



KAISER PERMANENTE®

ورقة تغييرات دليل الأعضاء لعام 2026

هذه معلومات مهمة حول التغييرات التي طرأت على نسختك من كتيب أعضاء

Kaiser Foundation Health Plan, Inc. لعام 2026 لبرنامج

Medi-Cal

يُعرّف كتيب الأعضاء الخاص بك أيضًا بدليل التغطية ونموذج الإفصاح المدمجين (Combined Evidence of Coverage and Disclosure Form, "EOC/DF"). وتهدف ورقة التغييرات هذه إلى إبلاغك بالتحديثات التي أدخلت على دليل الأعضاء لعام 2026. يرجى الاحتفاظ بهذا المستند مع دليل الأعضاء الخاص بك لعام 2026.

في ورقة تغييرات دليل الأعضاء هذه، قد يُشار إلى Kaiser Foundation Health Plan, Inc. بقولنا "نحن" أو "لنا" أو "خاصتنا". ويُشار أحيانًا إلى الأعضاء بقولنا "أنت" أو "انتم". وتجدون بعض الكلمات المكتوبة بحروف مائلة في هذا الدليل، وهذا لأنها تحمل معاني خاصة ومحددة. يرجى الرجوع إلى الفصل 8: "الأرقام والكلمات المهمة التي ينبغي معرفتها" في دليل الأعضاء لمعرفة المصطلحات التي يجب أن تكون على دراية بها.

التغييرات المتعلقة بالمزايا موضحة أدناه بوضع خط أسفلها.

الوصف المُحدَّث ضمن بند الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) في الفصل 3

(كيفية الحصول على الرعاية)

الموافقة المسبقة (الإذن المسبق)

الإذن المسبق في شمال كاليفورنيا

بالنسبة إلى الخدمات المدرجة تحت عنوان "الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة (إذنًا مسبقًا)" لاحقًا في هذا الفصل، يجب على طبيب الرعاية الأولية (Primary Care Provider, PCP) أو الأخصائي الخاص بك أن يطلب إذنًا من مجموعة Permanente Medical Group قبل حصولك على الرعاية. ويُعرّف ذلك بطلب الموافقة المسبقة أو الإذن المسبق. ويعني هذا أن مجموعة Permanente Medical Group يجب أن تتأكد من أن الرعاية المطلوبة ضرورية طبيًا.

تُعرّف الخدمات الضرورية طبيًا بأنها الخدمات المعقولة واللازمة لحماية حياتك، أو لمنع إصابتك بمرض خطير أو إعاقة شديدة، أو للتخفيف من ألم حاد ناتج عن مرض أو إصابة أو حالة طبية مشخصة. وبالنسبة إلى الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، تشمل الخدمات الضرورية طبيًا الرعاية اللازمة طبيًا لعلاج أو تخفيف مرض أو حالة جسدية أو نفسية.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

4486377887-AB (06/2026)

بالنسبة إلى طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) العادية، يجب على مجموعة Permanente Medical Group الرد على طلبك بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، على ألا يتجاوز ذلك خمسة أيام عمل من تاريخ استلامها المعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول لاتخاذ قرار بشأن طلبك (الموافقة عليه أو تعديله أو رفضه). كما يجب على Permanente Medical Group إصدار رد نهائي خلال مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام الطلب.

أما في الحالات التي يشير فيها مقدم الرعاية إلى أن الالتزام بالإطار الزمني العادي قد يؤدي إلى خطر جسيم بطل حياتك أو صحتك أو قدرتك على الوصول إلى أقصى مستوى ممكن من تأدية وظائفك أو الحفاظ عليها أو استعادتها، أو إذا توصل الممثل المختص لدى مجموعة The Permanente Medical Group إلى ذلك، فسيتم اتخاذ قرار مُعجل بشأن الموافقة المسبقة (الإذن المسبق). وفي هذه الحالات، سترد مجموعة Permanente Medical Group بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، وبحد أقصى 72 ساعة من تاريخ استلام الطلب.

وفي بعض الحالات، قد تحتاج Permanente Medical Group إلى معلومات إضافية لاتخاذ قرار بشأن طلب الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) الخاص بك (سواء بالموافقة أو التعديل أو الرفض). وإذا حدث ذلك، فإنه يحق لـ Permanente Medical Group الحصول على مهلة إضافية تصل إلى 14 يومًا تقويميًا لاتخاذ القرار. وبعد استلام المعلومات المطلوبة، يجب على Permanente Medical Group إصدار القرار بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، على ألا يتجاوز ذلك خمسة أيام عمل للطلبات العادية و 72 ساعة للطلبات المُعجلة.

يتولى مراجعة طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) موظفون سريريون أو طبييون مؤهلون، مثل الأطباء والممرضين والصيدلة.

نحن لا نتدخل بأي شكل من الأشكال في قرارات المراجعين المتعلقة برفض التغطية أو الخدمات أو تعديلها أو الموافقة عليها. وإذا لم توافق مجموعة Permanente Medical Group على الطلب، فسنرسل إليك إشعار إجراء (Notice of Action, NOA). وسيوضح لك هذا الإشعار كيفية تقديم التماس إذا كنت لا توافق على القرار.

