

Health Net of California, Inc. التي تقدمها Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP)

الإخطار السنوي بالتغييرات لعام 2023

مقدمة

لقد تم تسجيلك الآن كعضو في خطتنا. في العام المقبل، سيتم إجراء بعض التغييرات على المزايا والتغطية والقواعد والتكاليف. يخبرك هذا الإخطار السنوي بالتغييرات بشأن التغييرات ومكان العثور على مزيد من المعلومات عنها. وللحصول على مزيد من المعلومات حول التكاليف أو المزايا أو القواعد، يُرجى مراجعة كتيب الأعضاء الموجود على موقع الويب الخاص بنا على الرابط <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. ترد المصطلحات الرئيسية وتعريفاتها بترتيب أبجدي في الفصل الأخير من كتيب الأعضاء الخاص بك.

جدول المحتويات

- A. إخلاء المسؤولية 3
- B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم 3
- B1. الموارد الإضافية 4
- B2. معلومات حول خطتنا 6
- B3. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها 7
- C. تغييرات على اسم خطتنا 8
- D. التغييرات التي تطرأ على مقدمي الخدمات والصيدليات في الشبكة 8
- E. التغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف للعام القادم 8
- E1. التغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية 8
- E2. التغييرات الطارئة على تغطية الأدوية الموصوفة 12
- F. التغييرات الإدارية 15
- G. اختيار خطة 15

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. للاتصال مجاني. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>.



15	G1. البقاء في خطتنا
15	G2. تغيير الخطط
19	H. الحصول على المساعدة
19	H1. خطتنا
19	H2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)
19	H3. Ombuds Program
20	H4. Medicare
20	H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بولاية California

A. إخلاء المسؤولية

- ❖ هذه ليست القائمة الكاملة. وتمثل معلومات المزايا ملخصاً موجزاً لا وصفاً كاملاً للمزايا. لمزيد من المعلومات، يُرجى الاتصال بالخطّة أو قراءة "كتيب الأعضاء الخاص بـ" Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).
- ❖ تعد Wellcare علامة تجارية لـ Medicare خاصة بخطة Centene Corporation و HMO و PPO و PFFS و PDP ومتعاقد مع Medicare وبمثابة الراعي المعتمد لـ Part D. تتعاقد خطط D-SNP لدينا مع برنامج Medicaid الخاص بالولاية. يعتمد التسجيل في خططنا على تجديد العقد.
- ❖ قد تكون المزايا المذكورة جزءاً من المزايا التكميلية الخاصة لحالات الأمراض المزمنة. لن يستحقها كل الأعضاء.

B. مراجعة تغطية برنامج Medicare وبرنامج Medi-Cal للعام القادم

- حين ينص هذا الإشعار السنوي بالتغييرات على الضمانات "نحن"، أو "نا" الفاعلين أو "الخاص بنا" أو "خطتنا"، فإن ذلك يشير Medicare Medi-Cal Coordination Plan.
- من الضروري مراجعة التغطية الخاصة بك الآن لضمان أنها ستلبي احتياجاتك خلال العام القادم. وإذا كانت لا تلبي احتياجاتك، فيمكنك التخلي عن خطتنا. انتقل إلى القسم هـ للحصول على مزيد من المعلومات.
- إذا اخترت مغادرة خطتنا، فستنتهي عضويتك في آخر يوم من الشهر الذي قدمت فيه الطلب. ستظل مشتركاً في برامج Medicare و Medi-Cal طالما كنت مؤهلاً.
- إذا تركت خطتنا، يمكنك الحصول على معلومات حول:
- خيارات برنامج Medicare في الجدول الوارد في القسم G2.
 - خدمات Medi-Cal واردة في القسم G2.

B1. الموارد الإضافية

- **انتباه:** إذا كنت تتحدث اللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية أو الصينية أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاجالوجية أو الفيتنامية، فنحن نوفر لك خدمات مساعدة لغوية مجانية. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة الممتدة بين 1 أكتوبر و31 مارس، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. وفي الفترة الممتدة بين 1 أبريل و30 سبتمبر، الممثلون متاحون من الاثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا لغاية الساعة 8 مساءً. والاتصال مجاني.
- **ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ:** Եթե խոսում եք արաբերեն, հայերեն, կամբոջերեն, չինարեն, պարսկերեն, կորեերեն, ռուսերեն, իսպաներեն, թազալոգ կամ վիետնամերեն լեզուներով, ապա Ձեզ կտրամադրվի անվճար լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-800-431-9007 (TTY՝ 711): Հոկտեմբերի 1-ից մարտի 31-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից կիրակի, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Ապրիլի 1-ից սեպտեմբերի 30-ն ընկած ժամանակահատվածում ներկայացուցիչները հասանելի են երկուշաբթիից ուրբաթ օրերին, ժամը՝ 8 a.m. - 8 p.m.: Զանգն անվճար է:
- **ចំណាំ: ប្រសិនអ្នកនិយាយភាសា អាវ៉ាប់ អាមេនី ខ្មែរ ចិន ហ្វាស៊ី កូរ៉េ រុស្ស៊ី អេស្ប៉ាញ តាកាឡុក ឬវៀតណាម**
សេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាមានផ្តល់ជូនលោកអ្នកដោយឥតគិតថ្លៃ។
ហៅទៅកាន់លេខ 1-800-431-9007 (TTY: 711)។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែតុលានិងថ្ងៃទី 31 ខែមីនា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃអាទិត្យ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ រវាងថ្ងៃទី 1 ខែមេសានិងថ្ងៃទី 30 ខែកញ្ញា អ្នកតំណាងអាចរកបានពីថ្ងៃចន្ទដល់ថ្ងៃសុក្រ ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ម៉ោង 8 យប់។ ការហៅទូរសព្ទនេះ គឺឥតគិតថ្លៃ។
- **請注意：我們還提供免費的語言協助服務：阿拉伯語、亞美尼亞語、柬埔寨語、中文、波斯語、韓語、俄語、西班牙語、菲律賓語或越南語。請致電 1-800-431-9007 (TTY：711)。在 10 月 1 日至 3 月 31 日之間，代表的服務時間為週一至週日，上午 8 點至晚上 8 點。在 4 月 1 日至 9 月 30 日之間，代表的服務時間為週一至週五，上午 8 點至晚上 8 點。此為免付費專線。**
- **توجه:** اگر به زبان عربی، ارمنی، کامبوجی، چینی، فارسی، کره ای، روسی، اسپانیایی، تگالوگ یا ویتنامی صحبت می کنید، خدمات کمک زبان به صورت رایگان در اختیار شما قرار می گیرد. با 1-800-431-9007 (TTY: 711) تماس بگیرید. بین 1 اکتبر و 31 مارس، نمایندگان از دوشنبه تا یکشنبه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. بین 1 آوریل و 30 سپتامبر، نمایندگان از دوشنبه تا جمعه، 8 صبح تا 8 بعد از ظهر در دسترس هستند. تماس رایگان است.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007

(TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. الاتصال مجاني. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>

- . 주의: 아랍어, 아르메니아어, 캄보디아어, 중국어, 페르시아어, 한국어, 러시아어, 스페인어, 타갈로그어 또는 베트남어를 구사하시면, 언어 보조 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-431-9007(TTY: 711)번으로 연락해 주십시오. 상담원과는 10월 1일부터 3월 31일까지는 월요일~일요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 4월 1일부터 9월 30일까지는 월요일~금요일, 오전 8시~오후 8시에 통화하실 수 있습니다. 통화는 무료입니다.
- ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на арабском, армянском, камбоджийском, китайском, корейском, русском, испанском, тагальском или вьетнамском языках либо фарси, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните по номеру 1-800-431-9007 (TTY: 711). С 1 октября по 31 марта представители доступны с понедельника по воскресенье с 8 а.м. до 8 р.м. С 1 апреля по 30 сентября представители доступны с понедельника по пятницу с 8 а.м. до 8 р.м. Звонок бесплатный.
- ATENCIÓN: Si habla Árabe, Armenio, Camboyano, Chino, Persa, Coreano, Ruso, Español, Tagalo o Vietnamita, disponemos de servicios de asistencia lingüística sin costo alguno para usted. Llame al 1-800-431-9007 (TTY: 711). Entre el 1 de Octubre y el 31 de Marzo, los representantes están disponibles de Lunes a Domingo, de 8 a.m. a 8 p.m. Entre el 1 de Abril y el 30 de Septiembre, los representantes están disponibles de Lunes a Viernes, de 8 a.m. a 8 p.m. La llamada es gratuita.
- ATENSYON: Kung nagsasalita kayo ng Arabic, Armenian, Cambodian, Chinese, Farsi, Korean, Russian, Spanish, Tagalog, o Vietnamese, mayroon kayong magagamit na mga libreng serbisyo ng tulong sa wika. Tumawag sa 1-800-431-9007 (TTY: 711). Mula Oktubre 1 hanggang Marso 31, available ang mga kinatawan mula Lunes–Linggo, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Mula Abril 1 hanggang Setyembre 30, available ang mga kinatawan mula Lunes–Biyernes, 8 a.m. hanggang 8 p.m. Libre ang tawag.
- LƯU Ý: Nếu quý vị nói tiếng Ả Rập, tiếng Armenia, tiếng Campuchia, tiếng Trung Quốc, tiếng Ba Tư, tiếng Hàn, tiếng Nga, tiếng Tây Ban Nha, tiếng Tagalog hoặc tiếng Việt, chúng tôi có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Hãy gọi đến số 1 800 431 9007 (TTY: 711). Từ ngày 1 tháng 10 đến 31 tháng 3, nhân viên đại diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Chủ Nhật, 8 a.m. đến 8 p.m. Từ ngày 1 tháng 4 đến 30 tháng 9, nhân viên đại

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007

(TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة

8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

الاتصال مجاني. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>

diện sẽ làm việc từ Thứ Hai Thứ Sáu, 8 a.m. đến 8 p.m. Cuộc gọi này được miễn phí.

- يمكنك الحصول على هذا الإخطار السنوي بالتغييرات مجانًا بصيغ مختلفة، مثل: حروف الطباعة الكبيرة أو طريقة برايل أو التسجيل الصوتي. اتصل على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. الاتصال مجاني.
- ترغب Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) في التأكد من فهم معلومات خطتك الصحية. يمكننا أن نرسل إليك مواد بلغة أخرى أو بصيغة بديلة إذا طلبت ذلك. يُطلق على ذلك "الطلب الدائم". وسنقوم بتوثيق اختيارك.

الرجاء الاتصال بنا في حالة:

- كنت تريد الحصول على المواد باللغة العربية أو الأرمنية أو الكمبودية (الخميرية) أو الصينية (بأحرف تقليدية) أو الفارسية أو الكورية أو الروسية أو الإسبانية أو التاغالوغية أو الفيتنامية أو بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة. يمكنك طلب إحدى هذه اللغات بصيغة بديلة.

أو

- كنت تريد تغيير اللغة أو الصيغة التي نرسل المواد بها إليك.

إذا كنت بحاجة إلى المساعدة في فهم مواد الخطأ، فيُرجى الاتصال بقسم خدمات أعضاء Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً.

B2. معلومات حول خطتنا

- تمثل Wellcare by Health Net خطة رعاية صحية تتعاقد مع كل من Medicare وMedi-Cal لتوفير مزايا كلا البرنامجين للمُسجلين.
- وتعد التغطية المشمولة ضمن Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) تغطية صحية مؤهلة تُعرف باسم "الحد الأدنى من التغطية الأساسية". وإنها تفي بمتطلبات المسؤولية الفردية المشتركة في قانون حماية المرضى والرعاية ميسورة التكلفة (ACA). قم بزيارة موقع دائرة الإيرادات الداخلية (IRS) على www.irs.gov/Affordable-Care-Act/Individuals-and-Families لمزيد من المعلومات حول متطلبات المسؤولية الفردية المشتركة.

إذا كانت لديك أي أسئلة، فيُرجى الاتصال بـ Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) على الرقم 1-800-431-9007

(TTY: 711). في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. الاتصال مجاني. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى زيارة الموقع الإلكتروني <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>

B3. الأشياء التي يتعين عليك القيام بها

- تحقق من حدوث أي تغييرات على المزايا التي نقدمها والتكاليف التي قد تؤثر عليك.
 - هل توجد أي تغييرات تؤثر على الخدمات التي تستخدمها؟
 - راجع التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف للتأكد من أنها ستتناسبك في العام القادم.
 - اطلع على القسم E1 للحصول على معلومات حول التغييرات التي تطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بخططنا.
- تحقق من وجود أي تغييرات على تغطية الأدوية الموصوفة والتي قد تؤثر عليك.
 - هل ستنتم تغطية أدويةك؟ هل تدرج أدويةك ضمن فئة مختلفة؟ هل يمكنك التعامل مع الصيدليات نفسها؟
 - راجع التغييرات للتأكد من أن تغطية الأدوية ستتناسبك في العام القادم.
 - راجع القسم E2 للحصول على معلومات حول التغييرات التي تطرأ على تغطية الأدوية التي نقدمها.
- تحقق مما إذا سيكون كل من مقدمي الخدمات والصيدليات ضمن شبكتنا في العام المقبل أم لا.
 - هل يتوفر في شبكتنا أطباءك، بمن فيهم الاختصاصيين المشرفين عليك؟ ماذا عن الصيدلية الخاصة بك؟ ماذا عن المستشفيات أو مقدمي الخدمات الآخرين الذين تتعامل معهم؟
 - راجع القسم D للحصول على معلومات حول دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بنا.
- فكر في التكاليف الإجمالية الواردة في الخطة.
 - ما مقدار التكاليف النثرية الخاصة بالخدمات والأدوية الموصوفة التي تستخدمها بانتظام؟
 - ما نتيجة مقارنة التكاليف الإجمالية بخيارات التغطية الأخرى؟
- فكر فيما إذا كنت راضيًا عن خططنا أم لا.

