحاربين القدماء في تكلفة خدمات الرعاية الصحية والمستلزمات المغطاة مع الأشخاص المؤهلين من برنامج Medicare. يمكنك الانضمام إلى خطة عقاقير منفصلة من برنامج Medicare، ولكن إذا فعلت ذلك، فلن تتمكن من استخدام برنامج العقاقير عبر البريد الذي يمكن أن يوفر لك عقاقير المداومة بدون تكلفة (بدون أقساط تأمينية أو مبالغ مقطعة أو مبالغ المشاركة في السداد). وللمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني VA.gov/communitycare/programs/dependents/ أو الاتصال بالبرنامج الصحي والطبي المدني التابع لوزارة شؤون المحاربين القدماء على الرقم 1-800-733-8387.

المزايا الصحية العسكرية TRICARE

هذا برنامج الرعاية الصحية لأعضاء الخدمة الفعلية والمتقاعدين العسكريين وعائلاتهم. يحق لمعظم الأشخاص المشاركين في برنامج TRICARE الحصول على الجزء "أ" وأن يحصلوا أيضاً على الجزء "ب" للحفاظ على مزايا TRICARE الدوائية الخاصة بهم. في حال كنت مشركاً في برنامج TRICARE، فإن تحتاج إلى الانضمام إلى خطط عقاقير Medicare المنفصلة. ومع ذلك، إذا عزمت على ذلك، فسوف تدفع خطط العقاقير الخاصة بك في Medicare أولاً، ثم تدفع TRICARE ثانياً.

إذا انضمت إلى خطة ميزات برنامج Medicare مع تغطية العقاقير، فقد تقوم خطة ميزات برنامج Medicare الخاصة بك بتنفيذ المزايا إذا كانت صيدلية شبكة خطة ميزات برنامج Medicare الخاصة بك هي أيضاً صيدلية ضمن شبكة TRICARE. يمكنك أيضاً تقديم طالبة خاصة بك للحصول على تعويض عن التكاليف المدفوعة من جيبك الخاص. وللمزيد من المعلومات، يمكنك زيارة الموقع الإلكتروني tricare.mil، أو الاتصال بصيدلية TRICARE على الرقم 1303-363-877-1-877. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-540-6261.

خدمات الرعاية الهندية (IHS)

تُعد خدمات الرعاية الهندية (IHS) مقدماً الرعاية الصحية الأساسية لسكان الرعاية الطبية الأمريكية الأصليين الهنود / السكان الأصليين في الأسكا. يقدم نظام الرعاية الصحية الهندي، الذي يتكون من البرامج الصحية التابعة لخدمات الصحة الهندية (IHS) القبلية والحضارية والمدارسة اتحادياً، العديد من الخدمات الصحية السريرية والوقائية من خلال شبكة من المستشفيات والعيادات والكيانات الأخرى. تشارك العديد من المرافق الصحية الهندية في تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د") إذا حصلت على العقاقير الموصوفة طيباً من خلال منشأة صحية هندية، فستستمر في الحصول عليها دون أي تكفة عليك، ولن يتم مقاطعة تغطيتك. من المحتمل أن يساعدك الانضمام إلى خطط عقاقير Medicare أو خطة ميزات برنامج Medicare مع تغطية العقاقير في منشآتك الصحية الهندية لأن الخطة تدفع للمنشأة الصحية الهندية تكلفة العقاقير الموصوفة لك. تحدث إلى منسق المزايا الصحية المحلي الذي يمكنه مساعدتك في اختيار الخطة التي تلبي احتياجاتك وإخبارك بكيفية عمل برنامج Medicare مع نظام الرعاية الصحية الهندية.

القسم 7:

احصل على مساعدة في دفع تكاليف رعايتك الصحية وعقاقيرك

برامج توفيرات تكاليف برنامج Medicare (MSPs)

إن كان لديك دخل و موارد محدودة فقد تكون قادراً على الحصول على المساعدة من ولا يتك لدفع تكاليف Medicare خاصتك إن توفرت فيك شروط معينة.

يوجد أربعة أنواع من برامج توفيرات تكاليف برنامج Medicare :

- 1. المستفيد المؤهل من برنامج Medicare (QMB):** يغطي المستفيد المؤهل من برنامج Medicare (QMB) القسط التأميني الجزء "أ" وأو الجزء "ب". بالإضافة إلى ذلك، لا يجوز لمقدمي برنامج Medicare إرسال فواتير إليك مقابل الخدمات والعناصر التي يغطيها برنامج Medicare، بما في ذلك المبالغ المقطعة، مبلغ المشاركة التأميني، و مبلغ المشاركة في السداد. في حال تقييت فاتورة بهذه الرسوم، فأخبر مقدم الخدمة أو جامع الديون أنك ضمن برنامج المستفيد المؤهل من برنامج Medicare (QMB) ولا يمكن تحصيل رسوم المبالغ المقطعة لبرنامج Medicare و مبلغ المشاركة التأميني و مبلغ المشاركة في السداد في حال كنت قد قمت بالفعل بسداد مدفوعات على فاتورة مقابل الخدمات والمنتجات التي يغطيها برنامج Medicare، فلديك الحق في استرداد المبلغ. في حال كنت مشتركاً في إحدى خطط ميزات برنامج Medicare، ينبغي عليك أيضاً الاتصال بقسم الخطط لطلب إيقاف الرسوم.

للتأكد من أن مقدم الخدمة الخاص بك يعرف أنك ضمن برنامج المستفيدين المؤهلين من Medicare اظهر بطاقة Medicare أو بطاقة المستفيد المؤهل من Medicare في كل مرة تحصل فيها على الرعاية. في حال كان لديك تأمين Medicare الأصلي، فيمكنك أيضاً إعطاء مقدم الخدمة نسخة من "إشعار ملخص Medicare" (MSN) الخاص بك. سيظهر إشعار ملخص Medicare (MSN) الخاص بك أنك ضمن برنامج المستفيد المؤهل من Medicare (QMB) ولا ينبغي تحصيل رسوم منك. سجل دخول إلى (أو إنشاء) حساب الآمن الخاص بك على Medicare.gov للتسجيل للحصول على أرقام إشعار ملخص Medicare (MSN) الخاصة بك إلكترونياً في حال لم يقم مزود الخدمة الخاص بك بإيقاف.

في حال لم يتوقف مزود الخدمة عن إرسال الفواتير إليك، فاتصل برقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) يمكن لمستخدمي الهاتف الصنفي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-20481. ويمكننا أيضاً التأكد من توائك في برنامج المستفيد المؤهل من برنامج Medicare (QMB).

- 2. المستفيد المحدد من الرعاية الطبية لذوي الدخل المنخفض (SLMB):** يغطي الجزء "ب" فقط.
- 3. الفرد المؤهل (QI):** يغطي الأقساط التأمينية الخاصة بالجزء "ب" فقط يُعد الفرد المؤهل (QI) متاحاً فقط للأشخاص الذين لا يتأهلون لأي تغطية أو مزايا Medicaid أخرى.
- 4. الأفراد المؤهلون من ذوي الإعاقة والعاملين (QDWI):** يغطي الأقساط التأمينية الخاصة بالجزء "أ" فقط تكون مؤهلاً لهذا البرنامج في حال كنت تعاني من إعاقة، و كنت تعمل، و فقدت مزايا الإعاقة من الضمان الاجتماعي والجزء "أ" الحالي من الأقساط لأنك عدت إلى العمل.

في حال سجلت للحصول على فوائد العقاقير المثبتة للمناعة (صفحة 52) وكان دخلك و مواردك محدودة، ولكن ليس لديك تغطية Medicaid كاملة ، ومن المحتمل أن تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة في دفع التكاليف من خلال برنامج المستفيد المؤهل من Medicare (QMB) أو المستفيد المحدد من ذو الدخل المنخفض (SLMB) أو الفرد المؤهل (QI). اتصل بولايتك للتقديم.

في حال كنت مؤهلاً لبرنامج المستفيد المؤهل من الرعاية الطبية (QMB)، أو برنامج المستفيد المحدد من ذوي الدخل المنخفض من الرعاية الطبية (SLMB)، أو برنامج الفرد المؤهل (QI)، فإنك مؤهل تلقائياً للحصول على مساعدة إضافية، وهو برنامج منفصل يساعد في تغطية تكاليف عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")

هام! تتوفر برنامج توفيرات Mediacare في ولايتك. قد تختلف أسماء هذه البرامج والكيفية التي تعمل بها باختلاف الولاية. يعد برنامج توفيرات Mediacare غير متاحة في بورتوريكو أو جزر فيرجن الأمريكية.

كيف أتأهل؟

- في معظم الحالات، لكي تكون مؤهلاً لبرنامج توفيرات Mediacare، يلزم أن يكون دخلك وموارده أقل من حد معين. تختلف حدود الدخل والموارد حسب الولاية.
- حتى لو كنت لا تعتقد أنك مؤهل، يجب عليك التقديم. تواصل مع مكتب المساعدة الطبية في ولايتك (التابع لبرنامج Medicaid للبقاء).
- للحصول على رقم الهاتف لمكتب Medicaid في ولايتك، قم بزيارة [Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu](https://www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) أو اتصل على الرقم (1-800-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

احصل على مساعدة إضافية في دفع تكاليف العقاقير الخاصة بك في برنامج Medicare

إذا كان دخلك وموارده محدودة، فمن المحتمل أن تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية، وهو برنامج المساعدة في دفع بعض تكاليف العقاقير لبرنامج Medicare، مثل الأقساط التأمينية، المبلغ المقطوع، مبلغ المشاركة التأميني.

من المحتمل أن تكون مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية إذا كان دخلك وموارده السنوية أقل من هذه الحدود في عام 2024:

الموارد	الدخل السنوي	
أقل من 17,220	أقل من 22,590 دولاراً	شخص واحد
أقل من دولاراً	أقل من 30,660 دولاراً	شخص متزوج يعيش مع الزوج ولا يعوله أي شخص آخر

هام! توسيع نطاق المساعدة الإضافية لتغطية المزيد من تكاليف العقاقير لبعض الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة.

في بعض الحالات، من المحتمل أن تكون مؤهلاً حتى لو كان دخلك أعلى. على سبيل المثال، إذا كنت لا تزال تعمل، أو تعيش في ألاسكا أو هواي، أو لديك أفراد تعولهم يعيشون معك، فإن حدود الدخل تكون أعلى.

الموارد

- قد يتضمن الأموال في حساب جاري أو حساب توفير، والأسهم، والسنادات، والصناديق المشتركة، وحسابات التقاعد الفردية (IRA).
- لا تشمل منزلك أو سيارتك أو الأغراض المنزلية أو مكان الدفن أو ما يصل إلى 1,500 دولار لنفقات الدفن (الشخص الواحد) أو وثائق التأمين على الحياة.

إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية وانضممت إلى خطط العقاقير لبرنامج Medicare منفصلة أو خطط ميزات برنامج Medicare مع تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د"):

- سوف تحصل على المساعدة في دفع تكاليف تغطية عقاقيرك
- لن تدفع غرامة التأخير في التسجيل للجزء د

ملاحظة: لا تتوفر المساعدة الإضافية في بورتوريكو، أو جزر فيرجن الأمريكية، أو غوام، أو جزر ماريانا الشمالية، أو ساموا الأمريكية. ولكن هناك برامج أخرى متاحة في هذه المناطق لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة. انقل إلى صفحة 96.



التكلفة والتغطية: لا يستطيع معظم الأشخاص المشتركين في برنامج Medicare تبديل الخطط إلا في أوقات معينة من العام. بدءاً من عام 2025، إذا كان لديك برنامج Medicaid أو تحصل على مساعدة إضافية، فقد تتمكن من تغيير تغطية العقاقير الخاصة بك مرة واحدة شهرياً.
إذا قمت بإجراء تغيير، فسوف يبدأ تطبيقه في اليوم الأول من الشهر التالي.

تتأهل تلقائياً للحصول على مساعدة إضافية إذا كنت مشتركاً في Medicare وتفي بأي من الشروط التالية:

- لديك تغطية Medicaid كاملة.
- يمكنك الحصول على المساعدة من برنامج Medicaid التابع لولايتك لدفع **الاقساط التأمينية** الجزء "ب" وتكاليف الأخرى. انقل إلى صفحة 91-96.
- تحصل على مزايا دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

سيقوم برنامج Medicare بإرسال خطاب أرجواني إليك لإعلامك بتتأهلك تلقائياً للحصول على مساعدة إضافية. احتفظ بهذا لسجلاتك. لا تحتاج إلى التقدم بطلب للحصول على مساعدة إضافية إذا ثقيت هذا الخطاب.

- إذا لم يكن لديك بالفعل تغطية عقاقير برنامج Medicare (الجزء "د")، فيجب عليك الحصول عليها لاستخدام المساعدة الإضافية.

• إذا لم يكن لديك تغطية للعقاقير، فقد يسجلك برنامج Medicare في خطط عقاقير برنامج Medicare منفصلة حتى تتمكن من استخدام المساعدة الإضافية إذا قام برنامج Medicare بتسجيلك في خطة، فستتلقى خطاباً أصفر اللون يخبرك بموعد بدء التغطية، وستحصل على فترة تسجيل خاصة لتغيير الخطط إذا كنت ترغب في الانضمام إلى خطة مختلفة عن تلك التي قام برنامج Medicare بتسجيلك فيها.