وستواصل معك إذا احتاجت مجموعة Permanente Medical Group إلى معلومات إضافية أو إلى مزيد من الوقت لمراجعة طلبك.

الإذن المسبق في جنوب كاليفورنيا

بالنسبة إلى الخدمات المدرجة تحت عنوان "الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة (إذنًا مسبقًا)" لاحقًا في هذا الفصل، يجب على طبيب PCP أو الأخصائي الخاص بك أن يطلب إذنًا من Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا قبل حصولك على الرعاية. ويُعرّف ذلك بطلب الموافقة المسبقة أو الإذن المسبق. ويعني هذا أن مجموعة Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا يجب أن تتأكد من أن الرعاية المطلوبة ضرورية طبيًا.

تُعرّف الخدمات الضرورية طبيًا بأنها الخدمات المعقولة واللازمة لحماية حياتك، أو لمنع إصابتك بمرض خطير أو إعاقة شديدة، أو للتخفيف من الألم الحاد الناتج عن مرض أو إصابة أو حالة طبية مشخصة. وبالنسبة إلى الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا، تشمل الخدمات الضرورية طبيًا الرعاية اللازمة طبيًا لعلاج أو تخفيف مرض أو حالة جسدية أو نفسية.

بالنسبة إلى طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) العادية، يجب على مجموعة Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا الرد على طلبك بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، على ألا يتجاوز ذلك خمسة أيام عمل من تاريخ استلامها المعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول لاتخاذ قرار بشأن طلبك (الموافقة عليه أو تعديله أو رفضه). كما يجب



على Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا إصدار رد نهائي خلال مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام الطلب.

أما في الحالات التي يشير فيها مقدم الرعاية إلى أن الالتزام بالإطار الزمني العادي قد يؤدي إلى خطر جسيم بطل حياتك أو صحتك أو قدرتك على الوصول إلى أقصى مستوى ممكن من تأدية وظائفك أو الحفاظ عليها أو استعادتها، أو إذا توصل الممثل المختص لدى مجموعة Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا إلى ذلك، فسيتم اتخاذ قرار مُعجل بشأن الموافقة المسبقة (الإذن المسبق). وفي هذه الحالات، سترد مجموعة Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، وبعد أقصى 72 ساعة من تاريخ استلام الطلب.

وفي بعض الحالات، قد تحتاج Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا إلى معلومات إضافية لاتخاذ قرار بشأن طلب الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) الخاص بك (سواء بالموافقة أو التعديل أو الرفض). وإذا حدث ذلك، فإنه يحق لـ Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا الحصول على مهلة إضافية تصل إلى 14 يومًا تقويميًا لاتخاذ القرار. وبعد استلام المعلومات المطلوبة، يجب على Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا إصدار القرار بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، على ألا يتجاوز ذلك خمسة أيام عمل للطلبات العادية و72 ساعة للطلبات المُعجلة. يتولى مراجعة طلبات الموافقة المسبقة (الإذن المسبق) موظفون سريريون أو طبيون مؤهلون، مثل الأطباء والممرضين والصيادلة.

نحن لا نتدخل بأي شكل من الأشكال في قرارات المراجعين المتعلقة برفض التغطية أو الخدمات أو تعديلها أو الموافقة عليها. وإذا لم توافق مجموعة Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا على الطلب، فسنرسل إليك إشعار إجراء (NOA). وسيوضح لك هذا الإشعار كيفية تقديم التماس إذا كنت لا توافق على القرار.

وستتواصل معك إذا احتاجت مجموعة Permanente Medical Group في جنوب كاليفورنيا إلى معلومات إضافية أو إلى مزيد من الوقت لمراجعة طلبك.

الخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة (إذنًا مسبقًا)

فيما يلي أمثلة لخدمات تستلزم موافقة مسبقة دائمًا:

- خدمات الوخز بالإبر عندما تحتاج إلى أكثر من زيارتين شهريًا
- خدمات البالغين المجتمعية (Community-Based Adult Services, CBAS)
- التخدير المستخدم في خدمات طب الأسنان
- المعدات الطبية المعمرة
- الرعاية الصحية المنزلية
- لوازم الفتحات الاصطناعية ولوازم المسالك البولية
- الأطراف الصناعية والأجهزة التقويمية
- الخدمات غير المتاحة من خلال مقدمي الرعاية التابعين لشبكة Medi-Cal
- عمليات زراعة الأعضاء
- خدمات النقل الطبي عندما لا تكون الحالة طارئة



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

لا تتطلب الرعاية الطارئة، بما في ذلك خدمات سيارات الإسعاف الطارئة، الحصول على موافقة مسبقة (إذن مسبق). أنت لا تحتاج أبدًا إلى موافقة مسبقة (إذن مسبق) للحصول على الرعاية الطارئة، حتى إذا كانت الرعاية خارج شبكة Kaiser Permanente الطبية أو خارج منطقة الخدمة الخاصة بمنطقة الأساسية. ويشمل ذلك خدمات المخاض والولادة إذا كنت حاملًا. ولا يتعين عليك الحصول على موافقة مسبقة (إذن مسبق) لبعض خدمات الرعاية الحساسة. ولمعرفة المزيد حول هذه الخدمات، يرجى مراجعة قسم "الرعاية الحساسة" الوارد لاحقًا في هذا الفصل.