في حال قررت تغيير الخطط:

أما إذا قررت أن تغطية أخرى ستكون أفضل لتلبية احتياجاتك، فيمكنك تبديل الخطط (راجع القسم G2 للحصول على مزيد من المعلومات). إذا سجلت في خطة جديدة، أو غيرت إلى Original Medicare، فسوف تبدأ التغطية الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

إذا قررت البقاء ضمن Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP):

في حال كنت تريد البقاء معنا في العام القادم، لن تواجه أي صعوبة لتحقيق ذلك - حيث لن تضطر إلى عمل أي شيء. إذا لم تقم بإجراء أي تغيير، فستبقى مسجلاً تلقائياً في Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).

C. ج. تغييرات على اسم خطتنا

في 1 يناير 2023، سيتغير اسم خطتنا من Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) إلى Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP).

سترسل Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) إليك بطاقة معرف العضو الجديدة عبر البريد. قد تتلقى أيضاً المزيد من المراسلات باسم الخطة الجديدة.

D. د. التغييرات التي تطرأ على مقدمي الخدمات والصيدليات في الشبكة

لقد تغيرت شبكات مقدمي الخدمات والصيدليات الخاصة بنا لعام 2023.

نحن نشجعك بشدة على مراجعة دليل مقدمي الخدمات والصيدليات الخاص بنا الحالي لمعرفة ما إذا كان كل من مقدمي الخدمات أو الصيدليات لديك مازال ضمن شبكتنا أم لا. تتوفر نسخة محدثة من دليل مقدمي الخدمات والصيدليات على موقعنا الإلكتروني <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. يمكنك أيضاً الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة أسفل الصفحة للحصول على معلومات مقدم الخدمات المحدثة أو لتطلب منا إرسال دليل مقدمي الخدمات والصيدليات إليك عبر البريد.

من المهم أن تعرف أننا قد نقوم أيضاً بإجراء تغييرات على شبكتنا خلال العام. إذا قام مقدم الخدمة بترك الخطة، فلديك بعض الحقوق والحصانات. للحصول على مزيد من المعلومات، يُرجى الرجوع إلى الفصل 3 من كتيب الأعضاء..

E. هـ. التغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف للعام القادم

E1. التغييرات التي ستطرأ على المزايا والتكاليف الخاصة بالخدمات الطبية

سنقوم بتغيير التغطية لبعض الخدمات الطبية والمبالغ التي تدفعها مقابل الخدمات الطبية هذه المشمولة بالتغطية للعام القادم. يوضح الجدول أدناه هذه التغييرات.

2023 (العام المقبل)	2022 (هذا العام)	
بالإضافة إلى مزايا رعاية الأسنان التي تغطيها Medi-Cal، فإن خطة Medicare لدينا تغطي مزيدًا من الخدمات والعمليات الجراحية الإضافية الخاصة برعاية الأسنان. لا يوجد حد أقصى لمخصصات مزايا الخطة. قد تتضمن هذه الخدمات، على سبيل المثال لا الحصر، ما يلي: - التيجان - المعادن النبيلة - مرة واحدة كل 5 سنوات تقويمية - تركيبات الأسنان (أطقم الأسنان) - كل سنتين تقويميتين للقوس السنية - جسور الأسنان - كل 5 سنوات تقويمية لكل سن تُطبق الحدود والاستثناءات. يمكنك العثور على تفاصيل حول مزايا خدمات طب الأسنان من Medi-Cal على الرابط https://smilecalifornia.org/	ثمة حد أقصى لمخصصات مزايا الخطة بقيمة \$1000 مقابل الخدمات والإجراءات المتعلقة بطب الأسنان التي تغطيها الخطة، بالإضافة إلى مزايا خدمات طب الأسنان التي تغطيها Medi-Cal.	خدمات طب الأسنان - خدمات طب الأسنان الروتينية
تحصل على بدل بمقدار \$50 شهريًا لإنفاقها على منتجات البقالة المؤهلة لدى بائعي التجزئة المشاركين. لا يتم ترحيل قيمة هذا البدل إلى الشهر التالي.	Healthy Foods Card غير مشمولة بالتغطية.	Healthy Foods Card وافقت Medicare على Wellcare by Health Net لتوفير هذه المزايا بوصفها جزءًا من برنامج Value-Based Insurance Design program. ويتيح هذا البرنامج لـ Medicare تجربة طرق جديدة للتحسين خطط Medicare Advantage.

2023 (العام المقبل)	2022 (هذا العام)	
قد تكون الإحالة مطلوبة	الإحالة غير مطلوبة	خدمات السمع
تقدم خططك خدمات الدعم التالية في المنزل بالإضافة إلى الخدمات التي يتم تقديمها من خلال Medi-Cal: تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0 مقابل 12 زيارة كل عام. وتشمل الخدمات التنظيف والمهام المنزلية وإعداد الوجبات، فضلاً عن تقديم المساعدة في أنشطة الحياة اليومية. يتم توفير الخدمات بواسطة مورد متعاقد. تنطبق الحدود والقيود.	خدمات الدعم في المنزل غير مشمولة بالتغطية.	خدمات الدعم في المنزل
لا يلزم الحصول على إذن مسبق.	قد يلزم الحصول على إذن مسبق.	خدمات أمراض الدم للمرضى الخارجيين
تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0. تحصل على مبالغ مزايا قدرها \$260 كل ربع سنة لإنفاقها على المنتجات المؤهلة التي تُباع من دون وصفة طبية (OTC) من خلال الطلب بالبريد أو لدى بائعي التجزئة المشاركين. لا يتم ترحيل هذه الميزة إلى الفترة التالية	تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0. تحصل على مبالغ مزايا قدرها \$155 كل ربع سنة لإنفاقها على المنتجات المؤهلة التي تُباع من دون وصفة طبية (OTC) من خلال الطلب بالبريد أو لدى بائعي التجزئة المشاركين. لا يتم ترحيل هذه الميزة إلى الفترة التالية	العناصر التي تُباع من دون وصفة طبية
قد يلزم الحصول على إذن مسبق.	لا يلزم الحصول على إذن مسبق.	خدمات طب الأقدام

مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI) (تابع)	يجب أن تفي بإرشادات الأهلية للحصول على مزايا الخطة التالية. بالإضافة إلى ذلك، قد يتطلب الأمر المشاركة في برنامج إدارة الرعاية مع خطتنا.	يجب أن تفي بإرشادات الأهلية للحصول على مزايا الخطة التالية. بالإضافة إلى ذلك، قد يتطلب الأمر المشاركة في برنامج إدارة الرعاية مع خطتنا.
توصيل البقالة غير مشمول بالتغطية. دعم حيوان الخدمة غير مشمول بالتغطية. تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0. إذا كنت مؤهلاً، فإن الخطة توفر بطاقة ائتمان Visa مسبقة الدفع بمبلغ قدره \$75 شهريًا للمساعدة على تغطية تكاليف المرافق في منزلك. ستتنتهي صلاحية أي مبالغ مالية تابعة لميزة Flex Card غير المستخدمة الخاصة بالمرافق في نهاية كل شهر. تشمل خدمات المرافق المعتمدة لهذه الميزة ما يلي: -مرافق الكهرباء والغاز والصرف الصحي والمياه -خدمة هاتف أرضي -خدمة تلفزيون كبلي -بعض نفقات البترول المحددة -الحيوان الأليف الروبوتي المرافق غير مشمول بالتغطية.	توصيل البقالة: تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0. إذا كنت مؤهلاً، فقد تتلقى عضوية مدفوعة مسبقًا إلى بائع خدمة توصيل البقالة المتعاقد معه في الخطة، وما يصل إلى \$50 في الشهر لاستخدامها في سلع البقالة المعتمدة من الخطة. يبلغ الحد الأدنى للطلب \$35 لكل توصيل. في نهاية الشهر، لن يتم ترحيل أي من المبالغ المالية غير المستخدمة. دعم حيوان الخدمة: تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0. إذا كنت مؤهلاً، يمكنك الحصول على \$50 شهريًا للمساعدة على تغطية تكلفة عناصر معينة لحيوان الخدمة المعتمد من ADA. لا يمكن استخدام هذه الميزة لتغطية نفقات الطب البيطري أو الألعاب، وستنتهي صلاحية أي مبالغ مخصصة غير مستخدمة في نهاية كل شهر. الحيوان الأليف الروبوتي المرافق: تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$0. إذا كنت مؤهلاً، يمكنك الحصول على قطة أو كلب تفاعلي كمرفق من المورد المتعاقد معه على الخطة. يخضع نوع الحيوان الأليف للإتاحة. تقتصر الميزة على حيوان أليف واحد لكل عضو في السنة.	مزايا إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة (SSBCI) (تابع)

2023 (العام المقبل)	2022 (هذا العام)	
		مزاي إضافية خاصة للحالات المرضية المزمنة من (SSBCI)
قد تكون الإحالة مطلوبة	الإحالة غير مطلوبة	الخدمات البصرية
تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$95 مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى \$50000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات التي تحتاج إليها بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$120 مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى \$50000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات التي تحتاج إليها بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تغطية الطوارئ في جميع أنحاء العالم
تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$95 مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى \$50000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات التي تحتاج إليها بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تدفع تسديدًا تشاركيًا بقيمة \$120 مقابل كل خدمة مشمولة بالتغطية. تُمنح تغطية بمبلغ تصل قيمته إلى \$50000 سنويًا مقابل خدمات الطوارئ والخدمات التي تحتاج إليها بشكل عاجل خارج الولايات المتحدة.	تغطية الرعاية العاجلة في جميع أنحاء العالم

E2. التغييرات الطارئة على تغطية الأدوية الموصوفة

التغييرات الطارئة على قائمة الأدوية الخاصة بنا

تتوفر نسخة محدّثة من قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية على موقعنا الإلكتروني على <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. يمكنك كذلك الاتصال بقسم خدمات الأعضاء على الأرقام الموجودة في أسفل الصفحة للحصول على معلومات محدّثة عن الأدوية أو لطلب إرسال قائمة بالأدوية المشمولة بالتغطية بالبريد إليك.

يطلق على قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية أيضًا اسم "قائمة الأدوية".

قمنا بإحداث تغييرات على قائمة الأدوية الخاصة بنا، بما في ذلك تغييرات على الأدوية التي نغطيها وتغييرات على القيود التي تطبق على تغطيتنا لبعض الأدوية.

راجع قائمة الأدوية للتأكد من تغطية الأدوية في العام القادم ولمعرفة ما إذا كان سيتم فرض أي قيود.

إذا تضررت بسبب أي تغيير في تغطية الأدوية، فنحن نحثك على القيام بما يلي:

- التعاون مع طبيبك (أو واصل أدوية آخر) للعثور على دواء مختلف نقوم بتغطيته.

- يمكنك الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة أسفل الصفحة لطلب قائمة للأدوية المشمولة بالتغطية التي تعالج نفس الحالة.
- يمكن أن تساعد هذه القائمة مقدم الخدمة في العثور على الأدوية المشمولة بالتغطية التي تناسبك.
- اطلب منا تغطية المخزون المؤقت للدواء.
- في بعض الحالات، نقوم بتغطية المخزون المؤقت من الدواء خلال أول 90 يومًا من السنة التقويمية.
- يستمر هذا المخزون المؤقت للأدوية لمدة تصل إلى 30 يومًا في صيدلية البيع بالتجزئة وسيستمر لمدة تصل إلى 31 يومًا في صيدلية الرعاية طويلة الأمد. (لمعرفة المزيد حول الوقت الذي يمكنك الحصول فيه على مخزون مؤقت وكيفية طلبه، راجع الفصل 5 من كتيب الأعضاء.)
- عند حصولك على مخزون مؤقت من الدواء، تحدث مع طبيبك بشأن ما يجب فعله عند نفاذ مخزونك المؤقت. يمكنك التغيير إلى دواء مختلف تغطيه خطتنا أو تطلب مننا إجراء استثناء من أجلك وتغطية دوائك الحالي. لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب استثناء، راجع الفصل 9 من القسم "و" من كتيب الأعضاء لعام 2023 أو اتصل بخدمات الأعضاء.
- إذا كنت مشتركًا في الخطة لمدة تزيد على 90 يومًا وتعيش في مرفق رعاية طويلة الأمد، سنقوم بتغطية المخزون لمرة واحدة فقط لمدة 31 يومًا أو أقل في حال كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل. هذا بالإضافة إلى مخزون الرعاية الانتقالية طويلة الأمد.
- في حال انتقالك من مرفق رعاية طويلة الأمد أو انتقالك من الإقامة بالمستشفى إلى المنزل، سنقوم بتغطية مخزون واحد لمدة 30 يومًا أو أقل إذا كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة، سنسمح بحالات إعادة صرف متعددة لإجمالي 30 يومًا من مخزون الدواء).
- في حال انتقالك من المنزل أو انتقالك من الإقامة بالمستشفى إلى مرفق رعاية طويلة الأمد، سنقوم بتغطية مخزون واحد لمدة 31 يومًا أو أقل إذا كانت الوصفة الطبية مكتوبة لأيام أقل (وفي هذه الحالة، سنسمح بحالات إعادة صرف متعددة لإجمالي 31 يومًا من مخزون الدواء). يتعين عليك صرف وصفتك الطبية في صيدلية تابعة للشبكة.
- ستظل بعض استثناءات قائمة الأدوية مشمولة بالتغطية في العام القادم. راجع خطاب الموافقة الذي تسلمته. يتضمن خطاب الموافقة معلومات حول قيود الموافقة على دوائك تحديدًا وتاريخ انتهاء تغطية الدواء. إذا قررنا عدم تجديد الموافقة الخاصة بك، فسنرسل إليك خطابًا جديدًا قبل انتهاء العام بمدة لا تقل عن 60 يومًا. وسيشمل هذا الخطاب موعد انتهاء الموافقة على استثناء دواء محدد وكيفية طلب استثناء. لمعرفة ما يجب عليك فعله لطلب استثناء، راجع الفصل 9 من القسم "و" من كتيب الأعضاء لعام 2023 أو اتصل بخدمات الأعضاء.