• تغطية خطط مختلفة من العقاقير المختلفة. تأكد من أن الخطة التي اشتريت فيها تغطية للعقاقير التي تستخدمها وإذا كان بإمكانك الذهاب إلى الصيدليات التي تريدها. قم بزيارة الموقع الإلكتروني

1-800-MEDICARE أو اتصل على (1-800-633-4227) Medicare.gov/plan-compare

لمقارنة خططك مع الخطط الأخرى في منطقتك. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

• إذا كنت مشتركاً في Medicaid وتعيش في مؤسسات معينة (مثل دار رعاية المسنين) أو تحصل على خدمات منزلية ومجتمعية معينة، فلن تدفع شيئاً مقابل العقاقير المغطاة.

- لن تتجاوز تكاليف العقاقير للأشخاص المؤهلين بشكل عام 4.50 دولاراً لكل دواء عام و11.20 دولاراً لكل دواء ذي علامة تجارية تشتريه من إحدى الصيدليات المشاركة فيخطط لك قم بـلقاء نظرة على خطابات المساعدة الإضافية التي تتلقاها، أو اتصل بخطتك إذا كانت لديك أسئلة حول التكاليف.

إذا كنت لا ترغب في الانضمام إلى خطط العقاقير المنفصلة لبرنامج Medicare (على سبيل المثال، لأنك تريد فقط تغطية جهة العمل أو النقابة الخاصة بك)، فاتصل بالخطة المذكورة في خطابك، أو اتصل على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 2048-877-486-1. أخيراً هم أنك لا تريد الاشتراك في خطة العقاقير Medicare (تريد "الانسحاب"). إذا كنت لا تزال مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية أو إذا كانت تغطية جهة العمل أو النقابة الخاصة بك هي تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة، فلن تضطر إلى دفع غرامة إذا انضمت لاحقاً.

هام! إذا كان لديك تغطية من جهة العمل أو النقابة وحصلت على تغطية العقاقير من برنامج Medicare (الجزء "د")، فمن المحتمل أن تفقد تغطية جهة العمل أو النقابة (لك ولأفراد عائلتك) حتى لو كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية. اتصل بمسؤول المزايا الخاص بك قبل أن تحصل على تغطية العقاقير من برنامج Medicare.

إذا لم تتأهل تلقائياً للمساعدة الإضافية، فيمكنك التقديم في أي وقت على SSA.gov/extrahelp.

عند تقديم طلب للحصول على مساعدة إضافية، يمكنك أيضاً بدء عملية التقديم لبرنامج التوفير الطبي (MSP). تساعد هذه البرامج الحكومية في تغطية تكاليف Medicare الأخرى. سوف يقوم الضمان الاجتماعي بإرسال المعلومات إلى ولايتك لبدء تطبيق برنامج التوفير الطبي (MSP)، ما لم تخبرهم بعدم القيام بذلك في طلب المساعدة الإضافية.

للحصول على المساعدة في اختيار تغطية العقاقير وإجابات على أسئلتك حول المساعدة الإضافية، اتصل ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). انتقل إلى الصفحتين 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). يمكنك أيضاً الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE.

طرق أخرى لتوفير تكاليف الرعاية الصحية في برنامج Medicare

Medicaid

Medicaid هو برنامج مشترك على المستوى الفيدرالي والولائي يساعد في دفع تكاليف الرعاية الصحية إذا كان لديك دخل محدود (وفي بعض الحالات) موارد وتلبية متطلبات أخرى بعض الأشخاص مؤهلون للحصول على برنامج Medicaid و Medicare.

ماذا يغطي برنامج Medicaid؟

- إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare وتغطية Medicaid الكاملة، فسيتم تغطية معظم تكاليف الرعاية الصحية الخاصة بك. يمكنك الحصول على تغطية Medicare الخاصة بك من خلال Medicare الأصلي أو خطة ميزات برنامج Medicare، مثل خطة الاحتياجات الخاصة. انتقل إلى صفحة 70.
- إذا كان لديك تغطية تابعة لبرنامج Medicare وتغطية Medicaid كاملة، فيغطي برنامج Medicare عقاقيرك الموصوفة. أنت مؤهل تلقائياً للحصول على مساعدة إضافية في دفع تكاليف عقاقير Medicare الخاصة بك (صفحة 92). من المحتمل أن يغطي Medicaid بعض العقاقير التي لا يغطيها برنامج Medicare.
- يمكن للأشخاص الذين يتمتعون بتغطية Medicaid الكاملة الحصول على تغطية للخدمات التي لا يغطيها برنامج Medicare أو يغطيها جزئياً فقط، مثل رعاية دار المسنين، والرعاية الشخصية، والنقل إلى الخدمات الطبية، والخدمات المنزلية والمجتمعية، والوجبات التي يتم توصيلها إلى المنزل، وخدمات الأسنان والبصر وخدمات السمع.

كيف أتأهل؟

- تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى. ومن المحتمل كذلك أن يكون لها أسماء مختلفة، مثل "المساعدة الطبية" أو "Medi-Cal".
- لكل ولاية متطلبات مختلفة من الدخل والموارد.

اتصل بمكتب المساعدة الطبية في ولايتك (التابع لبرنامج Medicaid) لمعرفة ما إذا كنت مؤهلاً. قم بزيارة

[الموقع التالي:](https://Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu) أو اتصل بالرقم التالي: (1-800-633-4227) أو (1-800-MEDICARE) للحصول على رقم الهاتف لمكتب Medicaid في ولايتك. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ملاحظة: إذا كنت مؤهلاً لبرنامي Medicaid و Medicare اتصل ببرنامج مساعدات التأمين الصحي المحيط بالولاية لكي يساعدك من خلال عرض الخيارات المتاحة. انتقل إلى الصفحتين 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

خطط بريامي Medicaid و Medicare

يعمل برنامج Medicare مع بعض الولايات [وبرامج التأمين الصحي](#) لتقديم خطط تجريبية لأشخاص معينين لديهم كل من برنامج Medicaid و Medicare. وتهدف هذه الخطط إلى تسهيل حصولهم على الخدمات التي يحتاجونها. هذه الخطط تسمى خطط Medicaid و Medicare. تشمل هذه الخطط تغطية العقاقير، كما أنها متوفرة فقط في ولايات معينة. لكي تعرف أن خطط بريامي Medicare و Medicaid متوفرة في منطقتك، قم بزيارة الرابط التالي: Medicare.gov/plan-compare:، أدخل الرمز البريدي الخاص بك. اختر **خطة ميزات Medicare (الجزء "ج")**. عند سؤالك عما إذا كنت تحصل على مساعدة لتغطية تكاليف التأمين، اختر Medicaid ستظهر قائمة بجميع الخطط المتاحة. الخطط التجريبية (Medicaid و Medicare) سيكون بجانب اسمها عبارة "(برنامي Medicaid و Medicare".)

برامج الولاية للمساعدة الدوائية

هناك العديد من الولايات الأمريكية التي تقدم برامج مساعدة حكومية لشراء الأدوية ، تساعد هذه البرامج على دفع تكاليف العقاقير الموصوفة طبياً للأشخاص الذين يستوفون شروط معينة. لتعرف ما إذا كانت هناك برنامج مساعدة حكومية لشراء العقاقير في ولايتك وكيف تعمل، اتصل ببرنامج مساعدات التأمين الصحي لولايتك (SHIP). انتقل إلى الصفحتين 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). يمكنك أيضًا زيارة الرابط التالي: Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program/#state-programs.

برامج الولاية للمساعدة الدوائية (تسمى أيضاً ببرامج مساعدة المرضى)

تقدم العديد من شركات العقاقير الكبرى برنامج مساعدة للأشخاص المشتركين في برنامج Medicare لتغطية العقاقير (الجزء "د") والذين يستوفون شروطاً معينة." قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov/pharmaceutical-assistance-program لكي تتعلم المزيد عن برنامج المساعدة الدوائية.

(PACE) برنامج الرعاية الشاملة للمسنين

إن برنامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE) هو برنامج مشترك بين برنامحي Medicare و Medicaid يقدم في العديد من الولايات التي تسمح للأشخاص الذين يحتاجون مستوى رعاية مُعادل لدور رعاية المسنين لكي يبقوا في المجتمع. انتقل إلى صفحة 74.

مدفوعات دخل الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI)

يوفر برنامج الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI) مدفوعات شهرية للبالغين والأطفال الذين يعانون من العمى أو الإعاقة، والذين لديهم دخل وموارد محدودة. كما يوفر برنامج الضمان الاجتماعي التكميلي مدفوعات للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 65 عاماً وليس لديهم إعاقات، ولكن يجب أن يستوفوا شروط الدخل المحددة. مدفوعات برنامج الضمان الاجتماعي التكميلي تختلف عن معاشات التقاعد من الضمان الاجتماعي. يمكنك الحصول على مدفوعات برنامج الضمان الاجتماعي التكميلي ومعاش الضمان الاجتماعي معًا في نفس الوقت، إذا كان معاش الضمان الاجتماعي الخاص بك أقل من الحد الفيدرالي لمدفوعات برنامج الضمان الاجتماعي التكميلي. إذا كنت مؤهلاً للحصول على مدفوعات برنامج الضمان الاجتماعي التكميلي، فأنت تلقائياً مؤهل للحصول على برنامج **المساعدة الإضافية** وعادة ما تكون مؤهلاً للحصول على برنامج **Medicaid**.

يمكنك زيارة الموقع التالي: SSA.gov/apply/ssi لكي تعرف ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على برنامج الضمان الاجتماعي أو غيرها من المزايا.

ملاحظة: لا يمكن للأشخاص المقيمين في بورتوريكو، وجزر فيرجن الأمريكية، وغواص، وساموا الأمريكية الحصول على مدفوعات الضمان الاجتماعي التكميلي (SSI).

البرامج المتاحة للأشخاص الذين يعيشون في مناطق الولايات المتحدة

يوجد برامج في بورتوريكو وجزر فيرجن الأمريكية وغواص وجزر ماريانا الشمالية وساموا الأمريكية لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل والموارد المحدودة على دفع تكاليف برنامج Medicare. تختلف هذه البرامج من منطقة إلى أخرى. اتصل بمكتب المساعدة الطبية في ولايتك (التابع لبرنامج Medicaid) لمعرفة المزيد من المعلومات. قم بزيارة الموقع التالي: Medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu أو اتصل بالرقم التالي: (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE أو رقم الهاتف 1-877-486-2048 للحصول على رقم الهاتف. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 2048.

القسم 8:

"حقوقك وحمايتك في برنامج "Medicare"

ما هي حقوقك في برنامج Medicare؟

جميع الأشخاص المشتركون في برنامج Medicare لديهم حقوق وحماية معينة. لديك الحق في ما يلي:

- أن تُعامل باحترام وكرامة في جميع الأوقات.
- أن تتمنع بالحماية من التمييز غير القانوني.
- الحفاظ على سرية معلوماتك الشخصية والصحية.
- الحصول على المعلومات من برنامج Medicare ومقدمي الرعاية الصحية والمعاقدين بطريقة تفهمها.
- تعرف على خيارات العلاج بلغة واضحة تفهمها، وشارك في اتخاذ قرارات العلاج.
- احصل على معلومات Medicare وخدمات الرعاية الصحية بلغة تفهمها.
- احصل على معلومات Medicare بصيغة يمكن الوصول إليها، مثل برايل أو الخط العربيض. انتقل إلى "خدمة الاتصال المتاحة" على صفحة 124.

ملاحظة: إذا كنت بحاجة إلى معلومات عن الخطة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو بصيغة يمكن الوصول إليها، اتصل بخطتك.

- احصل على إجابات لأسئلتك حول برنامج Medicare.
- تتمتع بالوصول إلى الأطباء والطبية طبياً للحصول على الخدمات الطبية الضرورية.
- احصل على خدمات مغطاة من برنامج Medicare في حالات الطوارئ.
- احصل على قرار بشأن دفع الرعاية الصحية، وتغطية العناصر والخدمات، أو تغطية العاقير. عندما تقوم أنت أو مقدم الخدمة بتقديم مطالبة، ستتلقى إشعاراً يوضح ما سيتم تغطيته وما لن يتم تغطيته. هذا الإشعار يأتي من أحد الجهات التالية:
- رعاية طيبة
- خطط ميزات برنامج Medicare (الجزء "د") أو أي خطط صحية تابعة لبرنامج Medicare أخرى
- خطط عاقير Medicare الخاصة بك

إذا كنت غير موافق على قرار بشأن مطالبتك، يحق لك تقديم استئناف. يمكنك طلب إعادة النظر (استئناف) (في بعض القرارات المتعلقة بدفع الرعاية الصحية، وتغطية العناصر والخدمات، أو تغطية العاقير).

إذا كانت لديك مخاوف بشأن جودة الرعاية والخدمات الأخرى التي تحصل عليها من مقدمي خدمات Medicare، يمكنك:

- تقديم شكوى (تسمى أحياناً "ظلم").
- في حال وجود شكوى (ظلم) بشأن رعاية غسيل الكلى أو زرع الكلى، يمكنك الحصول على المساعدة من شبكات أمراض الكلى المرحلة النهائية (ESRD) وكالات المسح الحكومية.

للحصول على مزيد من المعلومات يمكنك زيارة موقع Medicare.gov أو الاتصال على الرقم الآتي: 1-800-633-4227 (لمعرفة كيفية تقديم شكوى)، يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

ما هي حقوقي إذا توقفت خطتي عن المشاركة في برنامج Medicare؟

يمكن لخطط الصحة والعاقفirs التابعة لبرنامج Medicare أن تقرر عدم المشاركة في البرنامج العام التالي. في هذه الحالة، ينتهي تغطيتك بموجب الخطة في 31 ديسمبر. وسترسل لك خطتك خطاباً يشرح خياراتك. إذا حدث ذلك:

- يمكنك اختيار خطة أخرى من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. سيدأ التغطية الجديدة في 1 يناير.
- لديك أيضاً الحق في الاشتراك في خطة Medicare أخرى حتى آخر يوم من شهر فبراير.
- قد يكون لديك الحق في شراء بعض سياسات Medigap خلال 63 يوماً بعد انتهاء تغطيتك خطتك.