للاطلاع على قائمة كاملة بالخدمات التي تتطلب موافقة مسبقة والمعايير المستخدمة لاتخاذ قرارات الموافقة، يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني على الرابط kp.org/UM أو الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)**.

الآراء الثانية

قد تود الحصول على رأي ثانٍ حول الرعاية التي يقول مقدم رعايتك إنك تحتاج إليها أو حول تشخيصك أو خطة علاجك. على سبيل المثال، قد ترغب في الحصول على رأي ثانٍ إذا أردت التأكد من صحة التشخيص، أو إذا لم تكن متأكدًا من ضرورة العلاج أو الجراحة الموصى بها، أو إذا كنت قد حاولت اتباع خطة علاجية ولم تحقق النتائج المرجوة.

سنغطي تكلفة الحصول على رأي طبي ثانٍ إذا طلب مقدم الرعاية التابع لشبكة Medi-Cal ذلك، وتم الحصول على الرأي الثاني من مقدم رعاية آخر تابع لشبكة Medi-Cal. ولا تحتاج إلى إذن منا للحصول على رأي ثانٍ من مقدم رعاية تابع للشبكة. ويمكن لمقدم رعايتك التابع للشبكة مساعدتك في الحصول على إحالة للرأي الطبي الثاني عند الحاجة.

للحصول على رأي طبي ثانٍ، اتصل بطبيب PCP الخاص بك. ويمكن لطبيب PCP إحالتك إلى مقدم رعاية ضمن شبكة Medi-Cal يتمتع بالمؤهلات الطبية المناسبة لحالتك الصحية للحصول على رأي ثانٍ، كما يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الرقم **1-855-839-7613 (TTY: 711)** إذا كنت ترغب في الحصول على مساعدة لإصدار إحالة للرأي الطبي الثاني.

إذا لم يكن هناك مقدم رعاية مؤهل ضمن شبكة Medi-Cal لتقديم الرأي الطبي الثاني، فستساعدك خدمات الأعضاء لدينا في الحصول على رأي من مقدم رعاية من خارج الشبكة. وإذا قمنا بإحالتك إلى مقدم رعاية خارج الشبكة للحصول على رأي طبي ثانٍ، فسنتحمل نحن تكلفة هذا الرأي. سنبلغك بما إذا كان مقدم الرعاية الذي اخترته للحصول على رأي طبي ثانٍ قد تمت الموافقة عليه بالسرعة التي تتطلبها حالتك الصحية، على ألا يتجاوز ذلك خمسة أيام عمل من تاريخ حصول الخطة على المعلومات التي طلبتها والتي تحتاج إليها بشكل معقول لاتخاذ القرار بشأن طلبك. كما يجب علينا الرد خلال مدة لا تتجاوز سبعة أيام تقويمية من تاريخ استلام طلبك.

إذا كنت تعاني من مرض مزمن أو خطير أو شديد، أو كنت تواجه تهديدًا فوريًا وخطيرًا لصحتك، بما في ذلك، على سبيل المثال لا الحصر، خطر فقدان الحياة أو أحد الأطراف أو عضو رئيسي من أعضاء الجسم أو إحدى وظائفه الأساسية، فسنبلغك كتابيًا خلال 72 ساعة من استلام طلبك.

إذا رفضنا طلبك للحصول على رأي طبي ثانٍ، فيحق لك تقديم شكوى. ولمعرفة المزيد عن الشكاوى، يرجى الرجوع إلى قسم "الشكاوى" في الفصل 6: "الإبلاغ عن المشكلات وحلها" من دليل الأعضاء.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)**. نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

الوصف المُحدَّث ضمن بند "برامج وخدمات Medi-Cal الأخرى غير المشمولة من Kaiser Permanente" في الفصل 4 (المزايا والخدمات)

لا تغطي Kaiser Permanente بعض الخدمات، ولكن لا يزال بإمكانك الحصول عليها من خلال Medi-Cal بنظام الرسوم مقابل الخدمة (Fee-for-Service, FFS) أو من خلال برامج Medi-Cal الأخرى. وسننسق مع البرامج الأخرى لضمان حصولك على جميع الخدمات الضرورية طبيًا، بما في ذلك الخدمات التي يغطيها برنامج آخر ولا نغطيها نحن. ويستعرض هذا القسم بعض هذه الخدمات. ولمعرفة المزيد، يرجى الاتصال بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711).