التغييرات الطارئة على تكاليف الأدوية الموصوفة

قمنا بنقل بعض الأدوية في قائمة الأدوية إلى فئة أدوية أقل أو أعلى. وفي حال نقل أدوية من درجة إلى أخرى، يمكن أن يؤثر ذلك على التسديد التشاركي لديك. لمعرفة ما إذا كانت أدويةك من فئة مختلفة، اطلع عليها في قائمة الأدوية.

يوضح الجدول التالي تكاليف جميع أدوية Part D المشمولة.

2023 (العام المقبل)	2022 (هذا العام)	
يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.	أدوية الفئة 1 – الأدوية العامة المفضلة: يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية. أدوية الفئة 2 – الأدوية العامة: يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) \$20 لكل وصفة طبية. أدوية الفئة 3 – أدوية العلامة التجارية المفضلة: يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) \$47 لكل وصفة طبية. أدوية الفئة 4 – الأدوية غير المفضلة: يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) 44% من إجمالي تكلفة كل وصفة طبية. أدوية الفئة 5 – المستوى المتخصص: يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) 25% من إجمالي تكلفة كل وصفة طبية. أدوية الفئة 6 – اختر أدوية الرعاية: يبلغ التسديد التشاركي لمخزون شهر واحد (30 يومًا) \$0 لكل وصفة طبية.	جميع أدوية Part D المشمولة تكلفة مخزون لشهر واحد من أدوية Part D المشمولة بالتغطية التي يتم صرفها في صيدلية الشبكة وافقت Medicare على Wellcare by Health Net لتوفير أقل عمليات سداد تشاركية/تأمين مشترك كجزء من برنامج Value-Based Insurance Design. ويسمح هذا البرنامج لخطة Medicare بتجربة طرق جديدة لتحسين خطط Medicare Advantage.

F. التغييرات الإدارية

2023 (العام المقبل)	2022 (هذا العام)	تغيير خطتك
أنت عضو في Wellcare Dual Align 129 (HMO D-SNP) وسيتم تحويلها تلقائيًا إلى Health Net Medi-Cal Plan.	أنت عضو في Wellcare Dual Liberty (HMO D-SNP) واخترت خطة Medi-Cal منفصلة مقدمة من Health Net أو شركة أخرى.	

G. ز. اختيار خطة

G1. البقاء في خطتنا

نأمل بأن تظل عضو خطة لدينا. ليس عليك القيام بأي شيء للبقاء في خطتنا. إذا لم تغتبر إلى خطة Medicare مختلفة، أو تغتبر إلى Original Medicare، فستظل مسجلًا تلقائيًا كعضو في خطتنا لعام 2023.

G2. تغيير الخطط

يستطيع معظم الأشخاص التابعين لخطة Medicare إنهاء عضويتهم أثناء أوقات معينة من العام. ونظرًا إلى أنك خاضع لخطة Medi-Cal، قد تتمكن من إنهاء عضويتك في خطتنا أو التبديل إلى خطة مختلفة مرة واحدة أثناء كل فترة من فترات التسجيل الخاصة التالية:

- من يناير إلى مارس
- من أبريل إلى يونيو
- من يوليو إلى سبتمبر

بالإضافة إلى فترات التسجيل الخاصة الثلاث هذه، يمكنك إنهاء عضويتك في خطتنا خلال الفترات التالية:

- **فترة التسجيل السنوي**، التي تستمر من 15 أكتوبر إلى 7 ديسمبر. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستنتهي عضويتك في الخطة في 31 ديسمبر، وستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في 1 يناير.
- **فترة التسجيل المفتوح في Medicare Advantage**، والتي تستمر من 1 يناير إلى 31 مارس. إذا اخترت خطة جديدة خلال هذه الفترة، فستبدأ عضويتك في الخطة الجديدة في اليوم الأول من الشهر التالي.

ثمة حالات أخرى تكون حينها مؤهلاً لإجراء تغيير على تسجيلك. على سبيل المثال:

- إذا انتقلت إلى خارج منطقة الخدمات التابعة لنا،
- أو تم تغيير أهليتك للحصول على Medi-Cal أو Extra Help، أو

- إذا انتقلت مؤخرًا إلى دار رعاية أو مستشفى رعاية طويل الأمد، أو تتلقى العلاج فيها في الوقت الحالي، أو خرجت منها للتو.

خدمات الرعاية الطبية الخاصة بك

لديك ثلاث خيارات للحصول على خدمات Medicare. باختيار أحد هذه الخيارات، تنتهي عضويتك تلقائيًا في خطتنا.

إليك ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدم الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. للاستفسارات حول برامج الرعاية الشاملة للمسنين (PACE)، اتصل على (7223) 1-855-921-PACE. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/ أو سجل في خطة جديدة للرعاية الطبية. سيتم إنهاء تسجيلك تلقائيًا من خطة Medicare لدينا عند بدء تغطية خطتك الجديدة. قد تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.	1. يمكنك التغيير إلى: خطة رعاية صحية أخرى تابعة لـ Medicare
--	---

إليك ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs and Services/Medicare Counseling/ أو سجّل في خطة الأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare. بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُلغى تسجيلك في خطتنا تلقائيًا. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.	2. يمكنك التغيير إلى: خطة Original Medicare بالإضافة إلى خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare
---	---