ما هو الاستئناف؟

الاستئناف هو إجراء يمكنك اتخاذه إذا كنت غير موافق على قرار التغطية أو الدفع الذي اتخذه برنامج Medicare أو خطتك التابعة له. على سبيل المثال، يمكنك الاستئناف إذا رفض برنامج Medicare أو خطتك:

- طلب للحصول على خدمات أو مستلزمات أو منتجات أو عقاقير تعتقد أنه برنامج Medicare يقوم بتغطيتها.
- طلب لدفع ثمن خدمات أو مستلزمات أو منتجات أو عقاقير حصلت عليه بالفعل.
- طلب لتغيير المبلغ الذي يجب دفعه مقابل خدمات أو مستلزمات أو منتجات أو عقاقير.

يمكنك أيضاً الاستئناف في الحالات التالية:

- إذا توقف برنامج Medicare أو خطتك عن توفير أو دفع كل أو جزء من خدمات أو مستلزمات أو منتجات أو عقاقير تعتقد أنك ما زلت بحاجة إليها.
- إذا تم اتخاذ قرار بشأنك بفرض للخطر بموجب برنامج إدارة العاقفirs الذي يحد من الوصول إلى التغطية للعقاقير التي يتم إساءة استخدامها بشكل متكرر، مثل الأفيونيات والبنزوديازيبينات. انتقل إلى صفحة 86.
- إذا رُفضت طالبتك بسبب وجود سجل حادث مفتوح، ولا علاقة للمطالبة بالحادث.

إذا قررت تقديم استئناف، يمكنك طلب أي معلومات من طبيبك أو المورد أو مقدم رعاية صحية آخر لتعزيز استئنافك. احتفظ بنسخة لكل شيء يتعلق باستئنافك، بما في ذلك ما ترسله إلى برنامج Medicare أو خطتك.

كيف أقوم بتقديم استئناف؟

تعتمد طريقة تقديم الاستئناف على نوع تغطية Medicare لديك.

إذا كانت لديك خطة برنامج Medicare الأصلية

- احصل على "إشعار ملخص Medicare" (MSN) الذي يوضح المنتج أو الخدمة التي تستأنف بشأنها. انتقل إلى الصفحة 58 للحصول على مزيد من المعلومات حول إشعار ملخص Medicare.
- ضع دائرة حول المنتج أو المنتجات التي توجد في إشعار ملخص Medicare وانت غير موافق عليها. اكتب شرحاً توضح فيه سبب رفضك لهذا القرار. يمكنك الكتابة في إشعار ملخص Medicare أو فيه ورقة منفصلة وترفقها مع إشعار الملخص.
- تشمل هذه العناصر كتابة اسمك ورقم تليفونك ورقم Medicare احتفظ بنسخة من هذه الأشياء في سجلاتك.
- أرسل إشعار ملخص Medicare أو نسخة منه إلى الشركة التي تتعامل مع فوائير Medicare (متعاقد إدارة Medicare) المدرجة في الإشعار. يمكنك تضمين أي معلومات لديك حول استئنافك، مثل المعلومات من مقدم الرعاية الصحية الخاص بك. أو بدلاً من ذلك، يمكنك استخدام النموذج CMS-20027 للحصول على هذا النموذج باللغة الإنجليزية والإسبانية، يمكنك زيارة موقع [Medicare.gov/basics/forms-appeals](https://www.medicare.gov/basics/forms-appeals)
- 1-800-MEDICARE أو الاتصال على الرقم publications-mailings/forms/appeals 1-800-633-4227 (1-800) لطلب نسخة منه بالبريد. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- يجب عليك تقديم استئنافك في الموعد المحدد في إشعار ملخص Medicare. في حال تفويت الموعد النهائي للاستئناف، لا يزال بإمكانك تقديم استئناف والحصول على قرار إذا كنت تستطيع إثبات سبب وجيه لتفويت الموعد النهائي (على سبيل المثال، إذا كنت تعاني من إعاقة أو مرض أو حادث جعلك تأخرت عن إرساله في الموعد المحدد).
- ستلتقي عادةً قراراً من متعاقد إدارة Medicare في غضون 60 يوماً بعد حصولهم على طلبك. إذا كان برنامج Medicare سيتكلف بالمنتج (المنتجات) أو الخدمة (الخدمات)، فسيتم إدراجها في إشعار ملخص Medicare (MSN) التالي الخاص بك.
- قد يكون لديك الحق في استئناف سريع إذا كنت تعتقد أن خدمات Medicare الخاصة بك من مستشفى أو مؤسسة أخرى تنتهي قريباً جداً (الصفحة 100).

إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات برنامج Medicare أو أي خطة صحية أخرى تابعة له:

قد يختلف الإطار الزمني لتقديم الاستئناف عن برنامج Medicare الأصلي. في بعض الحالات، يمكنك تقديم استئناف سريع. لمعرفة المزيد، يمكنك مراجعة المواد التي ترسلها إليك خطتك، أو الاتصال بخطتك، أو زيارة موقع [Medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal](https://www.medicare.gov/claims-appeals/how-do-i-file-an-appeal)

إذا كان لديك خطة عقاقير منفصلة من Medicare

حتى قبل شراء عقاقير معينة ، يحق لك الآتي:

- الحصول على تفسير مكتوب لقرارات تغطية الدواء" (يسمى "تحديد التغطية") من خطة عقاقير Medicare الخاصة بك. تحديد التغطية هو القرار الأول الذي تتخذه خطة عقاقير برنامج Medicare الخاصة بك (وليس الصيدلية) بشأن مزايتك. يمكن أن يكون هذا القرار حول ما إذا كانت الخطة تغطي العقاقير الخاصة بك، أو ما إذا كنت قد استوفيت متطلبات الخطة لتغطية العقاقير، أو المبلغ الذي تدفعه مقابل العقاقير. ستحصل أيضاً على قرار تحديد التغطية إذا طلبت من خطتك عمل استثناء لقواعدها لتغطية الدواء الخاص بك.
- اطلب استثناء إذا كنت أو الطبيب الذي يصف لك الدواء (أي مقدم رعاية صحية مرخص له قانونياً بكتابته الوصفات الطبية) تعتقد أنك بحاجة إلى دواء غير مدرج في. قائمة العقاقير المغطاة بخطة التأمين الخاصة بك ([قائمة العقاقير](#)).
- اطلب استثناء إذا كنت أو الطبيب الذي يصف لك الدواء تعتقد أن خطتك يجب أن تتنازل عن قاعدة تغطية معينة (مثل الموافقة المسبقة).
- اطلب استثناء إذا كنت تعتقد أنه يجب أن تدفع مبلغاً أقل لعقاقير من فئة أعلى لأنك أو طبيبك تعتقدان أنه لا يمكنك تناول أي من العقاقير من الفئات الأدنى لنفس الحالة.

كيفية الحصول على مساعدة في تقديم استئناف؟

يمكنك تعين من يمثلك. يمكن أن يكون ممثلاً لك فرد من العائلة، أو صديق، أو مناصر، أو محامي، أو مستشار مالي، أو طبيب، أو أي شخص آخر يتصرف نيابة عنك. للحصول على مزيد من المعلومات، قم بزيارة الموقع الإلكتروني [Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/file-an-appeal/can-someone-file-an-appeal-for-me).

يمكنك أيضاً الحصول على مساعدة في تقديم استئناف من برنامج مساعدات التأمين الصحي للولاية (SHIP). انتقل إلى الصفحتين 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

كيف أطلب تحديد التغطية أو استثناء؟

يجب عليك أنت أو الطبيب الذي يصف لك الدواء الاتصال بخطة التأمين الخاصة بك لطلب تحديد التغطية أو استثناء. إذا لم يتمكن الصيدلي في شبكتك من صرف العاقير، فسيعطيك إشعاراً يشرح كيفية الاتصال بخطة عاقير برنامج Medicare الخاصة بك لتقديم طلبك. إذا لم يقدم لك الصيدلي هذا الإشعار، فاطلب نسخة منه.

إذا كنت تطلب دواءً لم تحصل عليه بعد، يمكنك أنت أو الطبيب الذي يصف لك الدواء تقديم طلب قياسي أو طلب معجل (سريع) عن طريق الهاتف أو كتابة. إذا كنت تطلب استرداد أموال العاقير التي اشتريتها بالفعل، فقد تطلب منك الخطوة أنت أو الطبيب الذي يصف لك العاقير تقديم طلب قياسي كتابة.

يمكنك أنت أو الطبيب الذي يصف لك الدواء الاتصال بخطة التأمين الخاصة بك أو كتابة طلب معجل (سريع). سيتم التعجيل بطلبك إذا لم تحصل على الدواء وقررت خطفك، أو أخبرك طبيبك أن حياتك أو صحتك قد تكون في خطر إذا انتظرت.

هام! إذا كنت تطلب استثناء، يجب على الطبيب الذي يصف لك الدواء تقديم بيان يوضح السبب الطبي الذي يجب أن تتوافق عليه خطتك.

ما هي حقوقى إذا كنت أعتقد أن خدماتي تنتهي بسرعة كبيرة؟

إذا كنت تتلقى خدمات من برنامج Medicare من مستشفى أو **منشأة رعاية ماهرة**، أو وكالة رعاية منزلية أو منشأة إعادة تأهيل شاملة للمرضى الداخلين أو دار رعاية للمحاضرين، وتعتقد أن خدمات Medicare المغطاة لك تنتهي بسرعة كبيرة (أو يتم ذلك مبكراً)، يمكنك طلب استئناف سريع (يُعرف أيضاً باسم "استئناف فوري" أو "استئناف معجل"). سيمنحك مقدم الخدمة إشعاراً قبل انتهاء خدماتك يخبرك بكيفية طلب استئناف سريع. اقرأ هذا الإشعار بعناية. إذا لم تتلق هذا الإشعار، فاطلبه. في حالة الاستئناف السريع، سيقرر مراجع مستقل يُسمى "منظمة تحسين جودة الرعاية التي تركز على المستفيد والعائلة" (BFCC-QIO) ما إذا كان ينبغي الاستمرار في خدماتك المغطاة. يمكنك الاتصال بمنظمة تحسين جودة الرعاية التي تركز على المستفيد والعائلة الخاصة بك للحصول على مساعدة في تقديم استئناف. انتقل إلى صفحة 112.

بغضى الاستئناف السريع فقط قرار إنهاء الخدمات أو خروجك من المستشفى. قد تحتاج إلى بدء استئناف منفصل لأي منتجات أو خدمات قد حصلت عليها بعد قرار إنهاء الخدمات. قم بزيارة الموقع التالي: [Medicare.gov/publications](https://www.Medicare.gov/publications) أو [Medicare.gov/appeals](https://www.Medicare.gov/appeals) لاستعراض الكتب، "استئنافات برنامج Medicare".

ما هو "إشعار المستفيد المسبق بعدم التغطية" (ABN)؟

إذا كان لديك برنامج Medicare الأصلي، فقد يعطيك طبيبك أو مقدم الرعاية الصحية أو المورد الآخر إشعاراً مكتوباً إذا اعتقدوا أن Medicare لن يدفع مقابل المنتجات أو الخدمات التي ستحصل عليها. يُسمى هذا الإشعار "إشعار المستفيد المسبق بعدم التغطية"، أو ABN. يُدرج في إشعار المستفيد المسبق بعدم التغطية العناصر أو الخدمات التي يتوقع مقدم الخدمة أن Medicare لن يدفع ثمنها، بالإضافة إلى تقدير تكاليف المنتجات والخدمات والأسباب التي قد لا يدفع فيها.

ماذا يحدث إذا تلقيت هذا الإشعار؟

- سُيُطلب منك اختيار ما إذا كنت ستحصل على المنتجات أو الخدمات المدرجة في الإشعار.
- إذا اخترت الحصول على المنتجات أو الخدمات المدرجة في الإشعار، فإنك توافق على الدفع إذا لم يدفع Medicare.
- سُيُطلب منك توقيع الإشعار لتأكيد أنك فرأته وفهمته.
- لا يُطلب من الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين والموردين (ولكن قد يفعلون ذلك) إعطائك إشعاراً للخدمات التي لا يغطيها Medicare أبداً. انقل إلى صفحة 55.
- يعد الإشعار المسبق للمستفيد بعدم التغطية (ABN) ليس رفضاً رسمياً للتغطية من قبل Medicare. إذا رفض Medicare الدفع، فلا يزال بإمكانك تقديم استئناف بمجرد الحصول على "إشعار ملخص Medicare الذي يوضح المنتج أو الخدمة المعنية". ومع ذلك، سيتعين عليك دفع ثمن المنتجات أو الخدمات إذا قرر Medicare أن المنتجات أو الخدمات غير مغطاة (ولا يوجد أي مؤمن آخر مسؤول عن الدفع).

هل يمكنني الحصول على إشعار مثل هذا لأسباب أخرى؟

قد تلقى "إشعار المستفيد المسبق بعدم التغطية في منشأة الرعاية الماهرة" عندما تعتقد المنشأة أن Medicare لن يغطي إقامتك أو العناصر والخدمات الأخرى.