رعاية الأسنان المُدارة في مقاطعتي ساكرامنتو ولوس أنجلوس

اعتبارًا من 1 يوليو 2026:

يستخدم برنامج Medi-Cal خطط Medi-Cal لطب الأسنان (خطط رعاية الأسنان المُدارة) لتقديم خدمات طب الأسنان الخاصة بك. ومع ذلك، توجد بعض الاستثناءات. إذا كنت لا تستوفي شروط الأهلية للحصول على Medi-Cal الفيدرالي كامل النطاق وكان عمرك 19 عامًا فأكثر، فقد يتم إلغاء تسجيلك من خطة Medi-Cal لطب الأسنان (خطة رعاية الأسنان المُدارة) إذا انطبق عليك أي مما يلي:

- إذا لم تكوني حاملًا أو لست في السنة الأولى بعد الولادة، ولم يتم تصنيفك من قبل المقاطعة كأحد أطفال الرعاية البديلة الحاليين أو السابقين. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal لعلاج حالات طوارئ الأسنان فقط.
- إذا صنفتك المقاطعة بأنك حامل أو كنت في السنة الأولى بعد الولادة. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان.
- إذا صنفتك المقاطعة كأحد أطفال الرعاية البديلة الحاليين أو السابقين، وكان عمرك أقل من 26 عامًا، وكنت في نظام الرعاية البديلة عند بلوغك سن 18 عامًا. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان.

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في معرفة المزيد حول خدمات طب الأسنان وأنت مسجل في خطة Medi-Cal لطب الأسنان (خطة رعاية الأسنان المُدارة)، فاتصل بخطة Medi-Cal لطب الأسنان المخصصة لك (خطة رعاية الأسنان المُدارة).



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

خدمات طب الأسنان في المقاطعات الأخرى

تُعد خدمات FFS Medi-Cal Dental مماثلة لنظام FFS Medi-Cal فيما يتعلق بخدمات طب الأسنان. قبل الحصول على خدمات طب الأسنان، يجب عليك إبراز بطاقة تعريف مزايا (Benefits Identification Card, BIC) من Medi-Cal الخاصة بك لمقدم الرعاية. كما يجب التأكد من أن مقدم الرعاية يقبل برنامج FFS Dental وأنت لست مشمولاً بخطة رعاية مُدارة توفر تغطية لخدمات الأسنان.

اعتبارًا من 1 يوليو 2026:

استنادًا إلى وضعك المتعلق بالهجرة، قد تُطبق بعض الاستثناءات على تغطية خدمات الأسنان. إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على Medi-Cal الفيدرالي كامل النطاق وكان عمرك 19 عامًا فأكثر، فقد لا تعود مؤهلاً للحصول على مزايا طب الأسنان إذا انطبق عليك أي مما يلي:

- إذا لم تكوني حاملًا أو لست في السنة الأولى بعد الولادة، ولم يتم تصنيفك من قِبل المقاطعة كأحد أطفال الرعاية البديلة الحاليين أو السابقين. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal لعلاج حالات طوارئ الأسنان فقط.
 - إذا صنفتك المقاطعة بأنك حامل أو خلال السنة الأولى بعد انتهاء الحمل. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان.
 - إذا صنفتك المقاطعة كأحد أطفال الرعاية البديلة الحاليين أو السابقين، وكان عمرك أقل من 26 عامًا، وكنت في نظام الرعاية البديلة عند بلوغك سن 18 عامًا. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان.
- يغطي Medi-Cal مجموعة واسعة من خدمات طب الأسنان من خلال برنامج Medi-Cal Dental للفئات التالية:
- الأعضاء المؤهلون للحصول على Medi-Cal الفيدرالي كامل النطاق
 - الأعضاء غير المؤهلين للحصول على Medi-Cal الفيدرالي كامل النطاق، لكنهم يستوفون واحدًا على الأقل من الاستثناءات الثلاثة التالية:
 - أن يكون العمر أقل من 19 عامًا؛
 - مصنفات من قِبل المقاطعة بأنهن حوامل (وحتى سنة واحدة بعد الولادة)؛
 - مصنفون من قِبل المقاطعة كأطفال رعاية بديلة حاليين أو سابقين تقل أعمارهم عن 26 عامًا وكانوا ضمن نظام الرعاية البديلة عند بلوغهم سن 18 عامًا.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)**. نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

تشمل خدمات طب الأسنان:

- أطقم الأسنان الكاملة والجزئية
- تقويم الأسنان للأطفال المؤهلين
- التيجان السنية (المصنعة مسبقاً أو المخبرية)
- علاجات قنوات الجذور (العصب) للأسنان الأمامية والخلفية
- خدمات التشخيص والوقاية من أمراض الأسنان، مثل الفحوصات، والأشعة السينية، وتنظيف الأسنان
- كشط الجير وتنعيم الجذور
- الرعاية الطارئة للسيطرة على الألم
- خلع الأسنان
- تطبيق الفلورايد الموضعي
- حشوات الأسنان

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في معرفة المزيد حول خدمات طب الأسنان، فاتصل ببرنامـج Medi-Cal Dental على الرقم 1-800-322-6384 (1-800-735-2922 TTY أو 711). كما يمكنك زيارة موقع Medi-Cal Dental الإلكتروني للاطلاع على مزيد من المعلومات على الرابط <https://www.dental.dhcs.ca.gov>.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