إليك ما يجب فعله: اتصل بـ Medicare على 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار 24 ساعة يوميًا، 7 أيام في الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048. إذا كنت بحاجة إلى المساعدة أو إلى المزيد من المعلومات: • اتصل ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/ بمجرد بدء تغطية Original Medicare، سيُبلغك في خطتنا تلقائيًا. لن تتغير خطة Medi-Cal الخاصة بك.	3. يمكنك التغيير إلى: خطة Original Medicare دون خطة منفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare ملحوظة: إذا قمت بالتبديل إلى خطة Original Medicare ولم تقم بالتسجيل في الخطة المنفصلة للأدوية الموصوفة التابعة لبرنامج Medicare، قد تقوم Medicare بتسجيلك في خطة الأدوية، إلا إذا أبلغت Medicare بعدم رغبتك في الانضمام. عليك فقط وقف تغطية الأدوية الموصوفة إذا كنت تحصل على تغطية للأدوية من مصدر آخر مثل صاحب العمل أو النقابة. إذا كانت لديك أسئلة عما إذا كنت بحاجة إلى تغطية الأدوية، فيُرجى الاتصال ببرنامج California Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP) على الرقم 1-800-434-0222، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى 5:00 مساءً. وللمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/
---	--

خدمات Medi-Cal التي تتمتع بها

للاستفسارات عن كيفية الحصول على خدمات Medi-Cal الخاصة بك بعد مغادرة خطتنا، اتصل ببرنامج Health Care Options على الرقم 1-844-580-7272، من الإثنين إلى الجمعة من الساعة 8:00 صباحًا إلى الساعة 6:00 مساءً. يجب على مستخدمي أجهزة TTY الاتصال على الرقم 1-800-430-7077. اسأل عن مدى تأثير الانضمام إلى خطة أخرى أو الرجوع إلى خطة Original Medicare في طريقة حصولك على تغطية Medi-Cal الخاصة بك.

H. ح. الحصول على المساعدة

H1. خطتنا

نحن هنا لمساعدتك إذا كانت لديك أي أسئلة. اتصل بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة في أسفل الصفحة خلال أيام وساعات العمل المنصوص عليها. هذه الاتصالات مجانية.

اقرأ كتيب الأعضاء الخاص بك

يعد كتيب الأعضاء الخاص بك بمثابة الوصف القانوني المفصل لمزايا خطتك. حيث يحتوي على تفاصيل عن المزايا والتكاليف لعام 2023. كما يوضح حقوقك والقواعد الواجب اتباعها للحصول على الخدمات والأدوية الموصوفة التي نغطيها.

سيكون كتيب الأعضاء لعام 2023 متاحًا بحلول يوم 15 أكتوبر. ودائمًا ما تتوفر نسخة محدثة من كتيب الأعضاء على موقعنا الإلكتروني <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. يمكنك أيضًا الاتصال بخدمات الأعضاء على الأرقام الواردة في أسفل الصفحة كي تطلب منا إرسال كتيب للأعضاء لعام 2023 عبر البريد الإلكتروني.

موقعنا الإلكتروني

يمكنك زيارة موقعنا على الويب على <https://wellcare.healthnetcalifornia.com>. وكتذكير، يحتوي موقعنا الإلكتروني على أحدث المعلومات حول شبكة مقدمي الخدمات والصيدليات (دليل مقدمي الخدمات والصيدليات) وقائمة الأدوية (قائمة الأدوية المشمولة بالتغطية).

H2. Health Insurance Counseling and Advocacy Program (HICAP)

يمكنك أيضًا الاتصال بمسؤول برنامج الولاية الخاص بالمساعدة في التأمين الصحي (SHIP). في ولاية California، يُطلق على برنامج الولاية الخاص بالمساعدة في التأمين الصحي برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي (HICAP). يمكن لمستشاري HICAP مساعدتك في فهم اختياراتك فيما يتعلق بخطتك والإجابة عن الأسئلة حول خطط التبديل. إن برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي غير مرتبط بنا أو بأي شركة تأمين أو خطة رعاية صحية. لدى برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي مستشارون مدربون في كل مقاطعة، كما أن الخدمات مجانية. رقم هاتف برنامج الاستشارات والدعم للتأمين الصحي هو 1-800-434-0222. لمزيد من المعلومات أو للعثور على مكتب محلي لـ HICAP في منطقتك، يُرجى زيارة www.aging.ca.gov/Programs_and_Services/Medicare_Counseling/.

H3. Ombuds Program

يمكن أن يساعدك برنامج Health Consumer Alliance Ombuds Program إذا واجهت مشكلة في خطتنا. تعد خدمات الشكاوى والتظلمات من الخدمات المجانية والمتاحة بجميع اللغات. برنامج Health Consumer Alliance Ombuds Program:

- يعمل كجهة دفاع بالنيابة عنك. يمكنه الإجابة عن أسئلتك إذا كانت لديك مشكلة أو شكوى كما يمكنه مساعدتك على فهم ما ينبغي فعله.
- يتأكد من أن لديك معلومات بشأن حقوقك وسبل حمايتك وكيفية حل مشكلاتك.
- ليس له صلة بنا أو بأي شركة تأمين أو أي خطة رعاية صحية. رقم هاتف برنامج Health Consumer Alliance Ombuds Program هو 1-888-804-3536.

H4. Medicare

للحصول على معلومات من Medicare مباشرة، يمكنك الاتصال على (1-800-633-4227) 1-800-MEDICARE، على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي الهاتف النصي الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

موقع Medicare الإلكتروني

يمكنك زيارة موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov). إذا اخترت إلغاء الاشتراك في خطتنا والتسجيل في خطة Medicare أخرى، فإن موقع Medicare يحتوي على معلومات بشأن التكاليف والتغطية وتقييمات الجودة لمساعدتك على المقارنة بين الخطط.

يمكنك العثور على معلومات بشأن خطط Medicare المتاحة في منطقتك من خلال استخدام Medicare Plan Finder على موقع Medicare الإلكتروني. (لعرض معلومات حول الخطط، راجع www.medicare.gov وانقر فوق "العثور على الخطط").

Medicare وأنت لعام 2023

يمكنك قراءة كتيب Medicare وأنت لعام 2023. ويُرسَل هذا الكتيب بالبريد الإلكتروني إلى الأشخاص المشتركين في Medicare، كل عام في الخريف. ويحتوي على ملخص للمزايا والحقوق وسبل الحماية من Medicare وإجابات لمعظم الأسئلة المتداولة بشأن Medicare. يتوفر الكتيب أيضًا باللغات الإسبانية والصينية والفيتنامية.

إذا لم تكن لديك نسخة من هذا الكتيب، يمكنك الحصول عليه من موقع Medicare الإلكتروني (www.medicare.gov/Pubs/pdf/10050-medicare-and-you.pdf) أو من خلال الاتصال على الرقم 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)، على مدار الساعة، طوال أيام الأسبوع. ينبغي على مستخدمي أجهزة TTY الاتصال على الرقم 1-877-486-2048.