ماذا لو لم أحصل على هذا الإشعار؟

إذا كان من المفترض أن يعطيك مقدم الخدمة هذا الإشعار ولم يفعل، فعليك في معظم الحالات أن يعيد لك مقدم الخدمة المبلغ الذي دفعته مقابل المنتج أو الخدمة.

من أين يمكنني الحصول على مزيد من المعلومات؟

قم بزيارة الموقع التالي: [Medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections](https://www.medicare.gov/basics/your-medicare-rights/your-protections) لكي تعرف المزيد عن الأنواع المختلفة عن إشعار المستفيد المسبق بعدم التغطية وماذا تفعل إذا حصلت عليه.

ملاحظة: إذا كنت مشتركاً في خطة مزايـا Medicare، فلديك الحق في سؤال الخطة مسبقاً عما إذا كانت تغطي خدمات أو عقاقير أو مستلزمات معينة. اتصل بخطتك لطلب وتقديم طلب مسبق لتحديد المنظمة. إذا رفضت الخطة طلبك، فسيتضمن ردتها تعليمات لتقديم استئناف في الوقت المناسب. قد تحصل أيضاً على رعاية موجهة من الخطة. يحدث هذا عندما يحيلك مقدم خدمة من الخطة إلى خدمة أو إلى مقدم خدمة خارج الشبكة دون الحصول على تحديد من المنظمة مسبقاً. انقل إلى صفحة 66.

حقك في الوصول إلى معلوماتك الصحية الشخصية

وفقاً للقانون، يحق لك أو لممثلك القانوني بشكل عام مراجعة معلوماتك الصحية الشخصية أو الحصول على نسخ منها من مقدمي الرعاية الصحية الذين يعالجونك ويقدمون فواتير Medicare لرعايتك. إذا كنت تريد من Medicare إعطاء معلوماتك الشخصية لشخص آخر، مثل مقدم الرعاية، انتقل إلى الصفحة 107 لمعرفة المزيد حول ملء نموذج "التفويض للإفصاح عن المعلومات الصحية الشخصية". كما يحق لك عموماً الحصول على هذه المعلومات من خطط التأمين الصحي التي تدفع تكاليف رعايتك، بما في ذلك Medicare.

تتضمن هذه الأنواع من المعلومات الصحية الشخصية:

- سجلات المطالبات والفوارات
- المعلومات المتعلقة بالتسجيل في خطط التأمين الصحي، بما في ذلك Medicare
- السجلات الطبية وإدارة الحالات
- السجلات الأخرى التي يستخدمها الأطباء أو خطط التأمين لاتخاذ القرارات الخاصة بك

بصفة عامة، يمكنك الحصول على معلوماتك على ورق أو إلكترونياً. إذا قام مقدمو الخدمات أو خطط التأمين بتخزين معلوماتك الإلكترونية، فيجب عليهم عموماً تزويدك بنسخ إلكترونية إذا طلبت ذلك. لديك الحق في الحصول على معلوماتك في الوقت المناسب، ولكن قد يستغرق الأمر ما يصل إلى 30 يوماً للحصول على رد. إذا كانت معلوماتك الإلكترونية، يمكنك أيضاً طلب إرسالها إلى طرف ثالث تختاره، مثل مقدم الرعاية الصحية الذي يعالجك أو أحد أفراد العائلة أو الباحث.

قد تحتاج إلى ملء نموذج لطلب نسخ من معلوماتك ودفع رسوم. لا يمكن أن تتجاوز هذه الرسوم عادةً التكلفة الإجمالية لـ:

- تكلفة نسخ المعلومات المطلوبة
- المستلزمات الازمة لإنشاء النسخة
- البريد (إذا طلبت من مقدم الرعاية الصحية إرسال نسخة إليك بالبريد)

في معظم الحالات، لن يتم تحصيل رسوم منك مقابل مراجعة معلوماتك أو البحث فيها أو تنزيلها أو إرسالها من خلال بوابة إلكترونية.

للحصول على المزيد من المعلومات، قم بزيارة الرابط التالي: [HHS.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers](https://www.hhs.gov/hipaa/for-individuals/guidance-materials-for-consumers)

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في الحصول على سجلاتك الصحية واستخدامها، فإن مكتب المنسق الوطني لтехнологيا المعلومات الصحية (ONC) في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS) أنشأ "دليل الحصول على سجلاتك الصحية واستخدامها". يعلمك الدليل كيفية الحصول على سجلاتك الصحية 'والتأكد من دقتها واكتمالها، حتى تتمكن من الاستفادة القصوى من رعايتك الصحية. قم بزيارة الرابط التالي: [healthit.gov/how-to-get-your-health-record](https://www.healthit.gov/how-to-get-your-health-record) لمراجعة الدليل.

كيف يستخدم برنامج Medicare معلوماتي الشخصية؟

يحمي Medicare خصوصية معلوماتك الصحية. تصف الصفحتان التاليتان كيف يمكن لـ Medicare استخدام معلوماتك وإشارتها وتوضّح كيفية الحصول على هذه المعلومات.

إشعار ممارسات الخصوصية لبرنامج Medicare الأصلي

يصف هذا الإشعار كيفية استخدام المعلومات الطبية عنك وكشفها وكيف يمكنك الوصول إلى هذه المعلومات. يرجى مراجعته بعناية.

يلزم القانون Medicare بحماية خصوصية معلوماتك الطبية الشخصية. كما يطلب منا إعطائك هذا الإشعار حتى تعرف كيف يمكننا استخدام المعلومات الطبية الشخصية المتعلقة بك ومشاركتها ("الكشف عنها").

يجب علينا تقديم معلوماتك إلى:

- أنت أو شخص تعينه ("معين") أو شخص لديه الحق القانوني في التصرف نيابة عنك (ممثلك الشخصي)
- وزير الصحة والخدمات الإنسانية، إذا لزم الأمر
- أي شخص آخر يستدعي القانون

لدينا الحق في استخدام معلوماتك وتقديمها لدفع تكاليف الرعاية الصحية وتشغيل برنامج Medicare على سبيل المثال:

- يقوم متعاقدو إدارة Medicare باستخدام معلوماتك لدفع مطالباتك وجمع **أقساط التأمين**، الخاصة بك، أو رفضها، ومشاركة دفعات استقادتك مع شركات التأمين الأخرى الخاصة بك، أو إعداد "إشعار ملخص Medicare".
- قد نستخدم معلوماتك لتزويديك بخدمات العملاء، وحل الشكاوى التي لديك، والاتصال بك بشأن الدراسات البحثية، والتأكد من حصولك على رعاية عالية الجودة.

قد نستخدم أو نشارك معلوماتك في هذه الظروف المحددة:

- إلى الولاية والوكالات الفيدرالية الأخرى التي لها الحق القانوني في الحصول على بيانات Medicare (مثل التأكد من أن Medicare يقوم بالدفعات بشكل صحيح ومساعدة برامج **Medicaid الفيدرالية / الحكومية**)
- لأنشطة الصحة العامة (مثل الإبلاغ عن تفشي الأمراض)
- لأنشطة الرقابة على الرعاية الصحية الحكومية (مثل التحقيق في الاحتيال والإساءة)
- للإجراءات القضائية والإدارية (مثل الاستجابة لأمر قضائي)
- لأغراض إنفاذ القانون (مثل تقديم معلومات محدودة للعثور على شخص مفقود)
- للقيام بدراسات بحثية تفي بجميع متطلبات قانون الخصوصية (مثل الأبحاث لمنع الأمراض أو الإعاقة)
- لتجنب تهديد خطير وشيك للصحة أو السلامة
- للاتصال بك بشأن مزايا Medicare الجديدة أو المعدلة
- لإنشاء مجموعة من المعلومات الخاصة بك لا يمكن لأحد تتبعها
- لتقديمي الرعاية الصحية وشركائهم التجاريين لأغراض تنسيق الرعاية وتحسين الجودة، مثل المشاركة في **مؤسسة الرعاية المسؤولة (ACO)**

لا تقوم ببيع معلوماتك أو استخدامها ومشاركتها لإخبارك عن المنتجات أو الخدمات الصحية ("التسويق"). يجب أن تحصل على إذن مكتوب منك ("التفويض") لاستخدام معلوماتك أو مشاركتها لأي غرض غير موصوف في هذا الإشعار.

يمكنك سحب ("إلغاء") الإذن المكتوب في أي وقت، إلا إذا قد شاركتنا المعلومات بالفعل لأنك أعطيتنا الإذن.

لديك الحق في ما يلي:

- مراجعة المعلومات الخاصة بك التي لدينا والحصول على نسخة منها.
- طلب تغيير معلوماتك إذا كنت تعتقد أنها خاطئة أو غير كاملة، ونحن نوافق على ذلك. إذا اختلفنا، يمكنك إضافة بيان باختلافك إلى معلوماتك.
- الحصول على قائمة بالأشخاص الذين يحصلون على معلوماتك منا. لا يغطي القائمة المعلومات التي قدمتها لك أو لممثلك الشخصي أو لإنفاذ القانون، أو المعلومات التي استخدمناها لدفع تكاليف رعايتك أو لعملياتنا.
- طلب التواصل معك بطريقة أو مكان مختلف (على سبيل المثال، إرسال المواد إلى صندوق بريد بدلاً من عنوان منزلك).
- طلب الحد من كيفية استخدامنا لمعلوماتك وكيفية تقديمها لدفع المطالبات وتشغيل Medicare. قد لا نتمكن من الموافقة على طلبك.
- الحصول على خطاب يخبرك بالمخاطر المحتملة لخصوصية معلوماتك ("إشعار بالانتهاء").
- الحصول على نسخة ورقية منفصلة لهذا الإشعار.
- التحدث إلى ممثل خدمة العملاء حول إشعار الخصوصية الخاص بنا. اتصل على الرقم التالي: (1-800-633-4227) أو اتصل بالرقم التالي: Medicare.gov (1-800-MEDICARE). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

إذا كنت تعتقد أن حقوق خصوصيتك قد انتهكت، يمكنك تقديم شكوى بشأن الخصوصية إلى:

- مراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid (CMS). قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov (1-800-MEDICARE) أو اتصل بالرقم التالي: Medicare.gov (1-800-MEDICARE).
- وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية (HHS)، مكتب الحقوق المدنية (OCR). قم بزيارة الموقع التالي: HHS.gov/hipaa/filing-a-complaint.

تقديم شكوى لن يؤثر على تغطيتك بموجب برنامج Medicare.

يلزمنا القانون باتباع البنود الواردة في هذا الإشعار. لدينا الحق في تغيير طريقة استخدامنا لمعلوماتك أو مشاركتها. إذا أجرينا أي تغيير، فسوف نرسل لك إشعاراً بالبريد خلال 60 يوماً من تاريخ التغيير.

بدأ سريان مفعول إشعار ممارسات الخصوصية لبرنامج Medicare الأصلي بتاريخ 23 سبتمبر 2013.

كيف أحمي نفسي من الاحتيال وسرقة الهوية الطبية؟

تحذر سرقة الهوية الطبية عندما يسرق شخص ما معلوماتك الشخصية (مثل اسمك ورقم الضمان الاجتماعي أو رقم Medicare) ويستخدمها لتقديم طلبات احتيالية إلى Medicare وشركات التأمين الصحي الأخرى بدون إذنك. عندما تحصل على خدمات الرعاية الصحية، سجل التواريخ على التقويم وحافظ الإيصالات والبيانات التي تحصل عليها من مقدمي الخدمة للتحقق من الأخطاء. إذا كنت تعتقد وجود خطأً أو أن مقدم الخدمة قام بفاتورتك مقابل خدمات لم تحصل عليها، اتخاذ الخطوات التالية لمعرفة ما تم فواتيره:

- إذا كنت مشتركاً في برنامج Medicare الأصلي، يجب عليك مراجعة "إشعار ملخص Medicare". هذا الإشعار سيُظهر لك ما إذا كانت الخدمة الطبية التي حصلت عليها قد تم تضمين تكلفتها في فاتورة قدمت إلى برنامج Medicare. إذا كنت مشتركاً في خطة تأمين صحي تابعة لبرنامج Medicare، فراجع البيانات التي تتلقاها من خططك.
- قم بتسجيل الدخول إلى (أو إنشاء) على حساب Medicare الآمن الخاص بك من خلال الموقع التالي: Medicare.gov لمراجعة مطالبات التأمين الخاصة بك إذا كانت لديك خطة برنامج Medicare الأصيلة. تتتوفر بيانات مطالبات التأمين الخاصة بك عادةً عبر الإنترنت خلال 24 ساعة بعد معالجتها من قبل Medicare. يمكنك أيضًا تنزيل بيانات مطالباتك من خلال الدخول على حسابك على موقع Medicare.gov انتقل إلى قسم "تنزيل مطالباتي وبياناتي الشخصية" من "حسابي". يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم التالي: 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
- إذا كنت تعرف مقدم الرعاية الصحية أو المورد، اتصل به واطلب بياناً مفصلاً. يجب أن يقدم هذا البيان لك خلال 30 يوماً.

إذا قمت بالاتصال بالمقدم وشككت في أن Medicare تم احتسابه مقابل خدمة أو مستلزمات لم تحصل عليها، أو إذا كنت لا تعرف مقدم الخدمة المذكور في المطالبة، اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE.

يمكنك أيضًا الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE إذا كنت تعتقد أن رقم Medicare الخاص بك قد تم استخدامه بشكل احتيالي.