الوصف المُحدَّث ضمن بند "الخدمات الأخرى التي يمكن للأطفال الحصول عليها من خلال Medi-Cal بنظام الرسوم مقابل الخدمة (FFS) أو البرامج الأخرى" في الفصل 5 (الرعاية الوقائية للأطفال والشباب)

يمكن للأطفال والشباب الأعضاء الذين تقل أعمارهم عن 21 عامًا الحصول على خدمات الرعاية الصحية التي يحتاجون إليها بمجرد تسجيلهم في الخطة. ويضمن ذلك حصولهم على الرعاية الوقائية المناسبة، ورعاية الأسنان، وخدمات الصحة النفسية، بما في ذلك خدمات النمو والتطور والخدمات التخصصية. ويشرح هذا الفصل هذه الخدمات.

خدمات أخرى يمكن للأطفال الحصول عليها من خلال Medi-Cal بنظام الرسوم مقابل الخدمة (FFS) أو البرامج الأخرى

فحوصات الأسنان الدورية

حافظ على نظافة لثة طفلك من خلال مسحها بلطف يوميًا باستخدام قطعة قماش ناعمة ونظيفة. وعند بلوغ الطفل عمر 4 إلى 6 أشهر تقريبًا، تبدأ مرحلة التسنين مع ظهور الأسنان الأولى. وينبغي تحديد موعد لأول زيارة لطبيب الأسنان لطفلك بمجرد ظهور أول سن، أو عند بلوغه عامه الأول، أيهما يحدث أولاً.

خدمات الأسنان المجانية التي يغطيها Medi-Cal

الرضع من عمر 0 إلى 3 سنوات

- الزيارة الأولى لطبيب الأسنان
- أول فحص أسنان
- فحوصات الأسنان (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- فحص الأشعة السينية
- تنظيف الأسنان (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- طلاء الفلورايد الوقائي (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- حشوات الأسنان
- خلع الأسنان
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- *التخدير (عند الضرورة الطبية)



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

الأطفال من عمر 4 إلى 12 سنة

- فحوصات الأسنان (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- حشوات الأسنان
- فحص الأشعة السينية
- علاج جذور الأسنان (علاج العصب)
- طلاء الفلورايد الوقائي (كل 6 أشهر، وأحيانًا
- خلع الأسنان
- خدمات طب الأسنان الطارئة
- تنظيف الأسنان (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- *التخدير (عند الضرورة الطبية)
- سدادات الشقوق والأخاديد في الأضراس

الشباب من عمر 13 سنة حتى 21 سنة (اعتبارًا من 1 يوليو 2026، تنطبق بعض الاستثناءات الموضحة أدناه)

- فحوصات الأسنان (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- تيجان الأسنان
- فحص الأشعة السينية
- علاج جذور الأسنان (علاج العصب)
- طلاء الفلورايد الوقائي (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- أطقم الأسنان الجزئية والكاملة
- كشط الجير وتنعيم الجذور
- تنظيف الأسنان (كل 6 أشهر، وأحيانًا بوتيرة أكثر)
- تقويم الأسنان (الدعامات) للمؤهلين
- حشوات الأسنان
- *التخدير (عند الضرورة الطبية)

* ينبغي على مقدمي الرعاية النظر في استخدام التخدير أو التخدير الكلي عندما يحددون ويوثقون وجود سبب يجعل التخدير الموضعي غير مناسب طبيًا، وذلك بشرط أن يكون علاج الأسنان قد حصل على الموافقة المسبقة المطلوبة أو كان من الخدمات التي لا تتطلب موافقة مسبقة (إنذًا مسبقًا).

وفيما يلي بعض الأسباب التي قد تجعل استخدام التخدير الموضعي غير ممكن، مما يستدعي اللجوء إلى التخدير أو التخدير الكلي بدلًا منه:

- وجود حالة جسدية أو سلوكية أو نمائية أو عاطفية تمنع المريض من الاستجابة لمحاولات مقدم الخدمة لإجراء العلاج
- الحاجة إلى إجراءات ترميمية أو جراحية كبيرة
- عدم تعاون الطفل



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

- وجود عدوى حادة في موضع الحقن
- عدم قدرة التخدير الموضعي على السيطرة على الألم بشكل فعال

استثناءات اعتبارًا من 1 يوليو 2026. إذا لم تكن مؤهلاً للحصول على Medi-Cal الفيدرالي كامل النطاق وكان عمرك 19 عامًا فأكثر، فقد لا تعود مؤهلاً للحصول على مزاي طب الأسنان من خلالنا إذا انطبق عليك أي مما يلي:

- إذا لم تكوني حاملاً أو خلال السنة الأولى بعد الولادة، ولم يتم تصنيفك من قبل المقاطعة كأحد أطفال الرعاية البديلة الحاليين أو السابقين. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal لعلاج حالات طوارئ الأسنان فقط.

- إذا صنفتك المقاطعة بأنك حامل أو خلال السنة الأولى بعد انتهاء الحمل. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان.