H5. إدارة الرعاية الصحية المُدارة بكاليفورنيا

تتحمّل إدارة الرعاية الصحية المدارة بكاليفورنيا مسؤولية تنظيم خطط خدمة الرعاية الصحية. سيساعدك مركز طلب المساعدة في DMHC على تقديم الطعون والشكاوى بشأن خدمات Medi-Cal. إذا كان لديك أي تظلم بخصوص خطتك الصحية، فيجب عليك الاتصال أولاً بالمسؤول عن خطتك الصحية على الرقم 1-800-431-9007 (TTY: 711) واستخدام إجراءات التظلم الخاصة بخطتك الصحية قبل الاتصال بالإدارة. في الفترة ما بين 1 أكتوبر و31 مارس، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الأحد، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. وفي الفترة ما بين 1 إبريل و30 سبتمبر، يكون الممثلون متاحون من الإثنين إلى الجمعة، من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. ولا تمنع الاستفادة من إجراء التظلم هذا أي حقوق قانونية مستحقة أو علاجات محتملة قد تكون متاحة لك. إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم تظلم متعلق بحالة طوارئ، أو في حال كان لديك تظلم لم يتم حله بشكل يرضيك من قبل الخطة الصحية الخاصة بك، أو تظلم ظل دون حل لأكثر من 30 يومًا، يمكنك الاتصال بالإدارة المعنية للمساعدة. قد تكون مؤهلاً أيضًا للحصول على مراجعة طبية مستقلة (IMR). إذا كنت مؤهلاً للحصول على مراجعة طبية مستقلة، فإن عملية المراجعة الطبية المستقلة ستقدم مراجعة نزيهة للقرارات الطبية المقدمة من قبل خطة الرعاية الصحية التي تتعلق بمدى الضرورة الطبية للخدمة أو العلاج المقترح، وقرارات التغطية للعلاجات ذات الطبيعة التجريبية أو البحثية، والنزاعات بشأن دفع تكلفة الخدمات الطبية للحالات الطارئة أو العاجلة. توفر الإدارة أيضًا رقمًا هاتفيًا مجانيًا (1-888-466-2219) وخط TDD (1-877-688-9891) لتقديم المساعدة للبكم. يوفر موقع الإدارة الإلكتروني www.dmhc.ca.gov نماذج الشكاوى ونماذج طلبات المراجعة الطبية المستقلة والتعليمات على الإنترنت.

إخطار عدم التمييز

التمييز مخالف للقانون. تتبع شركة Wellcare by Health Net قوانين الحقوق المدنية الفيدرالية والمعمول بها في الولايات. لا تمارس شركة Wellcare by Health Net التمييز غير المشروع ضد الأشخاص أو تستبعدهم أو تعاملهم بشكل مختلف على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو الهوية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي.

وتوفر Wellcare by Health Net ما يأتي:

- مساعدات وخدمات مجانية للأشخاص ذوي الإعاقة لمساعدتهم على التواصل بشكل أفضل، مثل توفير:

o مترجمي لغة إشارة مؤهلين

o معلومات مكتوبة بتنسيقات أخرى (طباعة كبيرة أو تسجيلات صوتية أو تنسيقات إلكترونية يمكن الوصول إليها بسهولة أو غيرها من التنسيقات)

- خدمات لغوية مجانية للأشخاص الذين لا يتحدثون اللغة الإنجليزية كلغتهم الأساسية، مثل:

o مترجمين فوريين مؤهلين

o معلومات مكتوبة بلغات أخرى

إذا كنت بحاجة إلى هذه الخدمات، فاتصل بـ Wellcare by Health Net على الرقم **1-800-431-9007**. بين 1 أكتوبر و31 مارس، يمكنك الاتصال بنا 7 أيام في الأسبوع من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. بدءًا من 1 أبريل إلى 30 سبتمبر، يمكنك الاتصال بنا من الاثنين إلى الجمعة من الساعة 8 صباحًا إلى الساعة 8 مساءً. يُستخدم نظام مراسلة بعد انتهاء ساعات العمل وفي عطلات نهاية الأسبوع والإجازات الفيدرالية. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال **بالهاتف النصي (TTY) على الرقم 711**. عند الطلب، يمكن توفير هذا المستند لك بطريقة برايل أو بطباعة كبيرة أو على شكل شريط صوتي أو بتنسيق إلكتروني. للحصول على نسخة بأحد هذه التنسيقات البديلة، يرجى الاتصال أو إرسال خطاب إلى:

Wellcare by Health Net

21281 Burbank Blvd.

Woodland Hills, CA 91367

1-800-431-9007

الهاتف النصي (TTY) 711

كيفية تقديم تظلم

في حال ظننت أن Wellcare by Health Net عجزت عن تقديم هذه الخدمات أو قامت بالتمييز غير المشروع بطريقة أخرى على أساس الجنس أو العرق أو اللون أو الدين أو النسب أو الأصل القومي أو المجموعة العرقية أو الهوية أو العمر أو الإعاقة العقلية أو الإعاقة الجسدية أو الحالة الطبية أو المعلومات الجينية أو الحالة الاجتماعية أو النوع أو الهوية الجنسية أو التوجه الجنسي، يمكنك تقديم تظلم لدى قسم خدمات الأعضاء. يمكنك تقديم تظلم عبر الهاتف أو خطيًا أو شخصيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل بمنسق الحقوق المدنية لدى Wellcare by Health Net على الرقم **1-866-458-2208**، بين الساعة 8 صباحًا والساعة 5 مساءً، من الاثنين إلى الجمعة. أو إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال **بالهاتف النصي (TTY) على الرقم 711**.
- **خطيًا:** املأ نموذج شكوى أو اكتب خطابًا وأرسله إلى:

Wellcare Civil Rights Coordinator

P.O. Box 9103

Van Nuys, CA 91409-9103

- **شخصيًا:** قم بزيارة عيادة الطبيب أو Wellcare by Health Net واذكر أنك تريد تقديم تظلم.
- **إلكترونيًا:** قم بزيارة موقع Wellcare by Health Net الإلكتروني على **www.wellcare.com/healthnetCA**.

مكتب الحقوق المدنية – إدارة خدمات الرعاية الصحية في California

يمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى إدارة خدمات الرعاية الصحية في California ، مكتب الحقوق المدنية عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل على الرقم **1-916-440-7370**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال بالهاتف النصي على الرقم **711** (خدمة ترحيل الاتصالات).

• **خطيًا:** املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

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

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx

- **إلكترونيًا:** أرسل بريدًا إلكترونيًا إلى العنوان **CivilRights@dhcs.ca.gov**.