قم بإعطاء معلوماتك الشخصية، مثل رقم Medicare الخاص بك، فقط للأطباء وشركات التأمين (وكلائهم أو وسطائهم المرخصين)، أو الخطط التي تتصرف نيابة عنك، أو الأشخاص الموثوق بهم في المجتمع الذين يعملون مع Medicare مثل برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP). لا تشارك رقم التأمين الصحي الخاص بك (Medicare Number) أو أي معلومات شخصية أخرى مع أي فرد يتصل بك بشكل غير متوقع عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني أو شخصياً. إن برنامج Medicare أو **ممثل خطة Medicare** الخاصة بك سيتصل بك فقط في حالات محددة، وهي كما يلي:

- قد تتصل بك خطة Medicare إذا كنت عضواً فيها بالفعل. يمكن أن يتصل بك الوكيل الذي ساعدك في الانضمام إلى الخطة.
- يمكن لممثل خدمة العملاء من الرقم 1-800-MEDICARE الاتصال بك إذا تركت رسالة أو أخبرك أحد الممثلين بأن شخصاً ما سيعيد الاتصال بك.
- إذا قدمت بلاغاً عن الشبهة في الاحتيال، فقد تتلقى مكالمة من شخص يمثل برنامج Medicare لمتابعة حالة تقرير الشبهة بالاحتيال الذي قدمته.

لمزيد من المعلومات حول الاحتيال في برنامج Medicare، قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov/fraud؛ أو اتصل بدورية كبار السن المحلية لمكافحة الاحتيال في Medicare. تعرف أكثر على دورية كبار السن لمكافحة الاحتيال في Medicare واعثر على المساعدة في ولايتك من خلال زيارة smpresource.org أو الاتصال على الرقم 1-877-808-2468.

يجب على الخطط الالتزام بقواعد التسويق

يجب على خطط Medicare والوكالات الالتزام بقواعد معينة عند تسويق خططهم والحصول على معلومات التسجيل الخاصة بك. لا تحتاج الخطط إلى معلوماتك الشخصية لتقديم عرض أسعار. لا يمكن لخطط Medicare تسجيلك في الخطة عبر الهاتف إلا إذا اتصلت بهم وطلبت التسجيل، أو أعطيتهم إذنًا بالاتصال بك.

هام! اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE للإبلاغ عن أي خطط أو وكالات يقومون بما يلي:

- طلب معلوماتك الشخصية عبر الهاتف أو البريد الإلكتروني
- الاتصال بك لتسجيلك في خطة
- زيارتكم بشكل غير متوقع
- استخدام معلومات خاطئة لإيصالك

يمكنك أيضًا الاتصال بمتعدد سلامة عاقفiro (MEDIC) Medicare على الرقم 1-877-7SAFERX (1-877-772-3379). يعمل متعدد سلامة عاقفiro Medicare على مكافحة الاحتيال والهدر والإساءة في خطط ميزات Medicare وخطط العاقفiro.

تحقيق الاشتباہ في الاحتيال يستغرق وقتاً

كل معلومة مهمة. يأخذ برنامج Medicare جميع تقارير الاشتباہ في الاحتيال على محمل الجد. عندما تقدم بلاغًا عن احتيال، قد لا تسمع عن نتيجة فورية. يستغرق الأمر وقتاً للتحقيق في بلاغك وبناء القضية، ولكن اطمئن أن معلوماتك تساعدنا في حماية برنامج Medicare.

كيف يمكن أن يساعدك أمين المظالم الخاص بالمستفيد من برنامج Medicare

يساعد أمين المظالم الخاص بالمستفيد من برنامج Medicare في التعامل مع الشكاوى والمظالم المتعلقة ببرنامج Medicare، وكذلك طلبات المعلومات. يتتأكد أمين المظالم من حصولك على معلومات حول حقوقك وحمايتك في برنامج Medicare، كما يساعدك على فهم كيفية حل مخاوفك. إذا كان لديك مشكلة لم يتم حلها من قبل برنامج Medicare أو خطتك، فاتصل بالرقم المجاني 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE) أو خطتك، فاتصل بالرقم المجاني 1-800-486-2048 (TTY) للاتصال على رقم Medicare.gov. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي لمعرفة المزيد من المعلومات.

القسم 9:

اعثر على جهات الاتصال المفيدة والمزيد من المعلومات

احصل على مساعدة مخصصة

1. اتصل على الرقم التالي: (1-800-633-4227). يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.
2. تحدث معنا مباشرة عبر الدردشة على موقع Medicare.gov/talk-to-someone.
3. "يمكنكم مراسلتنا عبر البريد على العنوان التالي: PO Box 1270, Lawrence, KS 66044".

احصل على المعلومات على مدار الساعة، بما في ذلك عطلات نهاية الأسبوع

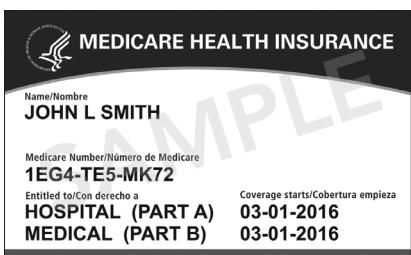
- تحدث بوضوح واتبع الإرشادات الصوتية لاختيار الفئة التي تلبي احتياجاتك بشكل أفضل.
- احتفظ ببطاقة Medicare الخاصة بك أمامك، وكن مستعداً لإعطاء رقم Medicare الخاص بك.
- عند طلب رقم Medicare الخاص بك، قل الأرقام والأحرف بوضوح واحداً تلو الآخر.
- للحصول على المساعدة بلغة أخرى غير الإنجليزية أو الإسبانية، أو للحصول على منشور Medicare بتقسيق يمكن الوصول إليه (مثل الطباعة الكبيرة أو برايل)، اطلب من مثل خدمة العملاء.

هام! إذا كنت بحاجة إلى شخص آخر (مثلاً مقدم رعاية) للوصول إلى معلوماتك الصحية الشخصية عند اتصاله على الرقم 1-800-MEDICARE، فبإمكانك القيام بما يلى:

يمكنك استكمال "نموذج التصريح للكشف عن معلومات الصحة الشخصية": يتبع لك هذا النموذج تفويض برنامج "إعطاء معلوماتك الصحية الشخصية لشخص آخر غيرك". للحصول على هذا النموذج باللغة الإنجليزية والإسبانية، يمكنك زيارة موقع Medicare.gov/basics/forms-publications-، أو الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE، أو الاتصال على الموقع [mailings/forms/other](https://Medicare.gov/mailings/forms/other). يمكنك أيضاً تقديمك من على حساب Medicare على الموقع Medicare.gov من على حساب Medicare الخاص بك. يجب على برنامج Medicare معالجة النموذج قبل أن يصبح التفويض ساري المفعول.

إذا تلقيت أكثر من نسخة من كتيب "Medicare" وأنت

للحصول على نسخة واحدة فقط من هذا الكتيب في المستقبل، اتصل بالرقم 1-800-MEDICARE. إذا كنت ترغب في التوقف عن تلقي النسخ الورقية عبر البريد، يمكنك تقديم هذا الطلب عن طريق تسجيل الدخول إلى حسابك في Medicare (أو إنشاء حساب جديد) على موقع Medicare.gov (أو إنشاء حساب جديد).



إذا كنت تحتاج إلى نسخة جديدة من بطاقة التأمين الصحي
Medicare برنامج الخاصة

إذا كنت تحتاج أن تستبدل بطاقةك لأنها تالفة أو مفقودة، قم بزيارة الموقع التالي: Medicare.gov للدخول أو (إنشاء حساب آمن) لطبع نسخة رسمية من بطاقة Medicare card يمكنك أيضًا الاتصال بالموقع التالي: 1-800-MEDICARE 1-800-633-4227 (1) وطلب تبديل البطاقة لإرسالها

عبر البريد الإلكتروني. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت تحصل على مزايا من هيئة تقاد السكك الحديدية (RRB)، يمكنك الاتصال بالرقم 1-877-772-5772 للحصول على بطاقة بديلة. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-312-751-4701.

أما إذا كنت بحاجة إلى استبدال بطاقةك بسبب شوك حول استخدام رقم Medicare الخاص بك من قبل شخص آخر، فيرجى الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE.

برامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIPS)

تُعد برامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIPs) برامج تابعة للدولة تحصل على تمويل من الحكومة الفيدرالية لتقديم الاستشارات التأمينية الصحية المحلية للاشخاص المشركين في برنامج Medicare. يمكن الحصول على هذه الاستشارات مجاناً. لا ترتبط برامج بأي شركة تأمين أو خطة صحية. توفر هذه البرامج الاستشارات المجانية المخصصة لك ولأسرتك لمساعدة في المواضيع المتعلقة ببرنامج Medicare، مثل:

- حقوقك في برنامج Medicare
 - مشاكل الفواتير
 - الشكاوى المتعلقة برعاياتك الطبية أو علاجك
 - مقارنة الخطة والتسجيل فيها
 - كيفية عمل برنامج Medicare مع التأمينات الأخرى
 - إيجاد المساعدة في تغطية تكاليف الرعاية الصحية

اتصل ببرنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP) في ولايتك للحصول على مساعدة مجانية ومخصصة ومحايدة بشأن استفساراتك المتعلقة ببرنامج Medicare، أو تعرف على كيفية أن تصبح مستشاراً متظوعاً في برنامج خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي. انتقل إلى الصفحتين 114-117 للحصول على رقم هاتف برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP).

اعثر على معلومات عامة حول برنامج Medicare عبر الانترنت

قم بزيارة موقع Medicare.gov

- احصل على معلومات من موقع [Medicare.gov/plan-compare](#) عن خطط عاقير برنامج Medicare الصحية في منطقتك، بما فيها التكلفة والخدمات التي يقدمونها.

"يمكنك البحث عن الأطباء ومقدمي الرعاية الصحية والموردين الآخرين المشاركون في برنامج Medicare عبر موقع [Medicare.gov/care-compare](#). يمكنك أيضًا الاطلاع على جودة الرعاية المقدمة من قبل الخطط التأمينية، دور رعاية المسنين، المستشفيات، الأطباء، وكالات الرعاية المنزليّة، مرافق غسيل الكل، مراكز الرعاية التلطيفية، مرافق إعادة التأهيل للمرضى الداخلين، ومستشفيات الرعاية طولية الأبد.

تعرف على الخدمات التي يغطيها برنامج Medicare، بما في ذلك **الخدمات الوقائية** (مثل الفحوصات الطبية، التطعيمات، "زيارات الرعاية الصحية السنوية").

احصل على معلومات استثنافات برنامج Medicare والنماذج ذات الصلة.

اعثر على معلومات خاصة حول برنامج Medicare عبر الإنترن特

قم بإنشاء حساب Medicare خاص بك

قم بزيارة موقع Medicare.gov للدخول (أو إنشاء) حساب Medicare آمن على برنامج Medicare. يمكنك أيضًا:

- أضف وصفاتك الطبية والصيدليات لتساعدك على مقارنة خطط التأمين الصحي والعقاقير الخاصة ببرنامج Medicare في منطقتك بشكل أفضل.
- اشتراك للحصول على كتيب "Medicare وأنت" وبيانات مطالبات برنامج Medicare الأصلي الرسمية، "التي تسمى" إشعارات ملخص Medicare"، إلكترونياً.
- راجع مطالبات برنامج Medicare الأصلي الخاصة بك فور معالجتها.
- اطبع نسخة من بطاقة Medicare الرسمية الخاصة بك.
- اعثر على قائمة بالخدمات الوقائية التي يحق لك الحصول عليها ضمن برنامج Medicare الأصلي.
- تعرف على أقساط لبرنامج Medicare الخاصة بك، وقم بدفعها عبر الإنترنط إذا تلقيت فاتورة من برنامج Medicare.

دليل التطبيقات المتصلة ببرنامج Medicare

بعد دليل التطبيقات المتصلة ببرنامج Medicare هو مجموعة تطبيقات وموقع إنترنط معتمدة من قبل برنامج Medicare، لكنها طورتها جهات خارجية (ليست تابعة لبرنامج Medicare). عند الاتصال بأحد التطبيقات وتسجيل الدخول باستخدام معلومات حساب Medicare الخاص بك، يمكنك استخدام خدمات التطبيق دون إدخال معلوماتك الصحية يدوياً. لا يمكن لهذه الجهات الخارجية الوصول إلى بيانات Medicare الخاصة بك إلا إذا اخترت مشاركتها معهم. يكون الاتصال (أو البقاء متصلًا) بتطبيقتابع لجهة خارجية هو اختيارك دائمًا.

توفر لك هذه التطبيقات إمكانية:

- مشاركة معلوماتك الصحية مع الأطباء والمقدمين الآخرين للرعاية الصحية وغيرهم.
- عرض جميع سجلاتك الصحية في مكان واحد (مثل دخول المستشفى ونتائج الفحوصات والأدوية).
- تقديم معلوماتك الصحية للمشاركة في دراسات الأبحاث السريرية.

ملاحظة: إذا كنت مشتركًا في خطة ميزات Medicare، فإن المعلومات المتاحة من خلال التطبيقات المتصلة ببرنامج Medicare تقتصر على الجزء "د" فقط. للحصول على بيانات الجزأين "أ" و "ب"، يُرجى الاتصال بخطتك.

تذكر: أن تتعامل مع معلوماتك الشخصية والصحية بنفس الطريقة التي تتعامل بها مع المعلومات السرية الأخرى.

لمعرفة كيفية استخدام التطبيقات المتصلة ببرنامج Medicare لحفظ معلومات مطالبات Medicare الخاصة بك، يُرجى زيارة:

- [Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/share-your-medicare-claims)
- [Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps](https://www.Medicare.gov/manage-your-health/medicares-blue-button-blue-button-20/blue-button-apps)

يعمل برنامج Medicare على تحسين تنسيق الرعاية المقدمة لك

يواصل برنامج Medicare البحث عن طرق لتحسين تنسيق الرعاية المقدمة لك وضمان حصولك على أفضل رعاية صحية ممكنة.