- إذا صنفتك المقاطعة كأحد أطفال الرعاية البديلة الحاليين أو السابقين، وكان عمرك أقل من 26 عامًا، وكنت في نظام الرعاية البديلة عند بلوغك سن 18 عامًا. في هذه الحالة، يمكنك مراجعة أي مقدم خدمة أسنان تابع لـ FFS Medi-Cal للحصول على تغطية Medi-Cal كاملة النطاق لخدمات الأسنان.

إذا كانت لديك أسئلة أو ترغب في معرفة المزيد حول خدمات طب الأسنان، فاتصل بخط خدمة عملاء Medi-Cal Dental على الرقم 1-800-322-6384 (1-800-735-2922 TTY أو 711)، أو تفضل بزيارة <https://smilecalifornia.org/>.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني [kp.org](https://smilecalifornia.org/).

الوصف المُحدَّث ضمن بند "جلسات الاستماع بالولاية" في الفصل 6 (الإبلاغ عن المشكلات وحلها)

جلسات الاستماع بالولاية

جلسة الاستماع بالولاية هي اجتماع يُعقد بينك وبيننا وبين قاضٍ من إدارة الخدمات الاجتماعية في كاليفورنيا (California Department of Social Services, CDSS). وسيساعد القاضي في حل المشكلة التي تواجهها وتحديد إذا كنا قد اتخذنا القرار الصحيح أم لا. يحق لك طلب جلسة استماع بالولاية إذا كنت قد قدمت بالفعل التماساً لدى Kaiser Permanente وما زلت غير راضٍ عن القرار الذي أصدرناه، أو إذا لم تتلقَ قراراً بشأن التماسك خلال 30 يوماً.

يجب عليك طلب جلسة الاستماع بالولاية خلال 120 يوماً تقويمياً من التاريخ الوارد في خطاب إشعار البت في الالتماس (Notice of Appeal Resolution, NAR). إذا كنا قد وفرنا لك استمرار المزايا خلال فترة النظر في الالتماس وترغب في استمرارها حتى صدور قرار بشأن جلسة الاستماع بالولاية، فإنه يجب عليك طلب الجلسة خلال 10 أيام تقويمية من تاريخ خطاب NAR، أو قبل التاريخ الذي أبلغناك فيه بتوقف الخدمات، أيهما يأتي لاحقاً.

إذا كنت بحاجة إلى مساعدة للتأكد من استمرار المزايا إلى حين صدور القرار النهائي في جلسة الاستماع بالولاية، فاتصل بخدمات الأعضاء على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711)، على مدار 24 ساعة يومياً، 7 أيام في الأسبوع. كما يمكن لممثلك المعتمد أو مقدم رعايتك طلب جلسة استماع بالولاية نيابةً عنك بعد الحصول على موافقتك الخطية.

في بعض الحالات، يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية دون استكمال إجراءات الالتماس لدينا.

على سبيل المثال، يمكنك طلب جلسة استماع بالولاية دون استكمال إجراءات الالتماس إذا لم نقم بإخطارك بخدماتك بالشكل الصحيح أو في الوقت المناسب. ويُعرف ذلك باسم الاستنفاد المعترف. فيما يلي بعض الأمثلة للاستنفاد المعترف:

- عدم توفير خطاب إشعار الإجراء (NOA) أو خطاب إشعار البت في الالتماس (NAR) بلغتك المفضلة
- ارتكاب خطأ يؤثر في أي من حقوقك
- عدم إرسال خطاب NOA إليك
- عدم إرسال خطاب NAR إليك
- وجود خطأ في خطاب NAR الخاص بك
- عدم اتخاذ قرار بشأن التماسك خلال 30 يوماً



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

- اعتبار قضيتك عاجلة وعدم الرد على التماسك خلال 72 ساعة
يمكن أن تطلب عقد جلسة استماع بالولاية بالطرق التالية:
 - عبر الهاتف: اتصل بقسم جلسات الاستماع بالولاية التابع لـ CDSS على الرقم **1-800-743-8525**
(TTY 1-800-952-8349 أو 711)
 - عبر البريد: قم بتعبئة النموذج المرفق مع إشعار البت في الالتماس وأرسله إلى:
California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, MS 09-17-433
Sacramento, CA 95814
 - عبر الإنترنت: قَدِّم طلب جلسة الاستماع إلكترونياً من خلال الموقع **www.cdss.ca.gov**
 - عبر البريد الإلكتروني: قم بتعبئة النموذج المرفق مع إشعار البت في الالتماس وأرسله إلى
Scopeofbenefits@dss.ca.gov
 - ملحوظة: إذا أرسلت الطلب عبر البريد الإلكتروني، فهناك احتمال أن يتم اعتراض الرسالة من قبل جهة أخرى غير قسم جلسات الاستماع. لذا يُنصح باستخدام وسيلة أكثر أماناً لإرسال طلبك.
 - عبر الفاكس: قم بتعبئة النموذج المرفق مع إشعار البت في الالتماس وإرساله إلى قسم جلسات الاستماع على الرقم **916-309-3487** أو الرقم المجاني **1-833-281-0903**
- إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في طلب جلسة استماع بالولاية، يمكننا مساعدتك. يمكننا كذلك أن نقدم لك خدمات لغوية مجانية. اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
- في أثناء جلسة الاستماع، ستوضح للقاضي أسباب اعتراضك على قرارنا، في حين سنشرح للقاضي الأساس الذي استندنا إليه عند اتخاذ القرار. وقد يستغرق الأمر ما يصل إلى 90 يوماً حتى يفصل القاضي في مسألتك. علينا اتباع قرار القاضي.
- إذا كنت ترغب في أن تتخذ إدارة CDSS قراراً سريعاً لأن الانتظار لعقد جلسة الاستماع قد يعرّض حياتك أو صحتك أو قدرتك على أداء وظائفك بشكل كامل للخطر، يمكنك أنت أو ممثلك المعتمد أو مقدم رعايتك التواصل مع CDSS وطلب جلسة استماع مُعجَّلة بالولاية. وفي هذه الحالة، يجب على إدارة CDSS إصدار قرارها في موعد لا يتجاوز ثلاثة أيام عمل بعد استلام ملف قضيتك الكامل منا.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)**.
نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني **kp.org**.