مكتب الحقوق المدنية – وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة

إذا ظننت أنك تعرضت للتمييز على أساس العرق أو اللون أو الأصل القومي أو السن أو الإعاقة أو الجنس، فيمكنك أيضًا تقديم شكوى حقوق مدنية لدى مكتب الحقوق المدنية في وزارة الصحة والخدمات الإنسانية في الولايات المتحدة عبر الهاتف أو خطيًا أو إلكترونيًا:

- **عبر الهاتف:** اتصل على الرقم **1-800-368-1019**. إذا كنت لا تستطيع التحدث أو السمع جيدًا، فيرجى الاتصال على الهاتف النصي (TTY)/الهاتف المخصص لأصحاب الإعاقة السمعية على الرقم **1-800-537-7697**.

• **خطيًا:** املأ نموذج شكوى أو أرسل خطابًا إلى:

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

تتوفر نماذج الشكاوى على الموقع الإلكتروني <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

- **إلكترونيًا:** قم بزيارة بوابة شكاوى مكتب الحقوق المدنية على

<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

English: ATTENTION: If you need help in your language call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call **1-888-431-9007** (TTY: **711**). These services are free of charge.

العربية (Arabic): انتباه: إذا كنت بحاجة إلى مساعدة بلغتك، فاتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**). تتوفر أيضًا مساعدات وخدمات للأشخاص ذوي الإعاقات مثل المستندات بطريقة برايل وبطباعة كبيرة. اتصل على الرقم **1-888-431-9007** (TTY: **711**). وهذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian): Ուշադրություն: Եթե Ձեր լեզվով օգնության կարիք ունեք, զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY: **711**): Հասանելի են նաև օգնություն և ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, ինչպիսիք են՝ բրայլյան և խոշոր տառերով փաստաթղթերը: Զանգահարեք **1-888-431-9007** (TTY: **711**): Այս ծառայություններն անվճար են:

ភាសាខ្មែរ (Cambodian): ចំណាំ: ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការជំនួយជាភាសាសំអ្នក សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ ជំនួយនិងសេវាកម្មសម្រាប់ជនពិការ ដូចជាឯកសារជាអក្សរធំសម្រាប់ជនពិការ ភ្នែក និងព័ត៌មានផ្សេងៗ ក៏មានផងដែរ។ សូមទូរសព្ទទៅលេខ **1-888-431-9007** (TTY: **711**)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃនោះទេ។

中文 (Chinese): 注意: 如果您需要以您母语提供的协助, 请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。我们也为残疾人提供辅助和服务, 例如点字和大字体印刷的文件。请致电 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)。这些服务为免费服务。

فارسی (Farsi): توجه: اگر نیاز به کمک به زبان خودتان دارید با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات برای افراد دارای معلولیت نیز در دسترس است, مانند اسناد با خط بزرگ و چاپ درشت. با شماره **1-888-431-9007** (TTY: **711**) تماس بگیرید. این خدمات رایگان است.

हिंदी (Hindi): ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में मदद चाहिए, तो **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. विकलांग लोगों के लिए ब्रेल और बड़े प्रिंट में दस्तावेज़ जैसी सहायता और सेवाएं उपलब्ध हैं. **1-888-431-9007** (TTY: **711**) पर कॉल करें. ये सेवाएं नि:शुल्क हैं.

Lus Hmoob (Hmong): TSEEM CEEB: : Yog koj xav tau kev pab ua koj hom lus hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Tsis tas li ntawd, kuj tseem muaj cov kev pab thiab cov kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li cov ntaub ntawv Ua Ntawv Su thiab cov ntawv loj. Hu rau **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese): 注意: 言語のヘルプが必要な場合は **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。障害をお持ちの方には、点字や大判プリントなどの補助機能やサービスもご利用になれます。 **1-888-431-9007** (TTY: **711**) までお電話ください。これらのサービスは無料です。

한국어 (Korean): 주의: 귀하의 구사 언어로 도움을 받으셔야 한다면 **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 점자 및 큰 활자 인쇄 형식으로 된 문서 등 장애인을 위한 도움 및 서비스도 제공됩니다. **1-888-431-9007** (TTY: **711**)번으로 연락해 주십시오. 해당 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian): ສໍາຄັນ: ຖ້າວ່າທ່ານຕ້ອງການການຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ນອກຈາກນີ້ ຍັງມີການຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນ: ເອກະສານທີ່ເປັນຕົວອັກສອນນູນ ແລະ ຕົວພິມຂະໜາດໃຫຍ່ ໂທ **1-888-431-9007** (TTY: **711**). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນພຣີ

Mienh (Mien): Liouh Eix: Oix se meih oix nongc zuqc gorngv mienh wac daih taengx meih, cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Yie mbuo hac haih nongc mienh wac daih taengx waic fangx nyei mienh, hngangv zing mangc mv buac lamh nyei mienh nongc nyei nzangc caux domh nzangc wenh jienx. Cingv meih mboqv dienx wac **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Naiv deix bong zouc gong se maiv siou zinh nyanh nyei.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi): ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ **1-888-431-9007** (TTY: **711**) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ। ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਾਸਤੇ ਸਹਾਇਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬਰੇਲ ਲਿਪੀ ਅਤੇ ਵੱਡੇ ਛਾਪੇ ਵਾਲੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। **1-888-431-9007** 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ (TTY: **711**)। ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

Русский (Russian): ВНИМАНИЕ: если вам требуется помощь на родном языке, позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Также доступны сопутствующая помощь и услуги для людей с ограниченными возможностями, такие как материалы, напечатанные крупным шрифтом и шрифтом Брайля. Позвоните по номеру **1-888-431-9007** (телетайп: **711**). Эти услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish): ATENCIÓN: Si necesita ayuda en su idioma llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). También están disponibles ayudas y servicios para personas con discapacidades, como documentos en Braille y letra grande. Llame al **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Tagalog): PAALALA: Kung kailangan ninyo ng tulong sa inyong wika, tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Available din ang mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, gaya ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Walang bayad ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai): **หมายเหตุ: หากต้องการความช่วยเหลือในภาษาของคุณ โปรดโทรไปท1-888-431-9007** (TTY: **711**) **เรามีความช่วยเหลือและบริการสำหรับผู้พิการ เช่น เอกสารที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ ด้วยเช่นกัน โปรดโทรไปที่ 1-888-431-9007 (TTY: 711) บริการเหล่านี้ไม่มีค่าใช้จ่าย**

Українська (Ukrainian): УВАГА! Якщо ви потребуєте підтримки своєю мовою, телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Також доступні засоби та послуги для людей з обмеженими можливостями, як-от документи шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте за номером **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Ці послуги є безкоштовними.

Tiếng Việt (Vietnamese): CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của quý vị, hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các hỗ trợ và dịch vụ dành cho người khuyết tật, chẳng hạn như tài liệu bằng chữ nổi và cỡ chữ lớn cũng được cung cấp. Hãy gọi số **1-888-431-9007** (TTY: **711**). Các dịch vụ này được miễn phí.