فيما يلي أمثلة على كيفية تحسين مقدمي الرعاية الصحية لتنسيق الرعاية المقدمة لك:

منظمات الرعاية المسؤولة

منظمة **مؤسسة الرعاية المسؤولة (ACO)** هي مجموعة من الأطباء والمستشفيات ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يقبلون برنامج Medicare الأصلي ويعملون معًا لتنسيق رعايتك الصحية.

العمل كجزء من منظمة الرعاية المسؤولة يساعد أطبائك ومقدمي الرعاية الصحية الآخرين على فهم تاريخك الصحي والتواصل مع بعضهم البعض بشأن رعايتك واحتياجاتك الصحية. قد يؤدي ذلك إلى توفير الوقت والمال والإحباط من خلال تجنب تكرار الفحوصات والمواعيد. كما يساعد التنسيق بشكل أكبر على منع الأخطاء الطبية والتفاعلات الدوائية غير المتوقعة التي قد تحدث إذا لم يكن أحد المقدمين على دراية بما وصفه لك مقدم آخر.

هام! لن تحد مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO) من اختيارك لمقدمي الرعاية الصحية. لن تحد مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO) من اختيارك لمقدمي الرعاية الصحية. إذا كان طبيبك أو أي مقدم رعاية آخر جزءًا من منظمة رعاية مسؤولة، فلا يزال لديك الحق في زيارة أي طبيب أو مستشفى أو مقدم رعاية آخر قبل برنامج Medicare في أي وقت.

بالإضافة إلى ذلك، إذا كان **طبيب الرعاية الأولية** الخاص بك يشارك في مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO)، من المحتمل أن تتمكن من الحصول على المزيد من المزايا. على سبيل المثال، في بعض مؤسسات رعاية مسؤولة (ACO)، يقدم لك مقدمي الخدمة المزيد من خدمات الرعاية الصحية عن بعد. هذا يعني أنك ستكون قادر على الحصول على بعض تكنولوجيا المنزل، مثل الهاتف أو الكمبيوتر للتواصل في أي وقت مع مقدم الرعاية الصحية التابع لك.

بالإضافة إلى ذلك، قد يتمكن الطبيب أو مقدم الخدمة الآخر الذي يكون جزءًا من مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO) من إرسال مرضاهن للحصول على **رعاية مرافق التمريض الماهرة** أو خدمات إعادة التأهيل حتى لو لم يبقوا في المستشفى لمدة 3 أيام أو لـ، وهو ما يعد عادةً شرطاً في برنامج Medicare لكي تكون مؤهلًا للحصول على هذه الميزة، يجب على طبيبك أو أي مقدم خدمة آخر أن يقرر أنك بحاجة إلى رعاية مرافق التمريض المتخصص وتلبية بعض متطلبات الأهلية الأخرى.

إذا كان طبيب الرعاية الأولية الخاص بك يشارك في مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO) وكان لديك برنامج Medicare الأصلي، فسوف تلتقي إشعاراً مكتوباً وأو تجد ملصقاً في مكتبه حول مشاركته في مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO) توجد الآن المئات من مؤسسات الرعاية المسؤولة (ACO) في جميع أنحاء البلاد. قم بزيارة الموقع الإلكتروني [Medicare.gov/care-compare](https://www.Medicare.gov/care-compare) للعثور على طبيب رعاية أولية آمنة يشكلجزءً من مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO).

مشاركة معلومات الرعاية الصحية الخاصة بك مع مؤسسات الرعاية المسؤولة (ACO).

أحد أهم مزايا **مؤسسة الرعاية المسؤولة (ACO)** هو أن أطبائك ومقدمي الخدمات الآخرين يمكنهم التواصل وتتنسيق الرعاية الخاصة بك. للمساعدة في ذلك، يسمح برنامج Medicare لمؤسسة الرعاية المسؤولة (ACO). عن الرعاية الصحية الخاصة بك بطلب معلومات معينة حول الرعاية التي تتلقاها. إن قيام Medicare بمشاركة بياناتك بهذه الطريقة يساعد في التأكد من أن جميع الأشخاص المشاركون في رعايتك لديهم إمكانية الوصول إلى معلوماتك الصحية عندما يحتاجون إليها لمساعدتك.

إذا كنت لا ترغب في أن يقوم برنامج Medicare بمشاركة معلوماتك الصحية مع أطبائك لتنسيق الرعاية، فاتصل بالرقم (1-800-633-4227) وأخبر الممثل بذلك. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. لا يزال بإمكان برنامج Medicare بمشاركة المعلومات العامة لقياس جودة مقدم الخدمة.

لمعرفة المزيد عن مؤسسة رعاية مسؤولة (ACO)، قم بزيارة الموقع الإلكتروني Medicare.gov/manage-your-health/coordinating-your-care/accountable-care-organizations أو اتصل على 1-800-MEDICARE.

السجلات الصحية الإلكترونية

السجلات الصحية الإلكترونية هي تاريخ لحالتك الطبية، والرعاية الصحية، والعلاج الذي يحتفظ به طبيبك، أو مقدم الرعاية الصحية الآخر، أو موظفو المكتب الطبي، أو المستشفى على جهاز كمبيوتر.

- يمكن أن تساعد هذه الأدوات في تقليل فرص حدوث الأخطاء الطبية، والقضاء على الاختبارات المكررة، وقد تعمل على تحسين جودة الرعاية الشاملة التي تحصل عليها.
- قد تتمكن السجلات الصحية الإلكترونية الخاصة بطبيبك من الارتباط بمستشفى أو مختبر أو صيدلية أو أطباء آخرين أو أنظمة معلومات التحصين (السجلات)، حتى يتمكن الأشخاص الذين يهتمون بك من الحصول على صورة أكثر اكتمالاً عن صحتك.

وصف العقاقير الإلكترونية

هذه طريقة إلكترونية تمكن الطبيب الذي يصف لك العقاقير (طبيبك أو أي مقدم رعاية صحية آخر مسموح له قانوناً بكتابية الوصفات الطبية) من إرسال وصفاتك الطبية مباشرة إلى الصيدلية الخاصة بك. يمكن لوصف العقاقير الإلكترونية أن يساعدك على توفير المال والوقت، وتساعد في الحفاظ على سلامتك.

طرق أخرى للحصول على معلومات Medicare

رسائل البريد الإلكتروني لبرنامج Medicare

قم بزيارة موقع Medicare.gov لإنشاء حساب Medicare الآمن الخاص بك. قم بتضمين عنوان بريدك الإلكتروني للحصول على التذكيرات والمعلومات المهمة حول Medicare.

المنشورات

قم بزيارة Medicare.gov/publications لمراجعة أو طباعة أو تنزيل نسخ من المنشورات حول موضوعات Medicare المختلفة. يمكنك أيضاً الاتصال بالرقم 1-800-MEDICARE. انتقل إلى الصفحة 124 للحصول على معلومات حول كيفية الحصول على المنشورات بتنسيقات يمكن الوصول إليها (مثل الطباعة الكبيرة، أو الكتب الإلكترونية، أو طريقة برايل) دون أي تكلفة. يتتوفر كتاب "Medicare وأنت" بلغات أخرى، مثل الإسبانية والصينية والكورية والفيتنامية.

وسائل التواصل الاجتماعي

ابق على اطلاع دائم وتواصل مع الأشخاص الآخرين الذين يتعاملون مع Medicare من خلال متابعتنا على الفيسبوك ([facebook.com/Medicare](https://www.facebook.com/Medicare)) وX، المعروف سابقاً باسم تويتر (twitter.com/MedicareGov)

فيديو

يمكنك العثور على مقاطع فيديو حول برنامج Medicare ومواضيع Medicare الأخرى على [YouTube.com/cmshhsgov](https://www.YouTube.com/cmshhsgov).

جهات الاتصال المفيدة الأخرى

الضمان الاجتماعي

قم بزيارة موقع [SSA.gov](https://www.SSA.gov) للتقدم بطلب والاشتراك في ب برنامج Medicare الأصلي، ومعرفة ما إذا كنت مؤهلاً للحصول على مساعدة إضافية لتعطية تكاليف عاقير Medicare. بالإضافة إلى ذلك، عندما تفتح حساب "الضمان الاجتماعي الخاص بي" الشخصي، يمكنك مراجعة بيان الضمان الاجتماعي الخاص بك، والتحقق من أرباحك، وتغيير معلومات الإيداع المباشر، وطلب بطاقة Medicare بديلة، وتحديث عنوانك، والمزيد. قم بزيارة [SSA.gov/myaccount](https://www.SSA.gov/myaccount) لفتح حسابك الشخصي.

مركز تنسيق واسترداد المزايا

اتصل بمركز تنسيق المزايا والاسترداد على الرقم 2627-798-855-1 للإبلاغ عن التغييرات في معلومات التأمين الخاصة بك أو لإعلام Medicare إذا كان لديك تأمين آخر. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-855-797-2627.

الرعاية المركزية على الأسرة والمستفيد - منظمات تحسين الجودة ووكالة المسح الحكومية

اتصل بالرعاية المركزية على الأسرة والمستفيد - منظمات تحسين الجودة (BFCC-QIO) إذا كنت تعتقد أن تعطية Medicare لخدمتك تنتهي في وقت قريب جداً (مثل إذا قال المستشفى الذي تتعامل معه أنه يجب خروجك وأنت لا توافق على ذلك). قد يكون لديك الحق في الاستئناف السريع. إذا كانت لديك مخاوف بشأن جودة الرعاية التي تلقيتها أنت أو أحد أحبائك في منشأة رعاية صحية معتمدة على مستوى الولاية أو المستوى الفيدرالي، أو إذا لم تكن راضياً عن ردمق默 الخدمة على مخاوفك، فيمكنك تقديم شكوى رسمية مباشرة إلى وكالة المسح الحكومية فيولايتكم أو الرعاية المركزية على الأسرة والمستفيد - منظمات تحسين الجودة (BFCC-QIO) اتصل على (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE) للحصول على رقم هاتف BFCC-QIO أو وكالة المسح الحكومية فيولايتكم يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 2048-486-1. لمزيد من المعلومات، قم بزيارة [Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care](https://www.Medicare.gov/claims-appeals/file-a-complaint-grievance/filing-a-complaint-about-your-quality-of-care)

وزارة الدفاع

احصل على معلومات حول برنامج TRICARE للحياة (TFL) وبرنامج الصيدلة .

رقم الهاتف :

1-866-773-0405 ، الهاتف النصي:

tricare.mil/tfl

tricare4u.com

برنامج الصيدلة TRICARE

1-877-540-6261 ، الهاتف النصي:

tricare.mil/pharmacy

militaryrx.express-scripts.com

وزارة شؤون المحاربين القدامى (VA)

اتصل بوزارة شؤون المحاربين القدامى إذا كنت من المحاربين القدامى أو خدمت في الجيش الأمريكي ولديك أسئلة حول مزايا المحاربين القدامى.

711 ، الهاتف النصي:

VA.gov

eBenefits.va.gov

مكتب إدارة شؤون الموظفين

احصل على معلومات حول برنامج المزايا الصحية للموظفين الفيدراليين الحاليين والمتقاعدين.

المتقاعدون الفيدراليون:

711 ، الهاتف النصي:

OPM.gov/healthcare-insurance/Guide-Me/Retirees-Survivors

الموظفيون الفيدراليون النشطين:

اتصل بمسؤول المزايا الخاص بك. قم بزيارة الموقع الإلكتروني apps.opm.gov/abo للحصول على قائمة من مسؤولي المزايا.

هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)

إذا حصلت على مزايا من هيئة تقاعد السكك الحديدية (RRB)، فاتصل بهم لتغيير عنوانك أو اسمك، أو التحقق من الأهلية، أو الاشتراك في Medicare، أو استبدال بطاقة Medicare الخاصة بك، أو الإبلاغ عن الوفاة.

1-877-772-5772 ، الهاتف النصي:

RRB.GOV

هل لديك أسئلة أو تعليقات حول هذا الكتيب؟

[بريدنا الإلكتروني](mailto:medicareandyou@cms.hhs.gov)

برامج خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIPs)

قم بزيارة موقع shiphelp.org، أو استخدم المعلومات أدناه للحصول على مساعدة مجانية ومخصصة للأسئلة المتعلقة بالاستئنافات، وشراء تأمين آخر، واختيار خطة صحية، وشراء بوليصة **Medigap**، وحقوق وحماية Medicare.