الوصف المُحدَّث ضمن بند إشعار الإجراء في الفصل 7 (الحقوق والمسؤوليات)

بصفتك عضوًا في Kaiser Permanente، لديك بعض الحقوق والمسؤوليات. يشرح هذا الفصل تلك الحقوق والمسؤوليات. ويتضمن هذا الفصل أيضًا إشعارات قانونية من حقك كعضو في Kaiser Permanente.

إشعار الإجراء

سترسل لك Kaiser Permanente إشعارًا بالإجراء (NOA) في أي وقت تقوم فيه برفض طلب خدمات الرعاية الصحية أو تأخيرها أو إنهائه أو تعديله. إذا كنت لا توافق على قرارنا، يمكنك دائمًا تقديم التماس. يرجى الرجوع إلى قسم "الالتماسات" في الفصل 6 من دليل الأعضاء هذا للاطلاع على معلومات مهمة حول كيفية تقديم الالتماس. عندما نرسل إليك إشعار NOA، فستجد فيه جميع الحقوق المتاحة لك إذا كنت لا توافق على القرار الذي اتخذناه. إذا تلقيت هذا الإشعار من أي جهة غير Kaiser Permanente، فاتصل بـ Kaiser Permanente على الفور.

محتويات الإشعارات

- إذا استند قرارنا برفض أو تأخير أو تعديل أو إنهاء أو تعليق أو تقليص الخدمات المقدمة لك، كليًا أو جزئيًا، إلى معيار الضرورة الطبية، فيجب أن يتضمن إشعار NOA ما يلي:
- بيانًا بالإجراء الذي ننوي اتخاذه
- شرحًا واضحًا وموجزًا للأسباب التي استند إليها قرارنا
- توضيحًا للطريقة التي تم بها اتخاذ القرار، بما في ذلك القواعد التي تم استخدامها
- الأسباب الطبية التي استند إليها القرار ويجب أن نوضح بشكل صريح كيف أن حالتك الصحية لا تستوفي القواعد أو الإرشادات المعتمدة.
- معلومات حول حقك في طلب نسخ مجانية من جميع المستندات والسجلات ذات الصلة بإشعار NOA.

الترجمة

نحن ملزمون بتوفير ترجمة كاملة للمعلومات المكتوبة الخاصة بالأعضاء وإتاحتها باللغات المفضلة الشائعة، بما في ذلك جميع الإشعارات المتعلقة بالشكاوى والالتماسات.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم 1-855-839-7613 (TTY 711). نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني kp.org.

7 | الحقوق والمسؤوليات

ويجب أن يتضمن الإشعار المترجم بالكامل السبب الطبي الذي استندنا إليه في رفض أو تأخير أو تعديل أو إنهاء أو تعليق أو تقليص طلب خدمات الرعاية الصحية.

إذا لم تكن الترجمة متاحة بلغتك المفضلة، فسندعم لك مساعدة شفوية بلغتك المفضلة حتى تتمكن من فهم المعلومات التي تتلقاها.



اتصل بخدمات الأعضاء لدينا على الرقم **1-855-839-7613 (TTY 711)**. نحن متاحون 24 ساعة، 7 أيام في الأسبوع (باستثناء العطلات). والمكالمة مجانية. تفضل بزيارة موقعنا الإلكتروني **kp.org**.

إشعار عدم التمييز

في هذه الوثيقة، تعني كلمة "نحن" أو "لنا" أو "لدينا" شركة Kaiser Permanente (Kaiser Foundation Health Plan, Inc.) و Kaiser Foundation Hospitals، The Permanente Medical Group, Inc. و Southern California Medical Group). يتوفر هذا الإشعار على موقعنا الإلكتروني على kp.org.

التمييز مخالف للقانون. نحن نتبع قوانين الحقوق المدنية الفدرالية والولاية.