كونكتيكت

برنامج المساعدة في التأمين الصحي والتوعية والمعلومات والإحالة والاستشارة وفحص الأهلية بولاية كونكتيكت (CHOICES)
1-800-994-9422

ولاية ألاپاما

برنامج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP)
1-800-243-5463

ولاية ديلاويير

مكتب مساعدة برنامج Medicare
بولاية ديلاويير
1-800-336-9500

ولاية ألاسكا

Medicare
1-800-478-6065
الهاتف النصي: 1-800-770-8973

فلوريدا

برنامج خدمة احتياجات التأمين الصحي لكبار السن
بولاية فلوريدا (SHINE)
1-800-963-5337
خدمات الهاتف النصي: 1-800-955-8770

أريزونا

برنامج مساعدات التأمين الصحي
بولاية أريزونا (SHIP)
1-800-432-4040

جورجيا

برنامج مساعدات التأمين الصحي بو
لادة جورجيا (SHIP)
1-866-552-4464 (الاختيار 4)

ولاية أركنساس

برنامج معلومات التأمين الصحي
لكبار السن (SHIIP)
1-800-224-6330

غواام

برنامج مساعدة Medicare بولاية غواام
(GUAM MAP)
1-671-735-7415

كاليفورنيا

برنامج كاليفورنيا الدعم والمشورة الخاصة بالتأمين الصحي بولاية كاليفورنيا (HICAP)
1-800-434-0222

هاواي

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية هاواي
(Hawaii SHIP)
1-888-875-9229
خدمات الهاتف النصي: 1-866-810-4379

كولورادو

برنامج مساعدات التأمين الصحي
بولاية (SHIP)
1-888-696-7213

ولاية مين

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية
مین (SHIP)
رقم الهاتف: 1-800-262-2232

ميريلاند

برناموج مساعدات التأمين الصحي
بالولاية (SHIP)
رقم الهاتف: 1-800-243-3425

ماساتشوستس

برناموج خدمة احتياجات التأمين الصحي
للجمبع (SHINE)
رقم الهاتف: 1-800-243-4636
خدمات الهاتف النصي: 1-877-610-0241

ميسيغان

برناموج مساعدة Medicare في ميسيغان
رقم الهاتف: 1-800-803-7174

مينيسوتا

برناموج مساعدات التأمين الصحي بولاية مينيسوتا /
خط الاتصال المباشر لكبار السن
رقم الهاتف: 1-800-333-2433

ميسissippi

برناموج مساعدات التأمين الصحي بولاية ميسissippi
(SHIP)
رقم الهاتف: 844-822-4622

ميسوري

برناموج مساعدات التأمين الصحي بولاية
ميسوري (SHIP)
رقم الهاتف: 1-800-390-3330

مونتانا

برناموج مساعدات التأمين الصحي بولاية
مونتانا (SHIP)
رقم الهاتف: 1-800-551-3191

أيداهو

مستشارو مزايا التأمين الصحي لكبار السن بولاية
أيداهو (SHIBA)
1-800-247-4422

إلينوي

برناموج التأمين الصحي لكبار السن (SHIP)
1-800-252-8966
خدمات الهاتف النصي: 1-888-206-1327

إنديانا

برناموج مساعدات التأمين الصحي بولاية
إنديانا (SHIP)
1-800-452-4800
خدمات الهاتف النصي: 1-866-846-0139

ولاية أيوا

برناموج معلومات التأمين الصحي لكبار السن بولاية
أيوا (SHIIP)
1-800-351-4664
الهاتف النصي: 1-800-735-2942

كانساس

برناموج استشاره التأمين الصحي بولاية
كانساس (SHICK)
1-800-860-5260

ولاية كناتاكي

برناموج مساعدات التأمين الصحي بالولاية (SHIP)
1-877-293-7447

لوبيزيانا

برناموج معلومات التأمين الصحي لكبار
السن (SHIIP)
1-800-259-5300

<p>داكوتا الشمالية</p> <p>برنامج دعم التأمين الصحي بولاية داكوتا الشمالية (SHIC) 1-888-575-6611 خدمات الهاتف النصي: 1-800-366-6888</p>	<p>نبراسكا</p> <p>برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية نبراسكا (SHIP) 1-800-234-7119</p>
<p>أوهايو</p> <p>برنامج معلومات التأمين الصحي لكتار السن في ولاية أوهايو (OSHIIP) 1-800-686-1578 خدمات الهاتف النصي: 1-614-644-3745</p>	<p>نيفادا</p> <p>برنامج مساعدات Medicare بولاية نيفادا (MAP) 1-800-307-4444</p>
<p>أوكلاهوما</p> <p>برنامج مساعدات Medicare بولاية أوكلاهوما (MAP) 1-800-763-2828</p>	<p>نيو هامبشاير</p> <p>برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية نيو هامبشاير (SHIP) - مركز موارد سيرفس لينك: 1-866-634-9412</p>
<p>أوريجون</p> <p>برنامج مساعدات التأمين الصحي لكتار السن (SHIBA) 1-800-722-4134</p>	<p>نيوجيرسي</p> <p>برنامج خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي في نيوجيرسي (SHIP) 1-800-792-8820</p>
<p>بنسلفانيا</p> <p>برنامج بنسلفانيا للتنفيذ واتخاذ القرارات بشأن (PA MEDI) Medicare 1-800-783-7067</p>	<p>نيو مكسيكو</p> <p>مركز موارد كبار السن والمعاقين بولاية نيو مكسيكو - برنامج مساعدة التأمين الصحي 1-800-432-2080</p>
<p>بورتوريكو</p> <p>برنامج خطط الولاية لمساعدات التأمين الصحي (SHIP) 1-877-725-4300 خدمات الهاتف النصي: 1-7291-919-878-1</p>	<p>نيويورك</p> <p>برنامج مساعدات التأمين الصحي والاستشارة بولاية نيويورك (HIICAP) 1-800-701-0501</p>
<p>رود آيلاند</p> <p>برنامج التأمين الصحي لكتار السن (SHIP) 1-888-884-8721 خدمات الهاتف النصي: 401-462-0740</p>	<p>كارولينا الشمالية</p> <p>برنامج معلومات التأمين الصحي لكتار السن (SHIIP) 1-855-408-1212</p>

فيرجينيا

برنامج مساعدات التأمين الصحي والاستشارة بولاية
فيرجينيا (VICAP)
رقم الهاتف: 1-800-552-3402

واشنطن

مستشارو مزايا التأمين الصحي على مستوى
الولاية (SHIBA)
رقم الهاتف: 1-800-562-6900
الهاتف النصي: 1-360-586-0241

واشنطن العاصمة

برنامج مساعدات التأمين الصحي بواشنطن العاصمة
202-727-8370

فيرجينيا الغربية

برنامج مساعدات التأمين الصحي ولاية فيرجينيا
الغربية (WV SHIP)
رقم الهاتف: 1-877-987-4463

ويسكونسن

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية
ويسكونسن (SHIP)
رقم الهاتف: 1-800-242-1060
الهاتف النصي: 711

وايورنج

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية
وايورنج (WSHIIP)
رقم الهاتف: 1-800-856-4398

كارولينا الجنوبية

إدارة شؤون كبار السن في
كارولينا الجنوبية
1-800-868-9095

داكوتا الجنوبية

برنامج معلومات وتعليم التأمين الصحي للكبار
السن (SHIINE)
رقم الهاتف: 1-800-536-8197

تينيسي

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية تينيسي
رقم الهاتف: 1-877-801-0044
الهاتف النصي: 1-800-848-0299

تكساس

برنامج الدعم والمشورة الخاصين بالخدمات
الصحية (HICAP)
رقم الهاتف: 1-800-252-9240

يوتا

برنامج معلومات التأمين الصحي للكبار
السن (SHIP)
رقم الهاتف: 1-800-541-7735

فيرمونت

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية فيرمونت
رقم الهاتف:
1-800-642-5119

جزر فيرجن

برنامج مساعدات التأمين الصحي بولاية جزر
فيرجن (VISHIP)
1-340-772-7368
منطقة سانت كروا،
1-340-714-4354
منطقة سانت توماس

ملاحظات

القسم العاشر:

التعريفات

مؤسسة الرعاية المسؤولة (ACO)

هي مجموعة من الأطباء والمستشفيات وغيرهم من المهنيين الصحيين تعمل معاً لتقديم رعاية صحية عالية الجودة ومنسقة للك.

التكليف

هو اتفاق بين طبيبك أو مقدم الخدمة أو المورد لتلقي الدفع مباشرة من Medicare، وقبل المبلغ الذي يوافق عليه Medicare مقابل الخدمة، وعدم مطالبتك بأكثر من المبالغ المقطعة ومبلغ المشاركة التأميني في برنامج Medicare.

فترة الاستفادة

هي الطريقة التي يقياس بها برنامج Medicare الأصلي استخدامك لخدمات المستشفى ومرافق التمريض الماهر. تبدأ فترة الاستفادة من اليوم الذي يتم فيه دخولك كمريض داخلي إلى مستشفى أو مرافق تمريض ماهر. تنتهي فترة الاستفادة عندما لا تحصل على أي رعاية مستشفى داخلي (أو رعاية ماهرة في مرافق تمريض ماهر) لمدة 60 يوماً متتالية. إذا دخلت مستشفى أو مرافق تمريض ماهر بعد انتهاء فترة استفادة واحدة، يجب أن تبدأ فترة استفادة جديدة. يجب أن تدفع المبلغ المقطوع للمستشفى الداخلي لكل فترة استفادة. لا يوجد حد لعدد فترات الاستفادة.

مبلغ المشاركة التأميني

هو مبلغ قد يُطلب منك دفعه كحصة من تكلفة المزايا بعد دفع أي استقطاعات. عادة ما تكون المشاركة في مبلغ التأمين بنسبة مؤوية (على سبيل المثال، 20%).

مبلغ المشاركة في السداد

هو مبلغ قد يُطلب منك دفعه كحصة من تكلفة المزايا بعد دفع أي استقطاعات. مبلغ المشاركة في السداد هو مبلغ ثابت قد يكون 30 دولاراً.

تغطية العقاقير الموصوفة المعتمدة

هي تغطية للعقاقير من المتوقع أن تدفع، في المتوسط، ما لا يقل عن ما تدفعه تغطية عقاقير Medicare . قد تشمل ذلك تغطية العقاقير من صاحب عمل أو نقابة حالي أو سابق، أو تري كير، أو الخدمات الصحية الهندية، أو إدارة المحاربين القدامى، أو التغطية التأمينية الصحية الفردية.

مستشفي الحالات الحرجة

هو منشأة صغيرة تقع في منطقة ريفية على بعد أكثر من 35 ميلاً (أو 15 ميلاً إذا كانت في تضاريس جبلية أو في مناطق بها طرق ثانوية فقط) من مستشفى آخر أو مستشفى حالات حرجة. يقدم هذا المرفق رعاية طوارئ على مدار الساعة، ويضم 25 سريراً داخلياً أو أقل، ويحافظ على متوسط مدة إقامة 96 ساعة أو أقل لمرضى الرعاية الحادة.

المبلغ المقطوع

هو المبلغ الذي يجب عليك دفعه مقابل الرعاية الصحية أو عقاقير الوصفات الطبية قبل أن تبدأ Original Medicare أو خطة عقاقير الوصفات الطبية أو أي خطة تأمينية أخرى لديك في الدفع.

العرض التوضيحة

هي مشاريع خاصة، تسمى أحياناً "برامج تجريبية" أو "دراسات بحثية"، تهدف إلى اختبار تحسينات في تغطية برنامج Medicare، ودفعاته، وجودة الرعاية. تجدر الإشارة إلى أن هذه المبادرات تكون محدودة المدة وموجهة لمجموعات محددة من الأفراد وأو مناطق جغرافية معينة.

مساعدة إضافية

برنامج Medicare هو برنامج لمساعدة الأشخاص ذوي الدخل المحدود والموارد المالية المحدودة على دفع تكاليف برنامج وصفات العقاقير في Medicare، مثل الأقساط والمبالغ المقطعة ومبلغ المشاركة التأميني.

قائمة العقاقير

هي قائمة العقاقير الموصوفة التي تغطيها خطة الأدوية الموصوفة أو أي خطة تأمين أخرى تقدم مزايا للأدوية الموصوفة. ويطلق عليها أيضاً اسم قائمة العقاقير.

مرفق إعادة تأهيل للمرضى الداخليين

هو مستشفى أو جزء من مستشفى يقدم برنامج تأهيل شامل للمرضى الداخليين.

الأيام الاحتياطية مدى الحياة

هي أيام إضافية يدفعها برنامج Medicare الأصلي عندما تكون في المستشفى لأكثر من 90 يوماً. يكون لديك مجموعة أيام حوالي 60 يوماً احتياطياً يمكن استخدامها خلال حياتك. بالنسبة لكل يوم احتياطي مدى الحياة، يدفع Medicare جميع التكاليف المشمولة باستثناء مبلغ المشاركة التأميني يومياً.

مستشفى رعاية طويلة الأمد

هي مستشفيات رعاية طويلة المدة تقدم العلاج للمرضى الذين يقيمون، في المتوسط، أكثر من 25 يوماً. يتم نقل معظم المرضى من وحدة العناية المركزية أو الحرجة.

Medicaid

هو برنامج مشترك بين الحكومة الفيدرالية والولاية يساعد في تغطية التكاليف الطبية لبعض الأشخاص ذوي الدخل المحدود والموارد (في بعض الحالات). تختلف برامج Medicaid من ولاية إلى أخرى، ولكن معظم تكاليف الرعاية الصحية مغطاة إذا كنت مؤهلاً لكل من Medicare و Medicaid .

الضرورية طبياً

هي خدمات أو لوازم رعاية صحية ضرورية لتشخيص أو علاج مرض أو إصابة أو حالة أو داء أو أعراضه، وتتوافق مع المعايير الطبية المقبولة.