لا نميز بشكل مخالف للقانون ولا تستثنى الناس ولا تعاملهم بشكل مختلف بسبب العمر أو العرق أو الانتماء إلى مجموعة إثنية أو اللون أو الأصل القومي أو الخلفية الثقافية أو النسب أو الدين أو الجنس أو الهوية الجنسية أو التعبير عن الجنس أو التوجه الجنسي أو الحالة الاجتماعية أو الإعاقة الجسدية أو العقلية أو الحالة الطبية أو مصدر الدفع أو المعلومات الجينية أو المواطنة أو اللغة الأساسية أو حالة الهجرة.

تقدم Kaiser Permanente الخدمات التالية في الوقت المناسب:

- مساعدات وخدمات مجانية لذوي الإعاقة للتواصل معنا بفعالية، مثل:
 - ◆ مترجمي لغة إشارة مؤهلين
 - ◆ معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (برايل، خط كبير، تنسيق صوتي، تنسيقات إلكترونية سهل التعامل معها، وغيرها من التنسيقات)
- تقدم خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين تكون لغتهم الأساسية غير الإنجليزية، مثل:
 - ◆ مترجمين شفويين مؤهلين
 - ◆ معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى تلك الخدمات، فاتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا على الأرقام أدناه. المكالمات مجانية. قسم خدمات الأعضاء مغلق أيام العطلات الرئيسية.

- Medicare، بما في ذلك D-SNP على: **1-800-443-0815 (TTY 711)**، 8 صباحاً إلى 8 مساءً، 7 أيام في الأسبوع.
- Medi-Cal: **1-855-839-7613 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.
- الآخرين جميعاً: **1-800-464-4000 (TTY 711)**، 24 ساعة في اليوم، 7 أيام في الأسبوع.

عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل، بخط كبير، ملف صوتي، أو بصيغ إلكترونية. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، أو تنسيق آخر، اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا واطلب التنسيق الذي تحتاجه.

كيفية تقديم تظلم إلى Kaiser Permanente

يمكنك تقديم تظلم ضد التمييز إلينا إذا كنت تعتقد أننا قد أخفقنا في تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز بشكل غير قانوني بطريقة أخرى. يمكنك تقديم تظلم بواسطة الهاتف أو بواسطة البريد أو شخصياً أو عبر الإنترنت. يرجى الرجوع إلى دليل التغطية (*Evidence of Coverage*) أو شهادة التأمين للحصول على التفاصيل. يمكنك الاتصال مع مركز اتصال خدمة الأعضاء للحصول على المزيد من المعلومات حول الخيارات التي تنطبق على حالتك أو للحصول على المساعدة في تقديم تظلم. يمكنك التقدم بتظلم بخصوص التمييز من خلال إحدى الطرق التالية:

- **هاتفياً:** اتصل مع قسم خدمات الأعضاء لدينا. أرقام الهاتف مدرجة أعلاه.
- **بالبريد:** نزل نموذج من أو اتصل مع kp.org خدمات الأعضاء واطلب منهم إرسال نموذج إليك بحيث يمكنك إعادته.
- **شخصياً:** املاً نموذج شكوى أو نموذج طلب/مطالبة مزايا لدى مكتب خدمات الأعضاء في أحد مرافق الشبكة (انتقل إلى دليل المزودين الخاص بك على الموقع kp.org/facilities للاطلاع على العناوين)

- عبر الإنترنت: استخدم النموذج الإلكتروني المتاح على موقعنا الإلكتروني kp.org ويمكنك أيضًا التواصل مع منسقي الحقوق المدنية في مؤسسة Kaiser Permanente مباشرة على العناوين أدناه:

Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator
Member Relations Grievance Operations
P.O. Box 939001
San Diego CA 92193

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا (للمستفيدين من Medi-Cal فقط)

يمكنك أيضًا تقديم شكوى تتعلق بالحقوق المدنية إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في ولاية كاليفورنيا كتابةً أو عبر الهاتف أو عبر البريد الإلكتروني:

- عبر الهاتف: اتصل بمكتب إدارة خدمات الرعاية الصحية (Department of Health Care Services, DHCS) للحقوق المدنية على الرقم **916-440-7370 (TTY 711)**
- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالة إلى:

Office of Civil Rights
Department of Health Care Services
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لإدارة خدمات الرعاية الصحية في كاليفورنيا على:
http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- عبر الإنترنت: أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى CivilRights@dhcs.ca.gov

كيفية تقديم تظلم إلى مكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية

يمكنك تقديم شكوى ضد التمييز إلى وزارة الصحة الأمريكية ومكتب الخدمات الإنسانية للحقوق المدنية. يمكنك تقديم طعن عبر الهاتف أو كتابيًا أو عبر الإنترنت:

- عبر الهاتف: اتصل بالرقم **1-800-368-1019 (TTY 711) أو 1-800-537-7697**

- عن طريق البريد: املأ نموذج شكوى أو أرسل رسالة إلى:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

تتوفر نماذج الشكاوى الخاصة بمكتب الحقوق المدنية التابع لوزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية على:
<https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- عبر الإنترنت: قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على:
<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>