خطة ميزات برنامج Medicare (الجزء "ج")

هو نوع من خطط الرعاية الصحية الخاصة التي تقدمها شركة خاصة لديها عقد مع Medicare. تقدم خطط مزايا Medicare جميع مزايا الجزء "أ" والجزء "ب" مع بعض الاستثناءات، مثل بعض جوانب التجارب السريرية التي يغطيها Medicare الأصلي حتى لو كنت لا تزال مشتركاً في الخطة. خطط مزايا Medicare تشمل الآتي:

- منظمات الحفاظ على الصحة
- منظمات مقدمي خدمات الرعاية الصحية المفضلين
- خطط الرسوم المدفوعة من الأموال الخاصة مقابل الخدمة
- خطط الاحتياجات الخاصة
- خطط حسابات التوفيرات الطبية

إذا كنت مشتركاً في خطة ميزات Medicare :

- يتم تغطية معظم خدمات Medicare من خلال الخطة
- لا يتم دفع معظم خدمات Medicare من قبل Medicare الأصلي
- تقدم معظم خطط ميزات Medicare تغطية للعقاقير الموصوفة

المبلغ المعتمد من Medicare

هو المبلغ الذي يحدده Medicare الأصلي لخدمة أو عنصر مغطى. عندما يقبل مقدم الخدمة التكفة المعينة، يدفع Medicare حصته وتدفع أنت حصتك من هذا المبلغ.

خطة الصحة التابعة لبرنامج Medicare

هي خطط تقدمها شركات خاصة لديها عقود مع Medicare لتوفير مزايا الجزء "أ" والجزء "ب" وفي كثير من الحالات، مزايا الجزء "د". تتضمن خطط الصحة في Medicare خطط ميزات Medicare وأنواع أخرى معينة من التغطية (مثل خطط تكفة وبرامج الرعاية الشاملة لكبار السن، وبرامج العرض والتجربة).

خطة برنامج Medicare

أي طريقة أخرى غير Medicare الأصلي للحصول على تغطية صحية أو عقاقير Medicare. يشمل هذا المصطلح جميع خطط الرعاية الصحية في Medicare وخطط عقاقير Medicare.

Medigap

هو تأمين تكميلي لـ Medicare تبيّعه شركات التأمين الخاصة لسد "الفجوات" في تغطية Medicare الأصلي.

خطة برنامج Medicare الأصلية

هي خطة تأمين صحي للدفع مقابل الخدمة يتكون من جزئين: الجزء "أ" (تأمين المستشفيات) والجزء "ب" (التأمين الطبي). عادة ما تدفع جزءاً من تكاليف الخدمات المغطاة عند حصولك عليها. في إطار Medicare الأصلي، فلن يكون لديك تغطية من خلال خطة ميزة Medicare أو أي نوع آخر من خطط الرعاية الصحية في Medicare.

القسط التأميني

هو الدفع الدوري لـ Medicare أو شركة التأمين أو خطة الرعاية الصحية مقابل تغطية صحية أو عقاقير وصفة طبية.

الخدمات الوقائية

هي الرعاية الصحية لمنع المرض أو اكتشافه في مرحلة مبكرة، عندما يكون العلاج أكثر احتمالية للنجاح (على سبيل المثال، تشمل الخدمات الوقائية اختبار مسحة عنق الرحم، وتطعيمات الإنفلونزا، وفحوصات التصوير الشعاعي للثدي).

طبيب الرعاية الأولية

هو الطبيب الذي تلجأ إليه أولاً لمعظم المشاكل الصحية. قد يتواصل مع أطباء ومقدمي رعاية صحية آخرين بشأن رعايتك ويحولك إليهم.

الإحالة

هي طلب مكتوب من طبيب الرعاية الأولية لزيارة طبيب متخصص أو الحصول على خدمات طبية معينة. بدون إحالة، قد لا تغطي خطتك التكاليف الخاصة بالخدمات التي يقدمها المتخصص.

منطقة الخدمة

هي المنطقة التي يجب أن تسكن فيها حتى تقبلك الخطة كعضو. بالنسبة للخطط التي تحدد الأطباء والمستشفيات التي يمكنك استخدامها، فهي أيضًا بشكل عام المنطقة التي يمكنك فيها الحصول على الخدمات الروتينية (غير الطارئة). يمكن للخطط، وفي بعض الحالات يجب عليها، إلغاء اشتراكك إذا انتقلت إلى خارج منطقة خدمتها.

مرافق التمريض الماهرة (SNF)

هو مرفق تمريض يضم طاقمًا ومعدات لتقديم رعاية تمريضية ماهرة، وفي معظم الحالات، خدمات تأهيل ماهرة وخدمات صحية أخرى ذات صلة.

رعاية مرافق التمريض الماهرة

هي رعاية تمريضية ماهرة وخدمات علاجية تقدم يومياً في مرافق تمريض ماهر. تشمل أمثلة رعاية مرافق التمريض الماهر العلاج الطبيعي أو الحقن الوريدي التي يمكن إعطاؤها فقط من قبل معالج فيزيائي أو ممرض/ة مسجل/ة.

إشعار بعدم التمييز

لا تقوم مراكز خدمات الرعاية الصحية Medicare و Medicaid باستبعاد أي شخص أو حرمانه من المزايا أو التمييز ضده على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الجنس أو العمر في القبول أو المشاركة أو الحصول على الخدمات والمزايا بموجب أي من برامجها وأنشطتها، سواء قامت بها خدمات الرعاية الصحية Medicare و Medicaid مباشرةً أو من خلال مقاول أو أي كيان آخر تتعاقد معه خدمات الرعاية الصحية Medicaid و Medicare لتنفيذ برامجها وأنشطتها.

يمكنك الاتصال بمراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid بأي وسيلة من الوسائل الواردة في هذا الإشعار إذا كان لديك أي مخاوف بشأن الحصول على المعلومات بصيغة يمكنك استخدامها.

يمكنك أيضاً تقديم شكوى إذا كنت تعتقد أنك تعرضت للتمييز في برنامج أو نشاط تابع لمراكز خدمات برنامجي Medicare و Medicaid ، بما في ذلك مواجهة مشكلات في الحصول على المعلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه من أي خطة مizza Medicare ، أو خطة عاقير Medicaid ، أو مكتب الحكومي أو المحلي ، أو خطط التأمين الصحي المؤهلة في السوق. هناك ثلاثة طرق لتقديم شكوى إلى وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية، مكتب الحقوق المدنية:

1. عن طريق الإنترن特:

HHS.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html

2. عن طريق الهاتف:

اتصل على الرقم التالي: 1019-368-1-800. يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-800-537-7697.

3. كتابياً: يمكنك إرسال المعلومات الخاصة بشكواك إلى:

Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
Independence Avenue, SW 200
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

خدمات الاتصال المتاحة

يتوفر برنامج Medicare مجموعة متنوعة من المساعدات والخدمات المجانية لضمان حصول الجميع على المعلومات التي يحتاجونها. تشمل هذه الخدمات توفير المعلومات بتنسيقات تناسب مختلف الاحتياجات، مثل البرايل، والمطبوعات الكبيرة، وملفات البيانات أو الصوتية، وخدمات الترحيل واتصالات الهاتف النصي للصم. إذا طلبت معلومات بتنسيق يمكن الوصول إليه، فلن تتأثر سلباً بأي وقت إضافي ضروري لتوفيرها. وذلك يعني أنك سوف تحصل على وقت إضافي لاتخاذ أي إجراء إذا كان هناك أي تأخير في تنفيذ طلبك.

لطلب معلومات حول Medicare أو Marketplace بصيغة سهلة الاستخدام يمكنك:

1. اتصل بنا على رقم:

بالنسبة لبرنامج Medicare (1-800-633-4227) :
الهاتف النصي: 1-877-486-2048

بالنسبة لسوق التأمين الصحي: 1-800-318-2596

الهاتف النصي: 1-855-889-4325

2. أرسل رسالة بريد إلكتروني إلينا على: altformatrequest@cms.hhs.gov

3. راسلنا بالفاكس: 1-844-530-3676

4. أرسل خطاباً إلينا على العنوان:

Centers for Medicare & Medicaid Services

Offices of Hearings and Inquiries (OHI)

Security Boulevard, Mail Stop DO-01-20 7500

Baltimore, MD 21244-1850

Attn: Customer Accessibility Resource Staff (CARS)

ينبغي أن يحتوي طلبك على اسمك، ورقم هاتفك، ونوع المعلومات التي تريده (إذا كانت معروفة)، والعنوان البريدي الذي ينبغي علينا إرسال المواد إليه. قد تتمكن من الحصول على المزيد من المعلومات.

ملاحظة: إذا كنت مشاركاً في (Medicare Advantage Plan) أو إحدى خطط العاقفون من Medicare، فحينها اتصل على مقدم خطةك لطلب المعلومات الخاصة به بصيغة سهلة الاستخدام. اتصل بمكتب الولاية التابع لبرنامج Medicaid.

للحصول على مساعدة باللغات الأخرى؟

إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكالفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم (1-800-633-42271) (1-800-MEDICARE).

العربية (Arabic) إن كان لديك أو لدى شخص تساعدك أسئلة بخصوص Medicare فإن من حقك الحصول على المساعدة والمعلومات بلغتك من دون أي تكالفة. للتحدث مع مترجم إتصل بالرقم (1-800-633-4227) (1-800-MEDICARE).

հայերեն (Armenian) Եթե Դուք կամ Ձեր կողմից օգնություն ստացող անձը հարցեր ունի Medicare-ի մասին, ապա Դուք իրավունք ունեք անվճար օգնություն և տեղեկություններ ստանալու Ձեր նախընտրած լեզվով։ Թարգմանչի հետ խոսելու համար զանգահարեք 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) հեռախոսահամարով։

中文 (Chinese-Traditional) 如果您，或是您正在協助的個人，有關於聯邦醫療保險的問題，您有權免費以您的母語，獲得幫助和訊息。與翻譯員交談，請致電 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)。

فارسی (Farsi) اگر شما، یا شخصی که به او کمک میرسانید سوالی در مورد اعلامیه مختصر مدیکردارید، حق این را دارید که کمک و اطلاعات به زبان خود به طور رایگان دریافت نمایید. برای مکالمه با مترجم با این شماره زیر تماس بگیرید 1-800-633-4227 (1-800-MEDICARE).

Français (French) Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, a des questions au sujet de l'assurance-maladie Medicare, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et de l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, composez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Deutsch (German) Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen zu Medicare haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) an.

Kreyòl (Haitian Creole) Si oumenm oswa yon moun w ap ede, gen kesyon konsènan Medicare, se dwa w pou jwenn èd ak enfòmasyon nan lang ou pale a, san pou pa peye pou sa. Pou w pale avèk yon entèprtèt, rele nan 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Italiano (Italian) Se voi, o una persona che state aiutando, vogliate chiarimenti a riguardo del Medicare, avete il diritto di ottenere assistenza e informazioni nella vostra lingua a titolo gratuito. Per parlare con un interprete, chiamate il numero 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

日本語 (Japanese) Medicare（メディケア）に関するご質問がある場合は、ご希望の言語で情報を取得し、サポートを受ける権利があります（無料）。通訳をご希望の方は、1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) までお電話ください。

한국어(Korean) 만약 귀하나 귀하가 돋는 어느 분이 메디케어에 관해서 질문을 가지고 있다면 비용 부담이 없이 필요한 도움과 정보를 귀하의 언어로 얻을 수 있는 권리가 귀하에게 있습니다. 통역사와 말씀을 나누시려면 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)로 전화하십시오.

Polski (Polish) Jeżeli Państwo lub ktoś komu Państwo pomagają mają pytania dotyczące Medicare, mają Państwo prawo do uzyskania bezpłatnej pomocy i informacji w swoim języku. Aby rozmawiać z tłumaczem, prosimy dzwonić pod numer telefonu 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Português (Portuguese) Se você (ou alguém que você esteja ajudando) tiver dúvidas sobre a Medicare, você tem o direito de obter ajuda e informações em seu idioma, gratuitamente. Para falar com um intérprete, ligue para 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Русский (Russian) Если у вас или лица, которому вы помогаете, возникли вопросы по поводу программы Медикэр (Medicare), вы имеете право на бесплатную помощь и информацию на вашем языке. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните по телефону 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Español (Spanish) Si usted, o alguien que está ayudando, tiene preguntas sobre Medicare, usted tiene el derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tagalog (Tagalog) Kung ikaw, o ang isang tinutulungan mo, ay may mga katanungan tungkol sa Medicare, ikaw ay may karapatan na makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong lenguwahe ng walang gastos. Upang makipag-usap sa isang tagasalin ng wika, tumawag sa 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

Tiếng Việt (Vietnamese) Nếu quý vị, hay người mà quý vị đang giúp đỡ, có câu hỏi về Medicare, quý vị sẽ có quyền được giúp và có thêm thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện qua thông dịch viên, gọi số 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227).

هي علامة تجارية مسجلة تابعة لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية. Health Insurance Marketplace®
كتيب "Medicare" وانت" ليس وثيقة قانونية. يرد الدليل القانوني الرسمي لبرنامج Medicare في القوانين ذات الصلة
واللوائح والقرارات.

This product was produced at U.S. taxpayer expense.

تتوفر نسخ مجانية من هذا الكتيب على موقع Medicare.gov
أو عن طريق الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE.

U.S. Department of Health and Human Services
Centers for Medicare & Medicaid Services
7500 Security Blvd.
Baltimore, MD 21244-1850

مستند رسمي
غريمة بقيمة 300 للاستخدام الخاص

CMS Product No. 10050-ARB (Arabic)
September 2024

تحظر إعادة البيع

الكتيب الوطني لبرنامج Medicare

هل تنتقل؟

قم بزيارة الموقع التالي: [SSA.gov](#). إذا كنت تحصل على مزايا هيئة تقاعد السكك الحديد،
قم بزيارة موقع [RRB.gov](#) أو اتصل بهم على الرقم التالي: 1-877-772-5772.
يمكن لمستخدمي الهاتف النصي (TTY) الاتصال على الرقم 1-312-751-4701.



Medicare